



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire
Social et Médico-Social**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

**La place d'un établissement de santé
référent et animateur
de la filière gériatrique de territoire :
L'exemple du Centre Hospitalier de
Montbrison.**

Christian BISSARDON

Remerciements

Je tiens à remercier en tout premier lieu mon maître de stage, Monsieur Alain Tourez, directeur général, et son équipe de m'avoir offert le Centre Hospitalier de Montbrison comme lieu de stage. Leurs conseils et leurs expériences m'ont permis de nourrir ma réflexion bien au-delà de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont bien voulu consacrer de leurs temps pour participer aux entretiens ou relire minutieusement ce travail de fin d'études.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie.....	5

Première partie :

La structuration d'une filière Personnes Âgées sur le territoire du Forez nécessite que le Centre Hospitalier de Montbrison se positionne comme un maillon fort.

1 Les enjeux liés au vieillissement de la population ligérienne nécessite de structurer une filière de soins gériatriques.	7
1.1 Les Personnes Âgées dans le département de la Loire : regards croisés sur leurs caractéristiques.	7
1.1.1 Le vieillissement biologique : une réalité individuelle vécue différemment selon le contexte social.	8
1.1.2 Les caractéristiques démographiques actuelles et en 2030.....	9
1.1.3 Les caractéristiques médico-sociales.	10
1.2 La filière gériatrique de territoire s'impose comme le modèle d'une organisation de santé au service des personnes âgées	12
1.2.1 Le territoire, une opportunité pour créer une dynamique professionnelle au service des personnes âgées.....	12
1.2.2 La filière de soins gériatriques : une organisation encouragée par les pouvoirs publics.	15
2 Le Centre Hospitalier de Montbrison représente un maillon fort d'une filière de soins gériatriques en construction.	19
2.1 Etablissement référent, le Centre Hospitalier de Montbrison est un acteur ressource de l'offre de soins sur le territoire.	20
2.1.1 Le Centre Hospitalier de Montbrison, une ressource indéniable pour la filière.	20
2.1.2 Des défis à relever pour les secteurs médico-sociaux et du domicile.	22
2.2 Reconnu par les établissements adhérents, le Centre Hospitalier de Montbrison est aujourd'hui animateur de la filière Personnes Âgées du Forez.	24
2.2.1 Une mission d'animation légitimement reconnue.....	24
2.2.2 Une appropriation progressive de la filière par les professionnels.	25

Deuxième partie :
**Créer les conditions d'un bon niveau de coopération:
un challenge pour la filière et le Centre Hospitalier de Montbrison.**

1	Consciente de ses forces et faiblesses, la filière est en voie de construction...	29
1.1	Le démarrage prometteur de la filière Personnes Âgées du Forez stimule l'ensemble des acteurs.....	29
1.1.1	L'adhésion de multiples établissements aux orientations de la filière apparaît comme les prémices d'une collaboration.	29
1.1.2	L'implication du CHM dans la filière : une opportunité pour rendre plus opérationnelle sa propre offre de soins gériatriques.	33
1.2	Toutefois des éléments de fragilité freinent l'ambition du projet.....	37
1.2.1	Une évolution des comportements et des pratiques nécessaire mais non encore intégrée.	37
1.2.2	La circulation de l'information apparaît comme la principale faiblesse de la filière.	40
2	Les axes d'amélioration pour concourir au succès de l'ensemble de la filière..	43
2.1	Développer un contexte favorable pour l'action.	43
2.1.1	Passer d'une coopération en construction à une coopération en actions : les facteurs de réussite.....	44
2.1.2	Pour évoluer vers une filière fonctionnelle.....	47
2.2	La filière de soins gériatriques, un territoire d'actions pour les directeurs qui ouvre à de nouvelles perspectives.....	51
2.2.1	La fonction d'animation : une mission exigeante et nécessaire.	52
2.2.2	Vers une dimension plus stratégique de la fonction de directeur ?.....	55
	Conclusion	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	: Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources.
AMADIS	: Réseau Avenir Maintien A Domicile Innovant Stéphanois.
ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la Performance.
APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie.
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation.
ARS	: Agence Régionale de Santé.
CH	: Centre Hospitalier.
CHM	: Centre Hospitalier de Montbrison.
CHT	: Communauté Hospitalière de Territoire.
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire.
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination.
CMP	: Centre Médico-Psychologique.
CODERPA	: Comité DEpartemental des Retraités et Personnes Âgées.
COM	: Contrat d'Objectifs et de Moyens.
COFIL	: COmité de PILotage.
CSG	: Service de Court Séjour Gériatrique.
DESSMS	: Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social.
DHOS	: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
EHESP	: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques.
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
EMG	: Equipe Mobile Gériatrique.
HAD	: Service d'Hospitalisation A Domicile.
HPST	: La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
MMS	: Grille Mini-Mental Score.
PRS	: Plan Régional de Santé.
PSD	: Prestation Spécifique Dépendance.
RMI	: Revenu Minimum d'Insertion.
SAU	: Service d'Accueil des Urgences.
SROS	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers A Domicile.
SSR	: Service de Soins de Suite et de Réadaptation.

SSRG : Service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique.
T2A : Tarification à l'Activité.
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
UMG : Unité Mobile Gériatrique.
USLD : Unité de Soins de Longue Durée.
UVA : Unité de Vie Alzheimer.

*« La pierre n'a point d'espoir que d'être autre chose que pierre.
Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple »
Antoine de Saint Exupéry¹*

La France comptera 70 millions d'habitants en 2050 et le vieillissement de la population se confirme. Selon une étude² de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques publiée en 2008, près d'un habitant sur trois devrait avoir plus de 60 ans en 2050, soit 22,3 millions de personnes ou plus contre 12,6 millions en 2005. L'effectif des 75 ans et plus passerait de 4,9 à 10,9 millions entre 2005 et 2050 et celui des 85 ans et plus de 1,1 à 4,2 millions. Dans ce contexte, le vieillissement de la population est donc inéluctable puisqu'il s'inscrit dans la pyramide des âges actuelle. De plus l'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accroître son ampleur.

Le vieillissement confirmé de la population conjugué à la fois l'existence de problématiques liées à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et au besoin accru de soins. Au fur et à mesure que les humains avancent en âge, leurs capacités d'adaptation au milieu environnant et de réaction s'affaiblissent. En effet, on note en règle générale le passage d'une situation caractérisée par les maladies infectieuses, transmissibles et de carences à une situation marquée par les maladies chroniques, dégénératives et les sociopathies. Il y a un effacement de l'aigu au profit du chronique avec un accroissement de la dépendance et de la perte d'autonomie. Ainsi, sous l'effet d'un état de santé plus fragile et d'une médicalisation de plus en plus poussée des activités de soins, le poids des personnes âgées dans la consommation de soins s'accroît en France.

Cette situation n'est pas sans poser de nombreuses questions quant à la manière dont notre société organise la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées « fragiles ».

Il y a une dizaine d'années, Martine Aubry, lors d'une allocution au Conseil national de la coordination gérontologique, reconnaissait que la complexité du secteur ne facilitait pas l'accès aux services : « Aujourd'hui, notre système institutionnel n'est pas d'un abord aisé pour les non initiés à ses subtilités. La diversification d'offres des établissements et des services font qu'il n'est pas facile pour les personnes âgées et leur

¹ DE SAINT EXUPERY A., 2000, « *Citadelle* », livre posthume, 1948, Gallimard, p 211-212.

² ROBERT-BOBEE I., « *Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : La population continue de croître et le vieillissement se poursuit* », division enquête et études démographiques, INSEE première, n°1089, 4 pages.

famille de savoir quels sont leurs droits, comment y accéder, quelles sont les possibilités de prise en charge »³.

Même si des efforts importants ont été entrepris depuis cette date, le constat reste d'actualité. Lorsque les personnes âgées, à propos de leur santé, évoquent les professionnels de soins, elles pensent avant tout à leur médecin généraliste. Sauf à de rares exceptions, ces personnes n'ont pas connaissance précise de la manière dont le système de santé est organisé, des lieux de soins et des services auxquels il conviendrait de s'adresser. Seules les personnes dans l'obligation de fréquenter différents services médicaux, du fait d'accidents de santé ou d'une maladie chronique grave, peuvent faire état d'une connaissance du système. La grande majorité des personnes âgées en a une connaissance réduite. Dans leur cas, l'hôpital est un lieu étrange et redouté.

Et il l'est d'autant plus que les représentations sociales négatives de la vieillesse sont toujours présentes, comme l'indique le psychiatre Jean Maisondieu en affirmant que « notre culture occidentale pratique l'apartheid de la vieillesse avec une férocité d'autant plus redoutable qu'elle est inconsciente »⁴. Elles ont généré et génèrent encore des attitudes de fuite et de mise à distance des institutions de la part des usagers et familles, mais également des professionnels de santé.

C'est souvent à la suite d'un accident de santé, ou d'un accident domestique comme une chute, d'une inquiétude ou d'un épuisement de son entourage, plus rarement d'un projet de placement, que la personne âgée est envoyée à l'hôpital. Or l'hôpital est considéré comme un dispositif de soins insuffisamment adapté pour les patients âgés, créateur de dépendance et inutilement coûteux⁵.

Toutefois, la prise en charge des personnes âgées ne relève pas uniquement de l'hôpital, elle est aussi mise en œuvre par de nombreux acteurs institutionnels qui opèrent à l'intérieur de champs qui leurs restent spécifiques, qu'ils soient sociaux, médico-sociaux ou libéraux.

Dès lors, tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins.

³ Rapport du Conseil national de coordination gérontologique, 25 avril 2000, p.18-19.

⁴ MAISONDIEU J., « *Vieux fous ?* » dans *Être vieux*, revue *Autrement*, série *Mutations*, n°124, 1991, p.42.

⁵ Syndicat national de gérontologie clinique, Livre blanc de gérontologie clinique, faculté de la Pitié Salpêtrière, Paris, 1999.

Dès 1962, le rapport Laroque⁶ a évoqué la nécessité d'une organisation coordonnée et cohérente des différents acteurs de terrain compte tenu des enjeux de vieillissement de la population. L'isolement des acteurs ne peut-être que préjudiciable aux bénéficiaires de la prise en charge car elle nuit à l'efficacité des interventions. Le décloisonnement recherché ne peut être obtenu qu'au prix d'une collaboration qui favorise un accompagnement en interdisciplinarité des personnes âgées.

Cette notion de collaboration interprofessionnelle s'est progressivement enrichie au fil des années. Elle se décline aujourd'hui en une filière de soins gériatriques que la circulaire DHOS n°2007-117 du 28 mars 2007 présente comme « un continuum de prise en charge sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis ». Il s'agit d'inscrire la trajectoire de soins des personnes âgées dans une filière de soins gériatriques. Celle-ci doit être en capacité d'offrir des soins adaptée sur un territoire de santé défini qui est susceptible « d'assurer à la personne âgée un parcours sans perte de chance et de réduire les risques d'installation ou d'aggravation de dépendance ».

Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS), notre intérêt s'est porté, à l'occasion du stage long, sur la question de la filière gériatrique au sein du territoire du Forez.

Outre un projet professionnel qui, dès le début de nos études, est centré sur les prestations offertes au public âgé, le Centre Hospitalier de Montbrison, lieu de ce stage long, est convié par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général de la Loire, en février 2010, « avec les autres acteurs locaux, de s'accorder sur une approche transversale et populationnelle, pour concrétiser une véritable complémentarité d'actions et structurer la coopération entre la filière sanitaire et la filière médico-sociale⁷ ». En d'autres termes, au regard du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), tous les établissements se doivent de travailler ensemble afin de lutter contre « le caractère fragmenté des dispositifs d'accueil et de prise en charge, l'existence de multiples coordinations et la persistance d'un circuit hospitalier pas toujours opportun constitué notamment de goulets d'étranglements liés à l'inadéquation de l'évaluation aval⁸ ».

Autre élément d'importance, le Centre Hospitalier de Montbrison, établissement référent de la filière car porteur, entre autres, d'un service d'Accueil des Urgences (SAU), d'un service de Court Séjour Gériatrique (CSG), d'un Service de Suite et de Réadaptation (SSR) s'est vu désigné par les autres membres de la filière animateur de celle-ci.

⁶ Pierre Laroque, père fondateur de la Sécurité Sociale, fut nommé président de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. A ce titre, il rédigea un rapport qui fit autorité tant en France qu'à l'étranger.

⁷ Lettre de cadrage ARS du 2 février 2010.

⁸ Idem.

Dès lors, et fort de tous ces constats, nous avons trouvé, à partir des différentes missions du stage, les éléments probants pour approfondir notre réflexion autour de ce thème et nous avons formulé ainsi la question de départ :

En quoi le Centre Hospitalier de Montbrison, établissement référent de la filière gériatrique peut-il contribuer à rendre plus opérant la prise en charge des personnes âgées sur le territoire du Forez ?

Afin d'approfondir notre recherche, nous avons émis quatre sous-questions :

- Quels sont les enjeux et perspectives d'une filière gériatrique à l'échelle d'un territoire de santé ?
- Comment s'organise à ce jour la filière « Personnes Âgées » au niveau du territoire du Forez ?
- Comment se positionne le Centre Hospitalier de Montbrison pour assurer dans un même temps sa mission d'établissement référent de la filière de soins gériatriques et son rôle d'animateur ?
- Quelles actions seraient envisageables pour que le CHM offre la pleine mesure de ces capacités pour assurer cette double mission ?

Soucieux de répondre au questionnement et en accord avec le Directeur Général du Centre Hospitalier de Montbrison (CHM), notre maître de stage, nous avons accompli le stage en situation de directeur de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) « Les monts du soir », structure non autonome rattachée au CHM.

Dans le même temps, au-delà de la participation aux différents dossiers qui avaient un lien direct avec la prise en charge des patients âgés au sein de l'établissement, nous avons œuvré pour l'animation de la filière « Personnes Âgées » sur le territoire du Forez en collaboration avec le directeur des ressources humaines en charge de ce dossier. Dès lors, ce contexte privilégié aidait à mieux comprendre et analyser les difficultés et les pistes de réponses possibles pour que, plus tard, s'agissant de l'établissement que nous pourrions être amené à diriger, nous soyons à même d'appréhender au mieux les enjeux et de bien se positionner au sein d'une filière gériatrique. En effet, il est à notre sens essentiel pour un directeur DESSMS d'une part, d'inscrire l'établissement dont il a la charge dans une dynamique d'offres de soins territoriales et d'autre part, de proposer des prestations qui visent non seulement à éviter les ruptures dans la prise en charge des patients ou résidents mais également à optimiser l'efficacité des prestations pour répondre au mieux aux besoins de la population âgée.

Dans ce travail de fin d'études, nous démontrerons que le développement de la filière de territoire pour répondre aux enjeux du vieillissement (première partie – I) est une préoccupation forte des établissements de santé du Forez et du Centre Hospitalier de Montbrison plus particulièrement (première partie – II). Nous constaterons ensuite que l'avenir prometteur de la filière Personnes Âgées du Forez, consciente de ses forces et faiblesses (deuxième partie – I), reposera sur une coopération en actions insufflée par le CH de Montbrison dans son rôle d'animateur (deuxième partie – II).

Méthodologie de travail.

Au préalable, il convient d'expliquer la méthodologie de travail. Le travail lié à la réalisation du mémoire s'est organisé en étapes successives.

Nous avons initié l'approche de ce sujet de mémoire par une recherche documentaire effectuée pour l'essentiel à la bibliothèque de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes et au niveau du Centre Hospitalier de Montbrison. L'étude des textes normatifs, des études démographiques, des documents stratégiques de territoire, complétée par la consultation d'ouvrages, de périodiques, de rapports, de mémoires professionnels en lien avec la thématique nous ont aidé à mieux cerner le sujet et à consolider les bases théoriques. Nous avons par ailleurs très fréquemment consulté internet pour approfondir certaines données.

S'agissant du recueil de données sur le terrain, il a été élaboré sur la base de 3 modes d'explorations :

Grâce à une participation active à toutes les réunions de travail au niveau de la filière Personnes Âgées du Forez durant les 8 mois du stage long, à une immersion permanente dans les dossiers gériatriques menés au sein du Centre Hospitalier de Montbrison, à des échanges informels nombreux avec les médecins et cadres de santé acteurs de la filière, nous avons pu recueillir un grand nombre de données et objectiver progressivement des éléments d'analyse et de réponses à notre questionnement.

Afin de comprendre les tenants et les aboutissements de la mise en place d'une filière gériatrique au sein du territoire, nous avons mené 3 entretiens exploratoires auprès des initiateurs du projet que sont l'ARS et le Conseil Général. Fort de ces éclairages, nous avons pu ainsi mieux circonscrire l'objet de l'étude.

Nous avons également fait le choix de conduire des entretiens individuels semi-directifs⁹ afin d'objectiver l'avis et le positionnement des différents acteurs de santé sur le

⁹ Annexe I.

territoire et au sein du Centre Hospitalier de Montbrison. Afin de pouvoir répondre à ce questionnement, nous avons pour objectif d'accéder aux représentations de la filière gériatrique que pouvait avoir les interviewés, de déterminer les enjeux et les attentes de la coordination du parcours de soins de la personne âgée, de mettre en exergue les difficultés rencontrées et les axes possibles d'amélioration. Nous avons été attentifs à ne procéder à aucune interprétation des propos rapportés et à conduire les entretiens sur la base d'une reformulation de ce qui était énoncé.

Tous les interviewés ont donné leur accord pour être enregistrés. De ce fait, le travail d'exploitation a été conséquent mais ce procédé a permis d'être exhaustifs et a facilité le travail d'analyse dans un second temps. Toutefois, la question des personnes à interviewer, pour être représentatif, n'a pas été simple à résoudre. En effet, nous devions explorer tous les niveaux de la prise en charge. Une approche par type de prise en charge et par compétences métier semblait nécessaire. Interviewer les directeurs et responsables soignants de chaque type de structures de la filière de territoire et de chaque service au sein du Centre Hospitalier était irréalisable. Dès lors, le choix a été fait de privilégier les personnes qui avaient une vision la plus globale possible sur les points stratégiques de la prise en charge. C'est ainsi que nous nous sommes entretenu avec :

- Des directeurs de centres hospitaliers référents, de centres hospitaliers locaux, de structures médico-sociales et sociales,
- Des médecins gériatres ou responsables de pôles médicaux,
- Des responsables d'unités ou de structures de soins,
- Des représentants des usagers.

Afin de respecter l'anonymat, les 15 personnes interviewées ne seront pas nominativement présentées. Pour faciliter la lecture du mémoire, **les éléments extraits des entretiens seront systématiquement retranscrits en italique** sans que ne soit systématiquement rappelé à chaque fois qu'il s'agit des propos issus des entretiens.

PREMIERE PARTIE :

La structuration d'une filière Personnes Âgées sur le territoire du Forez nécessite que le Centre Hospitalier de Montbrison se positionne comme un maillon fort.

1 Les enjeux liés au vieillissement de la population ligérienne nécessite de structurer une filière de soins gériatriques.

Il y a vieillissement de la population lorsque, dans une zone géographique donnée, la proportion de personnes âgées augmente par rapport à l'ensemble de la population. Cette donnée, vérifiée à l'échelle nationale, se trouve confirmée dans la région Rhône-Alpes, et plus spécifiquement dans la Loire. Quelle définition donnons-nous du vieillissement ? Qu'entendons-nous en règle générale par personne âgée ? A-t-elle un profil particulier dans le département de la Loire, et plus spécifiquement dans la plaine du Forez desservie par le Centre Hospitalier de Montbrison ? Quelles conséquences cela a-t-il sur l'offre de soins ? C'est ce que nous allons découvrir dans cette partie avant de définir la filière de soins gériatriques.

1.1 Les Personnes Âgées dans le département de la Loire : regards croisés sur leurs caractéristiques.

Comme le stipule un directeur d'établissement médico-social lors d'un entretien, « *il faut bien se mettre d'accord sur les mots que nous utilisons, sur ce que l'on entend par personnes âgées* ». Le vieillissement n'est pas le même d'un individu à l'autre. C'est pourquoi, il est nécessaire et intéressant de l'envisager au singulier. Mais nous pouvons également l'aborder comme phénomène social. C'est alors mettre en avant les problèmes de société qu'il induit dans un contexte beaucoup plus large, qu'il soit démographique, économique, médical ou social.

1.1.1 Le vieillissement biologique : une réalité individuelle vécue différemment selon le contexte social.

Le vieillissement de l'homme, au sens de l'individu, est un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs sont en partie génétiques, et pour partie liée à l'histoire de vie de chacun. Le vieillissement de certaines cellules commence dès la naissance, voire in utero. Chez l'homme, par convention, on parle de vieillissement à partir de l'âge de la retraite. Sur le plan médical, les définitions chronologiques sont reléguées au second plan au profit de celles tenant compte du nombre de pathologies et du niveau de dépendance du sujet âgé. C'est ce à quoi font référence plusieurs médecins : « *ce sont des personnes qui ont des poly pathologies, où le retour à domicile est difficile du fait de leur précarité, de leur façon de vivre* ». Sur le plan sociologique, les chercheurs cherchent à montrer que le vieillissement est un construit social. Les définitions chronologiques sont également placées au second plan pour mettre en avant le mode de vie de la personne âgée.

Il existe donc plusieurs définitions du vieillissement de l'individu selon l'approche dans laquelle on se place. Il y a :

- le vieillissement biologique avec un double sens, celui de la sénescence ou ralentissement et affaiblissement des fonctions vitales et celui de l'avancée en âge où le vieillissement est le résultat du parcours de vie individuel, influencé par le hasard, mais aussi par les déterminants socio-économiques, culturels et le parcours collectif propre à l'histoire de chaque génération.
- Les vieillissements cérébral et physique avec la perte progressive de l'élasticité de l'ensemble des tissus, des articulations et des fonctions vitales.
- Le vieillissement social : on observe une diminution importante du réseau social chez la personne âgée. Des pertes relatives à la capacité de déplacement et à celle d'interaction avec l'environnement amènent la personne âgée à limiter ses contacts avec l'extérieur et à se renfermer sur elle-même. Le déménagement en institution accentue cette diminution du réseau social et l'isolement.

En résumé, les dimensions biologique et sociale du vieillissement sont interdépendantes et elles commandent les réactions psychiques de la personne âgée : « le plaisir que nous éprouvons à vivre est relié à l'estime de soi tandis que notre comportement est déterminé en grand partie par l'image que nous faisons de ce que nous sommes »¹⁰. Si le vieillissement biologique est une réalité, il est vécu différemment selon

¹⁰ Jean-Luc Héту, « *Psychologie du vieillissement* », Montréal, Éditions du Méridien, 1992, 317 p.

le contexte social. Par conséquent, on ne peut pas considérer les personnes âgées comme un groupe homogène parce que la vieillesse varie selon les parcours de vie propres à chacun.

1.1.2 Les caractéristiques démographiques actuelles et en 2030.

L'étude du vieillissement démographique fournit un bref état des lieux ; elle peut aussi servir de base pour définir des politiques de soins si elle s'accompagne d'une analyse des caractéristiques socio-économiques et de l'état de santé de la population âgée.

❖ Actuellement, dans le département de la Loire :

- Le vieillissement se poursuit avec une proportion de femmes plus importantes.

Au regard du niveau régional et du niveau national, la Loire reste un département vieillissant¹¹. La surreprésentation des femmes aux âges élevés, autre caractéristique, s'explique par une espérance de vie féminine plus favorable¹².

- Une entrée des personnes âgées en institution de plus en plus tardive.

Les gains d'espérance de vie s'accompagnent aussi de gain d'espérance de vie sans incapacité du fait de l'amélioration des conditions de vie et des progrès médicaux.

- Le territoire du Forez se caractérise par un fort dynamisme démographique et une hétérogénéité géographique.

Le centre du département qui nous intéresse (Forez Lyonnais, Haut Forez et Forez Sud) ont une population âgée qui représente 21% de la population totale. Les caractéristiques de ces zones reposent sur un dynamisme démographique plus important que celui observé sur le département par l'apport massif de migrations qui s'inscrit dans toutes les tranches d'âges et une hétérogénéité de leurs cantons. Certains d'entre eux sont très vieillissants comme Boën ou Saint Georges en Couzan, d'autres sont plus jeunes comme Montbrison et d'autres ont une population rurale importante. C'est le cas des cantons aux extrémités est et ouest de ce périmètre.

❖ Les projections démographiques à l'horizon 2030 :

- le nombre des 75 ans et plus est amené à doubler.

Selon les projections de population transmises par l'INSEE¹³, le nombre de personnes âgées devraient augmenter dans la Loire durant les 30 prochaines années :

¹¹ En proportion de la population totale, aussi bien sur les 60 ans et plus que sur les 75 ans et plus, la Loire observe des pourcentages plus élevés (23% et 9%) que ceux de la France métropolitaine (21% et 8%) ou de la région Rhône-Alpes (20% et 7%).

¹² De 60 à 74 ans, on compte 12 femmes pour 10 hommes et au-delà de 75 ans, 18,5 femmes pour 10 hommes. Au niveau national et régional, ces ratios s'élèvent respectivement à 11 femmes pour 10 hommes et à 17,5 femmes pour 10 hommes.

¹³ INSEE Rhône-Alpes – projections de population Modèle Omphale – novembre 2007.

- Les 60 ans et plus : + 22% en 2020 et +30% en 2030 par rapport à 2005.
- Les 75 ans et plus : + 14% en 2020 et 44% en 2030.
- Les 85 ans et plus : + 86% en 2020 et stagnation jusqu'en 2030.

Le nombre de personnes de 85 ans et plus va pratiquement doubler car le creux des générations 1914-1918 fait place à des générations numériquement plus conséquentes.

1.1.3 Les caractéristiques médico-sociales.

❖ Les conditions de vie des ligériens :

- Un niveau de ressources faibles dans la Loire.

Les revenus observés dans le département de la Loire sont inférieurs à ceux constatés aux niveaux régional et national¹⁴. Si le nombre de ligériens disposant de faibles ressources et bénéficiant de l'allocation supplémentaire vieillesse comme complément de ressources est en hausse de 4% depuis 2002, la pauvreté chez les personnes âgées n'est pas davantage concentrée dans le Centre Loire qu'ailleurs.

- Un vieillissement à étapes peu anticipées.

Une enquête¹⁵, sollicitant la parole des personnes âgées, démontre que l'après 60 ans est envisagée comme une suite incontournable d'étapes avec, comme variable de passage d'un stade à l'autre, l'état de santé physique du corps et de la tête. Après une retraite active, le corps commence à montrer des signes de fatigue. Il faut alors penser à supprimer des activités. Selon les uns et les autres apparaissent les premières difficultés : la baisse des revenus, la solitude, l'acceptation de la perte d'autonomie, la maladie. Les déplacements ne sont plus aussi simples qu'auparavant, ce qui entraîne une perte de lien, le besoin d'aide et la nécessité de demander de l'aide.

Ces propos rapportés, au delà des histoires individuelles, nous montrent que le temps de la retraite, s'étalant parfois sur une longue période, s'articule autour de différentes étapes qui représentent des passages envisagés mais pas forcément anticipés.

- Une dépendance pour les personnes très âgées accentuée par une transformation de la cellule familiale.

Parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus, près de six personnes sur dix, sont relativement autonomes. La forte dépendance touche quant à elle 2,5 % des personnes

¹⁴ L'évolution des revenus fiscaux médians par unités de consommations entre 2003 et 2005

Evolution 2003 - 2005	60 – 74 ans	75 ans et plus
Loire	+7,4%	+5,5%
Rhône-Alpes	+7,8%	+6,4%
France métropolitaine	+7,7%	+6,6%

Source : Insee-DGI – Revenus Fiscaux des Ménages 2005

¹⁵ Enquête sociologique réalisée par le Conseil Général en partenariat avec l'Université Jean Monnet de Saint Etienne.

de cet âge vivant à domicile. Plus des deux tiers sont confinés au lit ou au fauteuil et plus de 9 sur 10 présentent au moins une limitation cognitive grave.

A cela se surajoute une complexité des situations de cohabitation avec, depuis plusieurs décennies, la transformation de la cellule familiale. Si 90% des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile, près d'une personne de plus de 80 ans sur deux vit seule. L'accroissement des ménages d'une personne, des familles monoparentales, des familles recomposées modifient les rapports d'entraides. Les aidants sont de moins en moins nombreux et très souvent vieillissants car il s'agit soit des conjoints, soit des enfants.

❖ Un regard médical sur les Ligériens :

- Une espérance de vie plus faible pour les hommes.

Depuis quelques années, la Loire détient l'espérance de vie la plus faible de la région pour les hommes et se place également au-dessous de la moyenne nationale.

- Une prévalence forte de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Dans le département environ 12 400 personnes âgées seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit 7,3% de la population des 60 ans et plus. Sur l'ensemble des personnes atteintes, 71% sont de sexe féminin et 71% ont 80 ans et plus. Les pathologies neurologiques sont prédominantes dans les causes d'entrée dans la dépendance.

- Un recours aux soins maximum chez les personnes très âgées.

Les personnes de 75 ans et plus déclarent en moyenne souffrir de plus de 7 affections (affections sensorielles, problèmes bucco-dentaires, affections cardiovasculaires et leurs facteurs de risque, pathologies ostéo-articulaires, troubles du sommeil, troubles de l'humeur,...). Conséquence de ces troubles, le recours aux soins est également maximum chez les personnes les plus âgées. A titre d'exemple on compte sur la région 6 séjours hospitaliers et 60 consultations de médecin généraliste par an pour 10 personnes âgées de 75 ans et plus. Les chutes accidentelles est une autre problématique très présente chez les personnes âgées ligériennes.

En résumé, nous retenons que chaque personne âgée est distincte, et qu'à ce titre, la prise en charge se doit de tenir compte de cette singularité. Dans le même temps, nous constatons, à l'échelle populationnelle, l'amplification de grandes tendances qui doivent permettre de déterminer les orientations des politiques de santé futures. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de plus en plus forte de la consommation de soins. Compte tenu des projections démographiques et de l'évolution des pathologies du sujet âgé, qu'elles soient chroniques ou liées à l'avancée en âge, les hospitalisations vont croître fortement avec des conséquences sur la vie et l'autonomie de

la personne âgée, notamment sur ses aptitudes à se réadapter à son environnement, son domicile et sur ses capacités à vivre seule.

L'évolution exponentielle de la population âgée, l'aggravation des pathologies et le recours plus fréquent à l'hôpital impliquent donc une adaptation de l'offre de soins intégrant les besoins sociaux et psychologiques des patients et de leur entourage. Quels axes d'évolutions sont nécessaires ? Quelles organisations les professionnels de santé doivent-ils mettre en place ?

1.2 La filière gériatrique de territoire s'impose comme le modèle d'une organisation de santé au service des personnes âgées

L'accompagnement d'une personne âgée en situation de fragilité, du fait d'une limitation de son autonomie, de difficultés de santé au long cours ou d'une situation complexe, se traduit trop souvent par une succession de ruptures. Un exemple : 40 % des admissions en hospitalisation des personnes âgées de 85 ans et plus complète passent par les urgences. Dans un certain nombre de cas, l'hospitalisation est requise mais le passage par les urgences aurait pu être évité. Dans d'autres cas, le passage par les urgences va conduire à une hospitalisation médicalement évitable du fait d'un retour à domicile difficile à organiser.

Face à ces constats, largement partagés, les acteurs de terrain doivent développer des réponses qu'il s'agira de partager. Telle est l'ambition de la filière gériatrique de territoire.

1.2.1 Le territoire, une opportunité pour créer une dynamique professionnelle au service des personnes âgées

La prise en charge de la personne âgée, comme nous l'avons vu, demande le maintien du lien social, avec la famille et les amis proches, la limitation des déplacements souvent pathogène, la réactivité face au changement d'état de la pathologie ou de dépendance, l'adéquation aux besoins pour que la prise en charge ne signifie pas un changement de vie total. Cette population a particulièrement besoin de proximité.

❖ Le territoire est l'ancrage naturel des pratiques de santé.

En géographie de la santé, la notion de territoire ne signifie pas seulement un territoire contenant mais aussi un territoire contextualisant au sens de significations culturelles et

pratiques¹⁶. Cela revient à dire que le territoire doit être envisagé comme des espaces qui permettent à la fois d'accéder aux soins, de favoriser la promotion de la santé, de créer du lien social et de la proximité et d'être sécurisant pour les individus. Michel Autès, sociologue et homme politique, le dit autrement : « le territoire est une notion sociale, c'est de la géographie remplie, saturée de relations sociales¹⁷ ». Ainsi le territoire n'est pas seulement un élément de la géographie mais doit se définir avant tout comme un système complexe de relations humaines, sociales, culturelles et professionnelles.

Le territoire est donc en premier lieu une donnée qui fait référence au bassin de vie. Il s'agit du plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi. C'est effectivement à cette notion que certaines personnes interviewées ont faites référence : « *La prise en charge des personnes âgées doit prendre en compte la notion de bassin de vie, il y a une notion de proximité* ».

Pour certaines autres : « *La notion de territorialité correspond à plusieurs cantons. Cela correspond à un bassin de vie alliant zone de proximité et zone de soins* ». Elles font référence à la notion de bassin de santé. Le bassin de santé renvoie à une zone d'attraction hospitalière dessinée par les flux domicile/hôpital : le principe est qu'une unité géographique de base (commune, canton) est rattachée à un bassin dès lors que sa population s'oriente préférentiellement vers les établissements de santé de ce bassin¹⁸. Ainsi, un centre hospitalier tel que celui de Montbrison contribue à assurer l'attractivité de son bassin de vie, et à l'inverse, sa capacité de réponse aux besoins de proximités sera un élément de son attractivité, en tant qu'établissement de santé.

❖ La loi a consacré la notion de territoire de santé.

La réforme de la régulation de l'offre de soins, issue de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, avait pour objectif central de passer d'une logique d'offre à une logique de réponse aux besoins dans les territoires de santé. Le SROS de troisième génération a bénéficié des principes de concertation, décentralisation au niveau régional, avec les conférences sanitaires régionales, mais aussi de déconcentration, du fait des pouvoirs de l'ARH qui a déterminé des territoires de santé qui sont devenus depuis le 31 mars 2006 l'unité de référence de la planification en santé.

La loi HPST a consacré la notion de territoire de santé. Sa redéfinition l'affirme comme l'unité première du découpage géographique dans le champ de la santé, et ancre la notion d'accessibilité dans l'organisation régionale de l'offre de soins. Il est à noter que le

¹⁶ Nuckols J., Ward M., Jarup L., "Using geographic information systems for exposure assessment in environmental epidemiology studies", Environ Health Perspect, 2004.

¹⁷ Autès M, « *Les paradoxes du travail social* », Paris, Dunod, 1999

¹⁸ Rapport CREDES janvier 2003 : « *Territoires et accès aux soins : la planification de l'offre de soins* ».

périmètre des territoires évolue. Alors que ceux-ci n'étaient jusqu'à présent utilisés que pour le découpage des activités de soins hospitalières, ils servent désormais de cadre à l'organisation de l'offre de soins ambulatoire, médico-sociale et de santé publique. Cette nouvelle définition traduit la logique de décloisonnement instaurée par la réforme entre les secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire.

Elle décline également le champ élargi du pilotage régional du système de santé. Le SROS n'est pas le seul cadre de régulation régionale à s'appuyer sur le découpage territorial. Les autres composantes du Projet Régional de Santé (PRS)¹⁹ prennent également en compte la logique de territoire de santé. S'agissant du secteur médico-social, la loi HPST rappelle que les compétences ARS s'exercent dans le respect de celle des collectivités territoriales. Le parti est pris de considérer que cette notion de territoire de santé correspond à un territoire de projet répondant aux usages de l'espace par ses habitants, constituant une réalité fonctionnelle appréhendable par chacun.

❖ Le territoire de santé s'impose comme la base de réflexion de la filière gériatrique.

La circulaire n°101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération indique qu'une attention particulière doit être portée sur la prise en charge des personnes âgées. Elle rappelle que celle-ci doivent bénéficier de la structuration d'une véritable filière gériatrique. La circulaire mentionne qu'il importe « d'impliquer les établissements dans une organisation territoriale de la filière gériatrique, pour en améliorer la fluidité, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux et libéraux, et renforcer l'articulation entre le secteur hospitalier, les soins de ville, les secteurs médicaux sociaux et associatifs par l'intermédiaires de dispositifs de coordination ».

Le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012, de son côté, qui s'articule autour de cinq grands axes, met prioritairement l'accent sur l'organisation, sur chaque territoire de santé, d'une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge de patients âgés.

Selon les auteurs, la finalité du territoire, c'est l'accès aux soins de proximité, l'utilité sociale, la fluidité du parcours de santé et sa définition est la coopération des intervenants avec une connaissance mutuelle qui diminuera considérablement les coûts de transaction que suppose le travail en équipe.

¹⁹ Le PRS est un ensemble construit de documents supports qui définissent les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS. Quatre catégories de document composent le projet régional :

- Le plan stratégique régional de santé
- Les schémas régionaux de mise en œuvre incluant le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation des soins, le schéma régional d'organisation médico-sociale et des programmes spécifiques.

(La loi HPST à l'hôpital : Les clés pour comprendre, Ministère de la santé et des sports, p. 91-98.)

Découvrons maintenant comment il est possible de mettre en adéquation cette dimension incontournable du territoire avec le concept de filière de soins gériatriques.

1.2.2 La filière de soins gériatriques : une organisation encouragée par les pouvoirs publics.

Le système de soins est constitué de structures mettant à disposition des personnels médicaux et paramédicaux, structures de soins qui vont du cabinet infirmier libéral au centre hospitalo-universitaire en passant par des médecins isolés ou en groupe, des cliniques privées ou publiques, à but lucratif ou non lucratif, des maisons de retraite ou des hôpitaux locaux. Le tout est censé répondre au mieux à la diversité des demandes de soins de la population. L'adéquation entre ces structures et cette demande constitue un problème important qui, dans notre système de soins basé sur le libéralisme et sur le libre choix, nécessite qu'on lui apporte des solutions. L'approche s'en est faite ces dernières années par la proposition de mise en place de "filieres de soins".

❖ Le concept de filière de soins.

Au début des années 90, des « filières de soins » s'organisent, orientées par de nombreux textes réglementaires (lois, décrets, circulaires) liés à des pathologies spécifiques :

- L'article 6 de l'ordonnance n° 96-945 du 24 avril 1996 (article L.162-31-1 du code de la Sécurité Sociale) introduit deux formes nouvelles expérimentales de prise en charge des patients, les réseaux d'une part et les filières de soins : "...des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins."
- L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L.712-3-2 du code de la santé publique) encourage la constitution des filières de santé pour : « ...assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient».

Si la notion de filière est beaucoup utilisée aujourd'hui, les définitions en sont assez rares. Nous proposons les deux suivantes :

- Une filière de soins est la trajectoire des patients telle que l'on peut la décrire a posteriori ou telle que l'on peut essayer de l'infléchir par des mesures soit incitatives, soit réglementaires ou législatives.

- Une filière est une trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau ou un ensemble intégré. Cette trajectoire est légitimée, soit par l'état des connaissances scientifiques, soit par l'expérience professionnelle, soit par des logiques réglementaires ou tarifaires.

Nous constatons des similitudes dans les deux définitions. Toutes deux définissent la filière de soins comme une trajectoire. Une trajectoire est un parcours effectué par une personne ou un patient dans un dispositif d'offre de services ou de soins. Ce parcours se caractérise par des passages d'un service à un autre, par un temps de présence dans un service, par des ensembles d'aides et de soins. La logique d'accompagnement repose sur une conception individualisée du soin et de la prise en charge.

Ainsi cette filière est caractérisée par :

- Des intervenants successifs,
- La nature des soins apportés par chacun d'entre eux,
- Les règles de progression du patient entre ces divers intervenants.

La filière de soins est la résultante de la nature et de l'importance de l'offre et des règles de fonctionnement qui sont mises en place. Agir par ce biais, c'est agir sur la demande de soins et sur les règles d'accession aux soignants, mais sans intervenir dans la pratique de chaque soignant. L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage.

L'autre élément de similitude repose sur le fait que la filière de soins répond à un cadre réglementaire et législatif.

❖ Le cadre réglementaire de la filière de soins gériatriques.

Les textes qui régissent la filière de soins gériatriques constituent un corpus relativement récent qui se compose essentiellement de circulaires.

La circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques s'inscrit dans une logique d'articulation et d'intégration entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social. Elle met en évidence le fait que les personnes âgées, qu'elles résident à domicile ou en institution, sont particulièrement exposées aux risques de dépression, de souffrance psychique ou de détérioration intellectuelle. La fréquence de ces pathologies rend nécessaire un soutien spécialisé de ces personnes âgées mais aussi de leur entourage et plus largement encore des institutions qui les accueillent. Dénonçant l'hôpital comme source possible de l'aggravation d'une dépendance, d'une rupture de prise en charge ou

d'une erreur d'orientation par défaut d'une évaluation globale de l'état de santé, cette circulaire s'est attachée à définir trois orientations : développer le court séjour gériatrique, favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique et développer les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques.

La circulaire n°507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération vient combler une lacune en définissant comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées. Elle indique que la priorité demeure celle d'une prise en charge de proximité dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012, élaboré en raison des mutations démographiques, « permet l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées dans le respect de leurs droits, et en assurant une continuité de prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé ». Il insiste entre autre sur l'adaptation de l'hôpital aux besoins des patients âgés qui doit développer la filière gériatrique tout en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.

La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques apporte un éclairage et précise les contours d'une prise en charge globale et graduée quel que soit le lieu de résidence. Cette évolution repose sur le renforcement de l'accès aux soins de proximité, le choix de filières courtes et l'amélioration de réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. Elle dévoile que « du fait de sa dimension territoriale, une filière doit s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risques de dépendance, les soins de longue durée ».

A tous ces niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Entendant renforcer les dispositions des textes précédents, cette circulaire précise que « la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique ».

La filière de soins gériatriques assure également un rôle de ressources dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle

est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels intervenant auprès des personnes âgées.

Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît sur de solides partenariats au sein de son territoire. Le développement des conventions de coopérations entre les différentes structures partie prenantes répond à cet objectif. En effet, comme le souligne la circulaire, « l'action de la filière s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale qui doit produire une amélioration effective de la prise en charge et une plus grande fluidité du parcours de soins des personnes âgées ».

❖ La filière gériatrique, une organisation cohérente et graduée des soins qui couvre l'intégralité des parcours possibles du patient âgé.

Accompagnée de six annexes, la circulaire du 28 mars 2007 précise les modalités d'organisation de la filière de soins gériatriques mais également des structures de soins qui doivent faire partie intégrante de la filière pour assurer la continuité et la fluidité nécessaire à la prise en charge.

L'annexe 1 précise que la filière doit être en mesure de prendre en charge trois grandes catégories de besoins identifiés : les hospitalisations non programmables, les hospitalisations programmables et les bilans réalisés à froid. Pour se faire, elle recommande que soient présentes dans la filière les structures suivantes : un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, des unités de consultations et d'hospitalisation de jour, un ou plusieurs SSR gériatrique et un ou plusieurs soins de longue durée.

Par ailleurs, elle précise que la filière doit également organiser l'accompagnement et les soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, à vocation à prendre en charge les problèmes psycho gériatriques et à mettre en œuvre les soins palliatifs.

Enfin cette annexe comporte une précision importante. Elle avance que l'établissement de santé support de la filière est celui qui comporte le court séjour gériatrique, l'équipe mobile et une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique. Les autres établissements de santé sont membres de la filière. Et, afin d'optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile, la filière doit organiser des partenariats avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients et les structures de coordinations.

Les annexes 2 à 5, quant à elles, déclinent les missions dévolues à chacune des structures indispensables à la filière, qu'il s'agisse du CSG, de l'EMG, de l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour et du SSR gériatrique.

L'annexe 6 enfin propose une convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Nous pouvons donc conclure que territoire de santé et filière gériatrique sont indissociables. En effet, la filière, telle que définit par les textes, trouve sa cohérence et sa pleine efficacité dans cette dimension.

Selon une vision systémique, nous pouvons également concevoir la filière comme l'association, la mise en lien des acteurs et de l'activité de soins gériatriques grâce à une triple approche. L'approche verticale favorise le meilleur chainage possible entre les structures successives où passe le patient lors de son parcours. L'approche horizontale vise à optimiser la complémentarité territoriale des structures correspondant à un même niveau de l'offre. Quant à l'approche transversale, elle permet de faire converger et coopérer les acteurs dans un contexte de pluridisciplinarité indispensable à la dynamique de la filière.

Nous allons à présent découvrir quelques éléments de l'élaboration de la filière dans le territoire du Forez. Quelles structures se trouvent rassemblées dans la filière ? Quels champs d'actions couvrent-elles ? Comment s'est effectué le démarrage de la filière ?

2 Le Centre Hospitalier de Montbrison représente un maillon fort d'une filière de soins gériatriques en construction.

Pour faire suite à l'élaboration du SROS vieillissement, en octobre 2009, le docteur Michel Vermorel, représentant le service médical Rhône-Alpes de l'Assurance Maladie inaugure une réunion de lancement des filières de soins gériatriques. Son propos intègre notamment la réussite du projet à la volonté « d'associer tous les acteurs locaux d'un territoire, qu'ils soient sanitaires, médicosociaux, sociaux, libéraux, pour créer une interface dynamique et développer un projet d'organisation et de fonctionnement concerté offrant une prise en charge complète de la personne âgée autour d'un établissement référent ».

Découvrons maintenant les acteurs de la filière gériatrique sur le territoire du Forez.

2.1 Etablissement référent, le Centre Hospitalier de Montbrison est un acteur ressource de l'offre de soins sur le territoire.

Situé entre Saint Etienne et Roanne, le territoire de santé du Forez regroupe une grande variété d'acteurs. Le Centre Hospitalier de Montbrison (CHM) est qualifié d'établissement référent.

2.1.1 Le Centre Hospitalier de Montbrison, une ressource indéniable pour la filière.

Le territoire du Forez recouvre une population d'environ 250 000 habitants et présente la spécificité, comme nous l'avons vu, de connaître une croissance démographique importante dans les années à venir et un vieillissement de la population supérieur à la moyenne régionale.

- ❖ Le CHM, conformément aux orientations du dernier COM, dispose d'une filière gériatrique interne étoffée, complémentaire à celle du CH de Feurs.

Le CHM, doté de 469 lits d'hospitalisation complète, 51 places d'hôpital de jour et 209 lits d'hébergement, recouvre les activités suivantes : chirurgie, médecine, gynécologie et obstétrique, pédiatrie, réanimation, gériatrie, psychiatrie, urgence et SMUR. L'effectif alloué pour assurer l'ensemble des activités du Centre Hospitalier de Montbrison est de 861 équivalent temps pleins soit 1189 agents physiques. Si le CHM connaît une activité adaptée aux besoins de la population, il doit relever un certain nombre de défis : la rareté des compétences médicales, le développement de bonnes pratiques tout en respectant les seuils d'activités, l'efficacité des organisations et prises en charges dans un contexte de tarification à l'activité (T2A) et de retour à l'équilibre.

Le CHM, dans une logique de structuration de la prise en charge des patients âgés et des pathologies du grand âge, depuis la signature de son dernier COM 2006 – 2011, a misé sur le développement et la création de certains services :

- Une unité de 15 lits de court séjour gériatrique (CSG).
- Une unité de 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR).
- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 209 lits dont une unité de vie Alzheimer (UVA) de 24 lits.
- Un pôle d'activité et de soins adapté (PASA) de 14 places.
- Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 45 places.
- Un centre local d'information et de coordination (CLIC).

- 4 lits de soins palliatifs identifiés.
- Des consultations d'évaluation gériatriques et des consultations médico-sociales gériatriques.

Quelques autres services ont été déployés avec le centre hospitalier de Feurs distant d'une quarantaine de kilomètres :

- Une équipe mobile de gériatrie (EMG) a vu le jour début 2010.
- Une équipe mobile de soins palliatifs.

Le CH de Feurs dispose de son côté, en plus de certaines de ces prestations énumérées, d'un SSR gériatrique de 10 lits, d'une unité de soins de longue durée (USLD) de 50 lits et d'un centre de consultation mémoire labellisé depuis 1995.

A cette liste particulièrement dense, nous pouvons ajouter sur Montbrison une unité douleur, un service de cancérologie, 4 lits d'accompagnements de fin de vie et un pôle psychiatrique adulte qui, avec ses 5 centres médico-psychologiques (CMP) couvre une partie du territoire.

Le CH de Montbrison, au regard de son offre de soins est donc bien un établissement ressource pour la filière.

❖ Le CHM projette de nouvelles ambitions gériatriques.

Dans une logique de structuration de la prise en charge des patients âgés et des pathologies du grand âge, la perspective du CHM est de :

- Poursuivre le développement des « outils sanitaires » de la filière gériatrique interne en place notamment les consultations médico-sociales.
- Mener une collaboration interne avec l'ensemble des services et structures de prise en charge de l'hôpital : service d'urgence, services cliniques, via en particulier des avis gériatriques et des protocoles de prise en charge médicale et soignante et d'étendre une culture gériatrique,
- Développer une coopération forte avec l'environnement sanitaire et médico-social proximal et à l'échelle du territoire de santé.

Dans le prochain COM 2012-2017, de nouvelles orientations viendront conforter cet état d'esprit notamment avec le projet de rénovation et de restructuration du CSG, du SSR et du bloc consultations. Au regard d'une étude de faisabilité, l'établissement envisage par ailleurs une reconstruction de l'EHPAD visant à proposer un véritable dispositif multi-accueil avec une diversification des réponses et des modes d'accompagnement, mais aussi de diversifier et renforcer les liens avec le CLIC et le SSIAD présent sur le même secteur.

Au regard de cette énumération, nous pouvons d'ores et déjà considérer que le CHM est porteur de bons nombres de structures, d'unités de soins et de compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. Complété par celles du CH de Feurs, les deux établissements couvrent l'ensemble des besoins médicaux d'une filière, ce que confirme un responsable de l'ARS. Les ex-hôpitaux locaux aujourd'hui CH viennent compléter avantageusement cette cartographie.

2.1.2 Des défis à relever pour les secteurs médico-sociaux et du domicile.

Les personnes âgées font appel à d'autres acteurs de l'offre de soins. Comme il l'est rapporté classiquement, elles sollicitent trois types de structures dans leurs parcours de soins : les structures sanitaires, médico-sociales et d'aide au maintien à domicile. Qu'en est-il de l'offre de services médico-sociale et de maintien au domicile ?

- ❖ En quantité suffisante, les structures médico-sociales doivent poursuivre leurs efforts de rénovation.

Le département de la Loire compte 152 établissements d'accueil de personnes âgées pour une capacité totale de 11797 lits au 1^{er} janvier 2007²⁰. C'est un département bien doté en structures d'hébergement et lits.

Toutefois, comme le signale un représentant des tutelles lors des interviews, « *l'arrondissement de Montbrison est marqué par une offre assez importante, supérieur à la moyenne en termes de quantité, mais en terme qualitatif, c'est moins bon* ». Les conventions tripartites signées par l'ensemble des établissements et des maisons de retraites ont permis un effort de restructuration, et de médicalisation sans précédent depuis les années 2000. Mais « *il y a des sites, avec une architecture d'une autre époque, qui nécessitent une restructuration de manière urgente* ».

- ❖ Un secteur de l'aide à domicile qui se modernise.

Quand il devient difficile d'accomplir seul (e) certains gestes de la vie quotidienne, une aide est indispensable. Le maintien à domicile et la lutte contre l'isolement sont des objectifs prioritaires de la politique de la vieillesse accompagné dans ce secteur principalement par le Conseil Général. Différents services contribuent au maintien de la personne âgée dans son lieu de vie :

- les services d'aide à domicile insuffisant sur certaines zones.

²⁰ Calcul fait au 1^{er} janvier 2007 sur la base des estimations de population de l'INSEE. Source : STATIS 2007, DRASS.

- le portage des repas couvre l'ensemble de la zone sauf 9 communes.
- les services de soins à domicile font le constat d'un manque de place et de longues listes d'attentes. Les articulations entre l'hôpital, la médecine de ville ne sont pas encore assez formalisées et les relations sont trop dépendantes des personnes.
- Deux structures d'hospitalisation à domicile (HAD)

Certaines structures, associatives pour la plupart, particulièrement présentent sur le territoire du Forez, sont à la croisée de plusieurs de ces missions. Celles-ci ont un fonctionnement proche du mode filière car elles travaillent depuis longtemps sur les articulations. « *On est en plein dans la filière quand on travaille dans cette logique là* » nous indique un de ses directeurs.

❖ Des professionnels libéraux de plus en plus clairsemés.

Les communes du Pays du Forez ne bénéficiant pas de la présence de médecins généralistes et d'infirmières libérales sont relativement nombreuses²¹. Le canton de Saint-Jean-Soleymieux se distingue par un taux extrêmement faible de médecins au regard de sa population : 45 médecins pour 100 000 habitants. Le canton de Saint-Just-Saint-Rambert présentent également des taux faibles, inférieurs à 70, alors que le taux moyen du Pays du Forez est égal à 91. A l'inverse, le canton de Saint-Galmier est fortement doté (124).

Cette tendance risque de s'aggraver dans le futur, en raison du vieillissement des médecins en activité, de l'évolution des modes de vie et de la féminisation de la profession (diminution du temps de travail, évitement des zones rurales isolées).

Que pouvons-nous conclure ? Plus que tout autre sous ensemble de l'action sanitaire et sociale, le secteur des personnes âgées a développé une structuration compliquée. Nous venons de voir qu'une simple liste des institutions, des services, des acteurs met en évidence une diversité considérable. Cette complexité ne milite pas en faveur d'une grande lisibilité pour l'utilisateur. Toutefois, nous percevons nettement qu'au regard des moyens et des compétences, deux niveaux se dessinent : un niveau de proximité et un niveau de référence. Le niveau de proximité est appelé à constituer le premier échelon d'accompagnement et de soins gériatriques. Le niveau de référence, quant à lui, est

²¹ Diagnostic du pays du Forez, Sitelle, janvier 2011.

appelé à jouer de rôle de plate-forme gériatrique en proposant les compétences et le plateau technique nécessaires aux différents acteurs de la filière de proximité²².

Pour rendre plus fonctionnelle la filière, outre ce binôme proximité / référence, l'ARS Rhône-Alpes a demandé à ce que la filière désigne un animateur parmi ses membres. Nous allons découvrir de quelle manière la filière a fait ce choix.

2.2 Reconnu par les établissements adhérents, le Centre Hospitalier de Montbrison est aujourd'hui animateur de la filière Personnes Âgées du Forez.

Pour initier la création des filières gériatriques dans le département de la Loire, le 25 février 2010, l'ARS Loire et le Conseil Général convient les établissements publics de santé référents sur leur territoire à échanger sur les objectifs, la démarche, la méthodologie et le calendrier visant à structurer les différentes filières de soins gériatriques. En effet, ces établissements de santé sont considérés comme constituant un maillon essentiel dans cette filière de part leur rayonnement sur la zone de proximité de soins de leur ressort. De ce fait, ils ont vocation, selon l'ARS, à « être les animateurs pour structurer, avec l'ensemble des partenaires et sur la base d'un diagnostic partagé, cette filière gériatrique ».

2.2.1 Une mission d'animation légitimement reconnue

Le CH de Montbrison et le CH de Feurs sont donc présents à la discussion pour représenter la zone Centre Loire. Suite à cette rencontre, l'ARS et le Conseil Général de la Loire demandent à ces deux établissements, au travers d'une lettre de cadrage et de la remise d'un « kit fiche de route pour chef de bassin », de constituer une équipe projet avec un comité de pilotage afin de produire un diagnostic quantitatif et qualitatif de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire, et d'élaborer une charte de fonctionnement qui constituera le socle commun pour clarifier les rôles et les engagements de chacun dans la prise en charge des personnes âgées.

Si la première rencontre a été animée par l'ARS et le Conseil Général pour présenter la démarche à l'ensemble des structures présentes, ils invitent les professionnels à désigner un animateur. Cette fonction d'animation doit revenir à un établissement de référence et un seul. Le CH de Feurs et le CH de Montbrison s'annoncent tout deux comme légitime pour assumer cette mission.

²² VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J.M., 2009, « Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification gériatrique en Rhône-Alpes », Revue Hospitalière de France, n°526, pp. 36-39.

Cependant, le choix de l'établissement pilote et animateur de la filière ne s'est pas décidé immédiatement et fait simplement, comme le retranscrivent plusieurs personnes interviewées : « *l'obligation d'avoir un seul établissement pilote a été source de conflit* » « *Des difficultés de communications dès le lancement de la filière entre les deux CH, des enjeux de compétition* », « *le démarrage de la filière, je l'ai mal vécu, c'était une bataille entre deux hôpitaux* ». Un directeur rajoute : « *On a mélangé beaucoup de choses lors du démarrage de la filière, il y a eu un flottement jusqu'à ce que l'établissement est été déterminé* ». Un des responsables de l'établissement reconnaît « *qu'il y avait une ambiguïté avec les projets médicaux de chaque établissement* ». Cette même personne rajoute : « *Puis au fur à mesure, avec une lisibilité plus importante, une charte, des groupes de travail avec des thématiques, ça s'est éclairci, ça a permis de discuter* », ce que confirme un autre directeur : « *la nécessité de discuter a été un bien* ». De ce fait, la reconnaissance officielle d'un établissement animateur ne s'est pas faite immédiatement. Un hôpital local a proposé comme alternative d'organiser les rencontres sur son propre site. Cela a permis de régler le problème temporairement.

Cependant la question devait être tranchée. C'est pourquoi, en janvier 2011, alors que la structuration des instances de la filière étaient bien avancée, un vote à bulletin secret a été organisé. Le CH de Montbrison a été dès lors pilote et animateur de la filière de soins gériatriques du Forez. Ceci laisse sous entendre que le questionnement, les discussions autour de ce sujet ont permis à chacun des acteurs d'avoir le temps nécessaire pour se positionner, et au CHM d'être aujourd'hui reconnu l'animateur légitime.

Mettre les établissements en présence et définir un animateur ne suffisent pas à rendre fonctionnelle une filière de soins. Nous verrons avec précision dans la deuxième partie la façon dont progressivement la filière a prise forme et comment le CHM a interprété son rôle d'animateur. Pour l'heure, nous allons interroger les acteurs sur leur propre représentation de la filière.

2.2.2 Une appropriation progressive de la filière par les professionnels.

Il nous semblait intéressant de questionner les personnes interviewées sur leur propre définition de la filière gériatrique. Partant du principe qu'il est important que tous les acteurs parlent le même langage dans un processus de collaboration, qu'entendaient-ils par filière gériatrique ?

❖ Selon les acteurs, une définition convenue.

Etant médecins, responsables soignants, directeurs, provenant de secteurs différents, représentants des structures aux statuts divers, nous constatons que les représentations des uns et des autres ne sont pas très éloignées. Voici quelques unes de leurs réponses : « *C'est un ensemble d'acteurs qui permet d'établir un parcours le plus équilibré possible pour la personne âgée sur un territoire donné* ». « *La filière procède d'une stratégie de groupe en ce sens que ça comprend plusieurs segments, du sanitaire au médico-social, prend en compte l'articulation* ». « *Dans filière gériatrique, il y a une notion de coordination, de continuité de service et d'articulation des dispositifs, tout cela dans le cadre d'une fluidité du parcours de la personne âgée, c'est faire en sorte que les acteurs soient bien articulés en terme de timing et d'outils, c'est faciliter le parcours du patient dans toute la chaîne des aides disponibles sur le territoire* ».

Ces représentations sont très proches de la définition de la filière gériatrique telle que la retranscrivent les textes : parcours de soins, continuité, fluidité, coordination territoire. Il faut bien reconnaître par ailleurs, comme l'affirme un des directeurs : « *La filière gériatrique est une figure imposée issue d'une circulaire* ». Il est donc assez normal que, globalement, la représentation soit assez unanime. Toutefois, l'usager de la filière est défini de deux manières différentes : patient d'une part et personne âgée d'autre part. Cette distinction n'est pas anodine comme nous le constaterons par la suite.

Si la définition donnée par les professionnels est, au final, assez convenue, leurs espoirs en la filière sont, eux, conséquents.

❖ Les attentes fortes des professionnels et des établissements.

Comme le souligne un directeur de structure médico-sociale : « *la filière n'a pas démarré lors de la première rencontre, elle existait avant par les conventions* ». Un autre de rajouter : « *Sur la Loire, on est plutôt pas mal car on a les structures assez bien réparties sur le territoire, et, outre les CLIC, certaines ont l'expérience de la coordination gérontologique car, à une époque, le Conseil Général donnait des subventions pour travailler sur les logiques d'articulations* ». Il est effectivement clair que ce dispositif repose sur un existant. Toutefois, divers témoignages démontrent que sa venue est opportune et les attentes fortes à un niveau collectif et individuel.

A titre individuel, les établissements ont un intérêt à s'inscrire dans la dynamique de la filière. « *L'engagement dans la filière, j'y suis favorable car on travaille trop seul* ». « *Aujourd'hui, il faut être très réactif dans une culture d'appel à projets et du budget qui fait le projet* ». « *C'est une opportunité pour l'établissement de participer à ce type de*

travaux car on peut faire porter par le collectif un besoin clairement identifié ». Nous constatons donc que la filière doit mettre en lien l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées, avec un mode de fonctionnement qui ne se réduit pas à une juxtaposition de ses éléments constitutifs. Elle doit s'organiser en interne pour être efficace. « On attend d'avoir une réflexion pour mettre en lien, faire travailler ensemble, c'est alors gagner en efficacité, en fatigue, en qualité de soins ».

La filière doit aussi revêtir une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge, une plus grande fluidité des parcours des patients âgés. *« Les travaux sont hyper importants et la réflexion essentielle ». « Ce qu'on peut attendre : imaginer des réflexions intermédiaires entre domicile et EHPAD, l'organisation du retour à domicile qui demande du temps, traité l'urgence sociale ». « C'est avoir une synergie du sanitaire vers le social et du social vers le sanitaire avec l'intervention de toutes les composantes ». « Organiser la filière, c'est structurer de manière intelligente une fluidité du parcours, une lisibilité dans le parcours au sein de chaque établissement, une clarification des rôles de chacun avec un partenariat fort, ce qui permettra de mieux se connaître ».*

Cette dimension fonctionnelle majeure doit être au service des personnes âgées. *« La filière est un outil qui rend service à l'utilisateur avant tout ».* C'est aspect là a été l'objet de nombreuses discussions lors des premières rencontres de la filière.

- ❖ Une nécessaire évolution de la sémantique : de filière gériatrique à filière « Personnes Âgées ».

Comme nous le signifiions plus haut, les débats ont aussi porté sur la définition de l'utilisateur, plus précisément sur le terme « gériatrique » tel qu'il est inscrit dans la circulaire. Selon certaines personnes : *« Le mot gériatrique fait plus référence au côté médical », « on ne peut pas considérer la parcours de la personne âgée uniquement qu'avec le parcours de soins ».* En effet, conformément à une définition issue d'un journal officiel, « la gériatrie est une discipline médicale consacrée à l'étude de la santé et aux soins des personnes âgées ». *« Le terme gériatrique nous semblait trop restrictif »* me rappelait l'une d'entre elles.

Pour d'autres professionnels, notamment les acteurs du maintien à domicile, *« la gérontologie, c'est se poser d'autres questions comme l'habitat, le maintien au domicile et les connections avec les usagers, le voisinage, les services d'aides... ».* Terme couramment usité, la gérontologie désigne « l'étude du vieillissement dans toutes ses dimensions, notamment sociale, économique, démographique, psychologique,

anthropologique, culturelle, médicale et autres. La gériatrie est donc une des composantes de la gérontologie ».

En effet, la sémantique n'est pas dénuée de sens car il y a des approches différentes. *« Je n'aime pas bien les termes de gériatrie et gérontologique. Il ne faut pas opposer les deux, c'est l'idée de globalité qui doit primer. Il ne faut pas seulement soigner physiquement et psychologiquement les gens, c'est aussi dans leur environnement, leur habitat... ».*

C'est pourquoi, pour satisfaire à l'ensemble des acteurs du sanitaire, médico-social, social présent autour de la table, la filière gériatrique fut rebaptisée filière « Personnes Âgées du Forez ».

Nous pouvons conclure cette première partie en affirmant que les besoins en soins spécifiques de la personne âgée fragile et la fluidité de son parcours forment un double objectif. Ce double objectif requiert la mise en place d'une filière structurée dédiée à la couverture de l'intégralité des parcours potentiels du patient âgé, du domicile jusqu'au secteur médico-social en passant par le sanitaire. C'est pourquoi le territoire de santé, consacré par la loi, ancrage naturel des pratiques de soins, s'impose aujourd'hui comme la base de réflexion pour la filière gériatrique.

En réponse aux problématiques de vieillissement de la population, de fragmentation des dispositifs de prise en charge, d'un parcours pas toujours opportun, grand nombre des établissements de santé de la plaine du Forez sont entrés dans une dynamique de coopération. Nous constatons que réaliser une filière gériatrique équivaut à l'élaboration d'un projet pluridisciplinaire auquel correspondent une ambition, des valeurs, une éthique, des défis à relever. Il répond à une politique d'actions concrétisée par des objectifs généraux à atteindre, à la définition d'une stratégie qui nécessite des ressources pour se réaliser. Pour se faire, l'élaboration d'un tel dispositif n'est envisageable que si les étapes de la structuration du projet sont réfléchies et les engagements des acteurs formalisés, aidé en cela par un engagement particulier qui est celui de l'établissement pilote et animateur de la filière. Ces différents éléments font l'objet de la seconde partie.

DEUXIEME PARTIE :

Créer les conditions d'un bon niveau de coopération : Un challenge pour la filière et le Centre Hospitalier de Montbrison

La filière « Personnes Âgées » du Forez a connu son lancement officiel en mai 2010. Un travail régulier lui a permis de se structurer progressivement. En prenant appui sur les éléments de forces de la filière, nous proposerons quelques leviers d'actions possibles pour répondre à certaines améliorations nécessaires tout en nous questionnant sur le rôle et la contribution de l'animation à son bon fonctionnement.

1 Consciente de ses forces et faiblesses, la filière est en voie de construction.

1.1 Le démarrage prometteur de la filière Personnes Âgées du Forez stimule l'ensemble des acteurs.

Le recensement de l'offre de soins des établissements et des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux du Forez permet de répondre à l'ensemble des besoins en santé des personnes âgées. Si toutes ne se sont pas encore portées adhérentes, les structures engagées représentent un large éventail et constituent l'ensemble des maillons de la filière.

1.1.1 L'adhésion de multiples établissements aux orientations de la filière apparait comme les prémices d'une collaboration.

Très régulièrement et au fil de l'avancée des travaux, de nouveaux directeurs se font connaître et désirent engager leur établissement dans la démarche. *« Il y a encore des acteurs qui ne sont pas dans la filière, certains n'ont pas encore vu l'intérêt. C'est le cas de la médecine de ville notamment. C'est aussi le sens qu'on donnera à cette filière qui les fera venir ».*

En effet, la question du sens est primordiale. C'est pourquoi le travail du groupe a été de définir les objectifs et les missions de la filière et d'identifier les besoins au regard de l'offre de soins.

- ❖ L'élaboration d'objectifs communs donne du sens à la filière pour l'ensemble des acteurs.

La filière vise à rassembler l'ensemble des acteurs sur un projet commun qui s'engagent à mettre en place des actions pour assurer la qualité de prise en charge. La mise en œuvre de la coopération a pour objet de fluidifier le parcours de la personne âgée en proposant une prise en charge multidisciplinaire adaptée. A ce titre, la filière doit être l'outil approprié pour²³ :

- Concourir à coordonner une prise en charge diversifiée de la personne âgée et de même qualité sur la plaine du Forez,
- Optimiser les moyens existants et organiser des concertations pour améliorer les actions déjà existantes et celle à venir,
- Mettre en œuvre des moyens mutualisés nouveaux qui font défaut.

Conformément au cahier des charges élaboré par l'ARS, la production d'un diagnostic partagé devait faire l'objet d'une première étape. Ce diagnostic, comprenant une analyse quantitative et qualitative de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire, les difficultés rencontrées, les raisons de celles-ci ou à contrario les exemples de travail en filière à maintenir ou à développer, a été réalisé par chacun des établissements engagés dans la démarche et a permis d'alimenter la réflexion initiale. Cette première étape « *a eu le mérite de mettre les gens autour de la table et d'aborder les problématiques transversalement* ».

Ce diagnostic a permis de dégager quatre objectifs plus opérationnels à approfondir :

- Offrir à la personne âgée une prise en charge graduée sur le territoire par une coordination de la filière,
- Favoriser le maintien à domicile,
- Développer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées en institution,
- Développer le système d'information de la filière.

Quatre groupes de travail ont été déterminés pour répondre à ces objectifs, avec, pour chacun d'eux, la désignation d'un directeur de structure volontaire pour assurer le rôle de chef de projet.

²³ Cf convention de coopération.

- ❖ Une structuration claire des instances gouvernant la filière facilite l'élaboration de la charte de coopération.

Les instances de la filière sont au nombre de deux et sont représentatives de l'ensemble des acteurs. *« La composition du bureau et du COPIL est non hospitalo-centrée, l'ARS l'avait annoncé comme préambule, mais dans la pratique, ce n'était pas évident ».*

Le bureau de la filière, assez restreint, comprend un représentant de chaque centre hospitalier référent, des centres hospitaliers « ex-hôpitaux locaux », des EHPAD, des SSIAD, des CLIC, des usagers et des libéraux. Il a pour mission de réaliser les travaux préparatoires du comité de pilotage (COPIL), d'évaluer le fonctionnement de la filière, d'établir le rapport annuel, de préparer les réponses aux questions des adhérents et de proposer des axes de formation communs.

Le COPIL, beaucoup plus ouvert, est constitué des représentants de l'ensemble des acteurs de la filière (sanitaire, social, médico-social, maintien à domicile, privé, public...) ainsi que des représentants des usagers. Le directeur du CH de Montbrison, président de la filière, est président du COPIL. Il est assisté dans sa mission par un référent médical gériatre. Le COPIL discute, amende et valide les travaux du bureau notamment en ce qui concerne le bilan de coopération et valide le rapport annuel relatif à son fonctionnement. Il se réunit au minimum trois fois par an.

Depuis septembre 2010, date de la première rencontre, ces modalités d'organisation conviennent, et favorisent dans un même temps, une connaissance des structures engagées et une efficacité dans la réflexion. *« Son organisation en bureau et COPIL permet à tout le monde de discuter ».* *« La filière démarre bien car les gens en veulent ».* *« Le travail fait depuis un an a permis de mieux se connaître et se reconnaître entre les différentes entités pour construire quelque chose de durable ».*

En pratique, depuis la première entrevue, ces instances se sont réunies presque tous les mois. *« Cela me convient car c'est très participatif, on sent une volonté de vouloir travailler avec tout le monde ».* Cette dynamique, cette implication n'est pas le seul résultat de « l'envie d'aller voir ». Ceci démontre que les objectifs de la filière, les valeurs portées par celle-ci prennent sens et correspondent à une réalité, un besoin de terrain. De plus, l'ARS et le Conseil Général ont fait le choix d'initier la première réunion et de ne plus être présents dans les rencontres suivantes. De ce fait, *« les tutelles ont eu raison de laisser la filière s'organiser, on a été obligé de prendre les choses en mains ».* Un autre élément a aussi été rapporté : *« le fait de bouger sur le territoire, de changer à chaque fois de lieu de réunion, ça permet de découvrir l'autre, c'est intéressant ».*

Bien évidemment, la succession rapprochée de rendez-vous n'est pas toujours simple à gérer car tous les professionnels présents ont des agendas surchargés. *« C'est la gestion du temps qui nous pèsent ».* C'est la raison qui explique qu'à plusieurs reprises, le

bureau s'est réuni en amont du COPIL sur le même lieu. Ce qui fait dire à plusieurs participants : « *Nous n'avons pas assez de recul* », « *Il faut que le bureau soit plus dans une logique de préparation* » comme cela avait été acté effectivement.

❖ Vers un engagement fort : la signature de la charte de coopération.

La production d'une charte de fonctionnement²⁴ assigne l'aboutissement de la seconde étape. Cette charte constitue le socle commun qui clarifie les rôles et les engagements de chacun pour assurer une prise en charge de qualité. Outre l'inscription des structures membres adhérentes, la charte notifie, au même titre qu'une convention, les missions et objectifs de la filière, les modalités d'échanges et les engagements des différents maillons de la chaîne. Elle définit les modalités d'évaluation de la filière au moyen d'un rapport annuel qui devra être transmis aux autorités.

La charte de coopération, élaborée et proposée par les établissements adhérents, sera examinée comme annoncé initialement, par les instances de régulations locales, à savoir le Conseil Général de la Loire et l'ARS. Nous le voyons confirmé, la filière Personnes Âgées du Forez consacre bien le rapprochement des secteurs sanitaire, social et médico-social à tous les niveaux. La filière unit les professionnels de terrain comme les tutelles. « *La filière est aussi un rapprochement ARS – Conseil Général, ce double regard est important, le Conseil Général connaît le domicile et l'ARS, le sanitaire* ».

Elle sera ensuite signée par l'ensemble des acteurs. Selon les personnes interrogées, la signature de la charte revêt un intérêt différent : « *Très théorique, ce n'est pas la signature qui va faire avancer les choses* », « *La signature de la charte doit être un engagement et non une formalité* », « *La signature de la charte n'est qu'une formalité qui va entraîner les tutelles avec nous* ». Cette signature n'apparaît effectivement pas comme une fin en soi mais bien comme une première étape qui en appelle d'autres. Elle doit aussi être considérée comme un engagement c'est bien de cela qu'il s'agit. Il est écrit dans la charte que « *les centres hospitaliers de Feurs et Montbrison s'engagent à..., les EHPAD s'engagent à..., les services à domicile s'engagent à..., l'ensemble des acteurs s'engagent à...* ».

Nous venons de démontrer que l'implication des acteurs, qu'ils soient médecins, soignants, directeurs, représentants des usagers ou des tutelles, est à l'origine d'un bon démarrage de la filière. Prenant appui sur une organisation interne clairement élaborée, les nombreuses rencontres ont initié la connaissance de l'autre, une réflexion de fond et

²⁴ Annexe II

l'élaboration d'un discours commun. Le Centre Hospitalier de Montbrison s'est lui aussi fortement mobilisé.

1.1.2 L'implication du CHM dans la filière : une opportunité pour rendre plus opérationnelle sa propre offre de soins gériatriques.

Le CH de Montbrison présente de nombreux atouts pour jouer son rôle d'établissement de proximité renforcée dans la plaine du Forez. Tout cela grâce à une équipe médicale et chirurgicale reconnue, une vision interdisciplinaire de la prise en charge médicale, une rénovation du parc immobilier en cours de projet et de réalisation, une situation financière saine²⁵. La filière gériatrique interne est aussi une arme maîtresse. « *La gériatrie est un enjeu important, la personne âgée constitue la clientèle principale de notre hôpital* » rappelle un des directeurs. Comme pour tout établissement, faire partie intégrante de la filière Personnes Âgées du Forez et œuvrer à sa formalisation présente un intérêt.

- ❖ Le CH de Montbrison, un atout pour la filière qui n'en reste pas moins perfectible.

L'établissement a étoffé son offre de soins pour maîtriser une grande partie de la filière gériatrique en interne et s'est entouré de compétences gériatriques. Il y a aussi les contours d'un projet architectural ambitieux pour la gériatrie et la volonté de poursuivre les efforts d'amélioration de la prise en charge autour d'une approche plus globale de la personne âgée fragile.

Nous pouvons affirmer que le CH de Montbrison tient une place importante dans le paysage local comme le dit un des directeurs : « *Nos activités en interne intéressent l'ensemble des acteurs de la filière* ». Cependant le fonctionnement de cette filière interne n'en reste pas moins perfectible.

Le cloisonnement entre les services et les professionnels restent encore trop prononcé. « *Un manque de liant perdure entre les structures* ». Dans son projet, l'EHPAD s'est engagé à prioriser les demandes d'admissions de patients du SSR et du SSIAD, mais la mise en œuvre pose encore problème. Un dispositif d'amélioration de la qualité du processus d'admission du patient directement par le CSG voir le SSR a été formalisé. En pratique, bon nombre de personnes âgées passent toujours par les urgences puis par l'UHCD car il subsiste un manque de lits disponibles.

²⁵ Source : Contrat d'objectifs et de moyens, projet médical et d'organisation des prises en charge 2006 – 2011, CH de Montbrison.

Le recrutement des médecins gériatres pose à nouveau problème sur l'UMG, qui est toujours en recherche d'un complément de poste, et sur le CSG. Cet état de fait pénalise forcément la collaboration interne avec l'ensemble des services et structures de prise en charge de l'hôpital : service d'urgence et services cliniques, via en particulier des avis gériatriques et protocoles de prise en charge médicale et soignante. « *Aux urgences, il faut des intervenants locaux gériatres pour avoir des avis gériatriques* ».

Certains responsables soignants déplorent par ailleurs un manque de culture gériatrique, « *une perception négative du patient vieillissant* ». La mobilisation moindre des professionnels soignants, des médecins et des infirmiers notamment, concernant les pathologies du grand âge et les soins aux personnes âgées confirme une préférence pour une approche plus technique et spécialisée du soin. Ce qui fait dire à un médecin : « *Un risque est de ghettoïser la gériatrie, il faut que la gériatrie incruste les spécialités plutôt que spécialiser la gériatrie* ».

Nous constatons très succinctement que le CHM est confronté à un quadruple défi qui porte sur le décloisonnement des acteurs, le recrutement médical, le développement d'une culture gériatrique et la fluidification de la filière interne.

❖ S'ouvrir aux autres et travailler ensemble devient incontournable.

L'ensemble de ces éléments sont donc à prendre en compte. « *Actuellement, on fait avec les moyens du bord, mais j'ai conscience qu'il y a des besoins réels en terme d'organisation, de projet médical, pas uniquement en hommes* ».

Le CHM, pour résoudre ses difficultés internes, doit poursuivre ses efforts de réorganisation et de modernisation des activités. Certaines pistes peuvent être étudiées : éviter les hospitalisations non justifiées, anticiper la programmation des séjours et des examens, soutenir le développement de solutions alternatives à l'hospitalisation...

La performance de la filière interne est aussi directement en lien avec l'amélioration de la filière d'amont et la filière d'aval. Renforcer ce lien avec les acteurs extérieurs serait utile pour éviter les ré hospitalisation et favoriser le maintien à domicile.

Comme aime à le rappeler un professionnel de l'établissement : « *On a besoin de temps de discussion, de se voir à intervalle régulier. Si on ne se rencontre jamais, on ne peut pas avancer* ». C'est effectivement la demande qui a émané d'une réunion faite sur le CH de Montbrison pour présenter la filière de soins gériatriques du Forez. Une autre personne de rajouter : « *Nous n'avons pas de connaissances des travaux de la filière, la charte de coopération me semble floue, j'ai besoin d'explications* ». C'est ainsi que,

depuis ce jour, le groupe se rencontre au minimum tous les deux mois et s'implique dans les travaux de la filière Personnes Âgées du Forez.

Cette volonté de rapprochement avec d'autres professionnels a été énoncée d'une autre manière. Dans les propos recueillis, fréquemment est revenue la question de la collaboration entre le CH de Feurs et celui de Montbrison.

❖ Complémentaire avec le CH de Feurs, le rapprochement est inévitable.

Comme nous l'avons vu, dès le démarrage de la filière, le CH de Montbrison et le CH de Feurs se sont opposés. Cette opposition, très ancienne dans le paysage du Forez, n'est pas uniquement le fait des deux hôpitaux. Les enjeux politiques sont forts pour chacune des villes. Cependant, la réalité actuelle n'est plus à l'individualité mais à la coopération, voire à la fusion. En effet, les autorités de régulation demandent aux deux hôpitaux de manière très insistante depuis plusieurs années de travailler sur la constitution d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et d'élaborer un projet médical commun.

Bien avant le démarrage de la filière, ce projet de CHT avait vu le jour. Trois thèmes de projet furent retenus dans l'élaboration de la convention constitutive dont un s'intitulait : Organisation d'une filière gériatrique graduée. Toutefois la constitution effective de la CHT n'a jamais aboutit faisant face à de trop grandes résistances des parties impliquées.

« L'animation est dévolue à Montbrison, mais il faut que l'entente Feurs Montbrison soit optimale » rappelle un directeur de structure médico-sociale. En effet, l'un et l'autre ont tout intérêt à trouver un terrain d'entente. Les raisons en sont multiples.

Le CH de Feurs a une activité de gériatrie reconnue et développée complémentaire de celle du CH de Montbrison. Outre un SSR, un USLD et un EHPAD, l'équipe de gériatres propose une consultation mémoire labellisée. Un accueil de jour, un court séjour gériatrique devraient voir le jour très bientôt, et un projet d'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) est à l'étude.

Les Contrat d'objectifs et de Moyens en cours font déjà état de coopération existantes entre les deux hôpitaux sur les thèmes de la douleur, les soins palliatifs, la nutrition / endocrinologie et la gériatrie avec principalement une UMG commune depuis début 2010. Comme le souligne plusieurs médecins : *« L'UMG fait un travail de lien et lève certains préjugés »*.

Toutefois, « *Feurs et Montbrison sont fragiles du fait de la petitesse des équipes médicales* ». En effet sur la plaine du Forez, une pénurie de médecins est aggravé par le saupoudrage des activités. L'attractivité de chaque établissement, pris individuellement, pose problème dans un contexte de pénurie générale. La question du recrutement des praticiens est un enjeu majeur pour les deux centres hospitaliers. Ce sont la qualité des complémentarités mises en place entre les établissements et l'ambition du projet médical qui permettront de développer l'attractivité de la plaine du Forez pour les futurs praticiens. « *Un rapprochement Feurs Montbrison plus marqué permettrait de fidéliser les médecins, d'avoir une équipe plus forte, d'échanger et partager des pratiques* ». De cette question là dépend aussi la permanence des soins qui est un dossier important.

Dans le domaine de la gériatrie, « *on a des atouts, on a l'ensemble de la filière* », « *chaque établissement doit pouvoir prendre en charge le tout venant et développer des axes gériatriques, des pôles d'excellence tels que la prévention des chutes, la lutte contre la dénutrition... seraient alors répartis sur l'un ou l'autre des établissements* ».

Il convient de reconnaître qu'avoir une attitude attentiste desservirait fortement les deux établissements, la filière et l'utilisateur au final.

Grâce à la composition d'un bureau et d'un COPIL, à l'élaboration d'une charte de coopération qui formalise par convention le rôle et les obligations réciproques des établissements et à l'élaboration d'objectifs communs, la filière Personnes Âgées du Forez s'invite à un démarrage prometteur. Celui-ci l'est d'autant plus que les différents acteurs, comme le démontre le CH de Montbrison, ont une volonté forte à vouloir s'impliquer dans les travaux.

Cette implication constitue pour les professionnels du CH de Montbrison un préalable et un atout indéniable de la politique d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients âgés aussi bien en interne qu'en externe. En collaborant, c'est aussi améliorer les pratiques professionnelles, ou encore parfaire la gestion quotidienne des services. Ces éléments sont d'autant plus importants que le CHM entre dans une période charnière. « *Nous allons devoir repositionner l'établissement avec l'élaboration du nouveau projet médical et projet d'établissement au regard du PRS qui va être arrêté par l'ARS, faire les bons choix notamment en termes d'orientations, de projet médical commun avec Feurs et de coopération avec l'ensemble des acteurs du territoire* ».

Le démarrage favorable de la filière ne doit pas laisser à penser que tout va pour le mieux. Un certain nombre d'indicateurs font entrevoir des faiblesses et des dysfonctionnements.

1.2 Toutefois des éléments de fragilité freinent l'ambition du projet.

La logique de cloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui a prévalu ces dernières années, la multiplicité des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées rendent plus difficile la coordination de leurs interventions. Devant tant de complexité, l'objectif à atteindre n'est pas simple et les réflexions portant sur la filière soulèvent nombres de lacunes.

1.2.1 Une évolution des comportements et des pratiques nécessaire mais non encore intégrée.

Dans le fonctionnement de la filière, on distingue plusieurs types d'actions qui peuvent être réalisés par un ou plusieurs acteurs : production, coordination, information, orientation, évaluation²⁶.

En effet, comme le souligne un responsable d'établissement : « *La filière est un enchaînement d'acteurs où chacun doit jouer son rôle* ». Si l'un d'entre eux fait défaut ou ne joue pas le jeu, la filière perd de son intérêt. Et d'un autre de rajouter : « *La filière procède d'une stratégie de groupe en ce sens que ça prend en compte tous les segments sans exception* ».

- ❖ Tous les acteurs ne sont pas présents, certains émettent quelques résistances.

Force est de reconnaître qu'à ce jour, certains acteurs sont absents des travaux de la filière. Nous pouvons, par exemple, citer ici les médecins libéraux qui sont un maillon essentiel de la filière gériatrique. Leurs implications seraient bénéfiques car ils sont incontournables. Ce sont eux qui adressent les patients âgés à l'hôpital et régulent le maintien à domicile. De plus, ils sont confrontés à différentes difficultés : « *le domicile a des limites, on est en présence de malades de plus en plus complexes et d'aidants fragiles* », « *le patient âgé est très chronophage* », « *ils préfèrent se décharger sur l'hôpital* ». Certains autres acteurs sont réticents à intégrer la filière. Le foisonnement des structures se traduit non seulement par des cloisonnements mais aussi par des concurrences : concurrence privé / public, concurrence petit / gros. Les intérêts individuels priment parfois sur l'intérêt collectif. Il y a enfin les réticences liées à l'apparition d'une nouvelle réforme, d'un nouveau dispositif.

La création d'un climat de confiance est une donnée préalable fondamentale avant d'engager toute démarche de conduite du changement. Dans le cas contraire, le jeu des

²⁶ ANAP, « *Le parcours de personnes âgées sur le territoire, retours d'expérience* », 2011, p.9.

acteurs s'organise pour se protéger des efforts à consentir. Bruno Chaintron²⁷, dans son livre « Coaching pour changer avec plaisir », nous démontre que, face à une situation de changement, chaque individu est limité dans sa démarche de recherche d'informations lui permettant d'analyser les situations puis de décider objectivement. En fait, il ignore souvent le contexte global de ce changement, donc juge au lieu d'analyser et réagit au lieu de décider.

❖ Une recomposition nécessaire de la coordination.

La simple liste des institutions, des services, des acteurs met en évidence une diversité considérable. Cet archipel médico-social, comme le nomme Alain Gillette est d'une complexité sans équivalent²⁸. Ce sentiment est également renforcé par le fait que les institutions ont-elles-mêmes des logiques d'actions, des sources de financements, des règles de comptabilité, des traditions et des prétentions distinctes ; le personnel ont des formations, des profils de carrière, des motivations et des ambitions, des idéologies différentes. La diversité des acteurs, si elle est une richesse, constitue aussi une difficulté par une fragmentation des interventions et donc un manque d'unité. Ces constats amènent la question de la coordination et de son développement à venir.

Selon le Petit Robert, « la coordination c'est la mise en ordre, l'agencement et l'articulation d'éléments en vue d'un but à atteindre ». La coordination dans le bassin du Forez est aujourd'hui, en grande partie, axée sur le maintien à domicile, et s'exerce à deux niveaux : la coordination des acteurs autour de la personne et la coordination que nous nommerons institutionnelle.

La coordination autour de la personne doit répondre à une variété de situations possibles et demandent cohérence et concertation. La mise en place d'équipes médico-sociales Handicap et Dépendance depuis l'existence de la PSD puis de l'APA, la création des CLIC, l'augmentation des places de SSIAD vont dans ce sens.

Parallèlement à cette coordination de proximité, autour de la personne âgée et de ses besoins et de la réponse à une demande individuelle, une coordination institutionnelle, avec comme objectifs l'organisation et l'amélioration des dispositifs, s'est organisée. Le chef de file désigné par la loi est le Conseil général dans ses compétences issues de la décentralisation. Ses acteurs sont les institutions et les structures mettant en œuvre les politiques gérontologiques nationales ou locales. Ils sont regroupés au sein d'une instance le CODERPA-LOIRE²⁹. Nous notons que le vice président du CODERPA fait

²⁷ CHAINTRON B., « *Coaching pour changer avec plaisir* », Editions Eyrolles

²⁸ Gillette A., « L'archipel médico-social », *Après demain*, mars 1988, n°302, p.17

²⁹ CODERPA LOIRE : Ce sont des organismes consultatifs chargés d'émettre un avis sur les politiques en faveur des personnes âgées et retraitées et de faire des propositions.

partie intégrante de la filière Personnes Âgées du Forez, étant présent au bureau et au COPIL. Sa présence est un atout et donne une voix importante aux usagers.

Revenons sur la coordination de proximité. Comment s'organise-t-elle ? Quelles en sont ces limites ?

Les CLIC sont les acteurs de la coordination de proximité. Ce qui caractérise les 3 CLIC présents sur le Forez, c'est qu'ils sont tous de niveau 3³⁰ et sont tous rattachés à un CH. Une responsable de CLIC avouait que « *les CLIC s'adressent à des personnes âgées qui sont au domicile, il nous manque une dimension sanitaire* ». Il y a un autre élément, non négligeable, qui inquiète. « *Les CLIC sont sous-utilisés, il y aurait des choses à faire mais ce sont les moyens qui manquent* ». En effet, la question de la pérennité de ces structures est posée par manque de financement.

Nous pouvons donc retenir que la coordination dans le bassin forézien repose sur les CLIC et qu'elle doit intégrer une dimension sanitaire. La coordination doit se présenter comme un outil de rationalisation de l'existant. « *Il ne faut pas ajouter de structures nouvelles au mille-feuilles mais réfléchir avec ce qui existe* ». Il va donc falloir rechercher un juste équilibre d'articulation entre tous les dispositifs présents pour intégrer les différents niveaux d'interventions dans une logique d'efficacité.

- ❖ Le défaut d'anticipation et de concertation ou le manque de prise en charge adaptée pénalisent la fluidité des parcours.

« *La filière doit être un outil qui rend service à l'utilisateur avant tout* ». La filière de soins gériatriques, dont la finalité est le continuum d'une prise en charge adaptée, repose sur la fluidité du parcours et l'absence de ruptures. Nous avons observé précédemment que l'établissement de Montbrison avait toutes les difficultés à trouver des solutions de sortie. Cette difficulté, outre le manque de lits disponibles en structures d'aval, est aussi le fait parfois d'une décision de sortie sans anticipation. « *Il faut anticiper au maximum le retour à domicile* ». Il n'est pas rare non plus de constater l'hospitalisation d'une personne âgée en urgence alors que la dégradation de son état de santé était prévisible. « *Il y a besoin de plus d'anticipation au domicile, il faut prendre du temps au domicile pour ne pas en*

³⁰ Les CLIC sont labellisés selon 3 niveaux. Le niveau 3 prolonge le niveau 2 par la mise en œuvre du plan d'aide et son suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les Services de Soins Infirmiers à Domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile ... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé

perdre plus tard et être obligé d'hospitaliser le vendredi soir en urgence sous la pression de la famille ».

Certaines situations, par ailleurs, sont très complexes. Pour les résoudre, il est indispensable de se concerter entre professionnels, voire de mettre à disposition des compétences spécifiques pour aider à la résolution des problèmes. « *Certains cas nécessiteraient une concertation pluridisciplinaire ou une expertise médicale* ».

La formalisation de la filière Personnes Âgées, nous le constatons, ne s'impose pas d'elle-même. Des difficultés liées aux comportements des acteurs et à une évolution nécessaire des pratiques s'annoncent comme des freins. Il en est une autre qui, à notre sens, se révèle comme capitale.

1.2.2 La circulation de l'information apparaît comme la principale faiblesse de la filière.

La collaboration de tous les acteurs est une condition du bon fonctionnement de la filière. Ce processus de collaboration résulte d'un ensemble de règles et de relations humaines. Nous avons vu que la formalisation des instances de la filière et la présence d'un leadership étaient à considérer comme des points forts. Qu'en est-il des composantes relationnelles ?

- ❖ Une connaissance mutuelle imparfaite qui pénalise le parcours de soins des personnes âgées

Une des composantes relationnelles de la collaboration réussie est la connaissance mutuelle de chacun des acteurs que composent l'ensemble de la filière. Effectivement, la connaissance mutuelle ne repose pas seulement sur un nom, un numéro de téléphone ou un mail. C'est aussi connaître les missions et le fonctionnement de l'établissement voisin qui sera alors un plus pour la coopération et l'adressage des patients ou résidents. « *Une bonne connaissance du maillage par les professionnels de nos établissements faciliterait l'explication aux usagers* ». Cette difficulté a été très rapidement mise en exergue. La lisibilité pour l'utilisateur mais également pour tout professionnel souhaitant travailler en cohérence avec son environnement est une condition forte. La lisibilité sur le territoire requiert que chaque acteur ait formalisé et soit en mesure de communiquer sur ce qu'il est, ce qu'il fait, sur ses objectifs et son champ d'intervention. Cette première étape semble « de bon sens », toutefois, il n'est pas si facile de la mettre en œuvre à l'échelle d'un territoire qui n'a pas un système d'information structuré.

C'est pourquoi, chaque membre de la filière a complété un tableau d'identification avec notifié le type de structure, la capacité, la composition des équipes médicales, la présence de ressources humaines spécifiques (hygiéniste, diététicienne, psychomotricienne...), les conventions et partenariats déjà en œuvre, les besoins ou les problèmes rencontrés. Toutefois, ce tableau ne reste à la disposition que des seules personnes effectivement présentent aux instances de la filière. Le besoin d'étendre ces informations à l'ensemble des professionnels devient une évidence. Il existe aussi des cartographies disponibles qui permettraient de disposer d'une information de premier niveau très importante. Tous ces outils posent également la question de la mise à jour permanente.

Outre l'outil, les rencontres facilitent aussi la connaissance de l'autre, le travail d'interface et de coopération. « *On est dans une insuffisance d'échange pour comprendre les métiers et les contraintes de chacun* », « *Il faut que les médecins sachent ce qu'est la consultation mémoire* ». « *J'ai appris qu'un PASA avait ouvert à l'EHPAD, à qui s'adresse-t-il ? Je ne sais pas* ». « *Il existe des lits de SSR dans cet établissement, si j'avais su...* ». Nous constatons que la filière à ce jour ne permet pas encore aux professionnels de se rencontrer, de confronter sur leurs pratiques. Et dès lors qu'il échange, il travaille plus facilement ensemble.

❖ Un manque de concertation et d'échange d'information

Au vue des propos déjà tenu, il ne fait guère de doute que la circulation de l'information au sein de la filière est défailante. « *Nous n'avons pas de support commun* ». Et ce à plusieurs niveaux. En premier lieu sont souvent dénoncés le manque d'informations concernant la personne âgée elle-même qui n'est pas toujours à même de répondre aux questions ou d'être accompagné par la famille. Elles peuvent être administratives, médicales ou environnementales et participent à la qualité de la prise en charge. D'autres éléments concernant le parcours de soins de la personne sont aussi importants. Quels établissements l'ont déjà accueillie ? Qui est son médecin traitant ? Le manque de traçabilité et la perte d'informations sont préjudiciables pour le patient âgé. De l'altération de la prise en charge peut en découler une perte de chance. C'est aussi une perte de temps pour les professionnels.

Pour un meilleur service rendu aux patients, il faut des échanges d'informations rapides et sécurisés. Les enjeux d'une amélioration de la communication sont élevés. Nous pouvons considérer que l'amélioration de la connaissance, la réduction des délais d'attentes, l'aide à la décision sont significatifs d'une amélioration de la qualité des soins. Et qu'au delà de cet aspect est sous-entendu un objectif de maîtrise des coûts avec la

réduction des durées de séjour, la réduction des tâches administratives ou le gain de temps personnel.

Un très bon système d'information permettrait aussi d'intégrer une démarche qualité à partir d'une base de données d'indicateurs fiables. *« Il nous faut des outils qui aident à analyser le parcours de soins des personnes âgées sur le territoire, avec deux niveaux d'indicateurs à rechercher : le parcours individuel et la prise en charge globale des parcours de soins ».*

Le constat du cloisonnement et de l'éparpillement des informations de santé de la personne malade oblige à travailler sur de nouveaux outils de communications pour favoriser l'amélioration de la prise en charge et la continuité des soins. Qu'en est-il sur le territoire ?

❖ Des outils peu exploités ou peu exploitables

Le groupe de travail « Développer le système d'information de la filière » a, dès ses premières rencontres, fait le constat qu'aucun outil n'était commun à l'ensemble des structures. Il existe certes des dossiers patients, des carnets de liaisons propres au fonctionnement de chaque structure ou entre structures, mais de manière très restreinte. Certains établissements ont informatisé leur système d'information ou sont en cours de réflexion. Le seul outil de partage d'informations digne de ce nom est un logiciel pour les structures de SSR.

« Trajectoire³¹ » est un logiciel d'aide à l'orientation des patients et un annuaire des soins de suite et de réadaptation de France. Utilisé dans certaines structures du territoire, ce logiciel permet de connaître rapidement la ou les structures de soins capables de prendre en charge le projet de rééducation et réadaptation pour chaque patient. Dans la réalité, cet outil présente deux inconvénients majeurs selon les utilisateurs. *« L'outil trajectoire est mal utilisé ».* *« Les dossiers sont peu ou mal renseignés, l'avis des commissions d'admission sont donc rendus sur des bases erronées quelquefois ».* D'autre part, *« il n'est déployé que pour les patients qui relèvent de SSR ».*

Certains autres outils ont été développés et déployés dans le département de la Loire. Nous faisons référence notamment au site web CLECONA qui signifie « Coopération pour nos aînés ». Son objectif majeur est d'améliorer la filière gériatrique en permettant à la population du territoire du Roannais de trouver plus facilement de la place dans une structure en cas de besoin et de donner les renseignements de

³¹ <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>

localisation, de prestations de services sur cette structure. Cet outil a fait l'objet d'une présentation à l'une des rencontres du groupe de travail.

« Une coopération ne se décrète pas, elle se construit³² ». La filière peut se revendiquer de cette affirmation. Il s'agit bien au final d'organiser les rapports entre les institutions, entre les acteurs pour le plus grand bénéfice du patient. Il n'en reste pas moins que la création de ces relations repose sur des hommes. Il importe donc, dans un contexte donné, de créer les conditions qui vont permettre de construire ensemble. Nous l'avons vu, la filière dispose déjà de quelques atouts de poids qui stimule la dynamique de travail et lui donne un cap intéressant. Toutefois, nous décelons quelques résistances, une coordination trop restreinte, un manque d'échange et l'absence d'outils de communication, éléments qui favoriseraient le franchissement d'étapes supplémentaires pour atteindre la fluidité des flux indispensable à la fonctionnalité de la filière.

Outre la proposition de pistes d'amélioration possibles, nous devons questionner la fonction de pilotage et d'animation. Dans quelle mesure cette fonction peut-elle participer à la concrétisation de la filière ? C'est ce que nous allons développer maintenant.

2 Les axes d'amélioration pour concourir au succès de l'ensemble de la filière.

Dans ses fonctions, un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social se doit de réfléchir aux conditions qui concourront au succès de l'établissement dont il est responsable et d'anticiper celles qui seront un frein. Il en est de même pour la filière. L'analyse de l'existant que nous avons mené, est une aide pour envisager les différents axes de progression afin que la filière Personnes Âgées du Forez, filière en construction évolue vers une filière en actions.

2.1 Développer un contexte favorable pour l'action.

Un des points forts de la filière est l'implication des responsables de structures, les directeurs notamment dans la gouvernance de la filière et la participation des professionnels dans les groupes de travaux. Toutefois, certains directeurs laissent entrevoir quelques inquiétudes : « *il existe un risque d'essoufflement* », « *le but actuel est la signature de la charte, mais après... il faudra rapidement donner un autre but* », « *je*

³² Guide méthodologique des coopérations territoriales, Direction générale de l'offre de soins, ANAP.

crains une démobilisation ». Pour qu'un tel scénario ne se produise pas, il faut maintenir des conditions qui poussent les acteurs à poursuivre leurs investissements.

2.1.1 Passer d'une coopération en construction à une coopération en actions : les facteurs de réussite.

La coopération, qui constitue un levier d'action des acteurs de santé pour mener à bien leurs missions, repose notamment sur la notion d'équité et l'absence de recherche de profits³³. En effet, « *un frein serait que quelqu'un exploite les travaux de la filière à son profit* », « *les enjeux et les stratégies de chacun ne sont pas convergentes, il y a des parts de marchés à prendre sur le territoire...* ».

Coopérer n'est pas une fin en soi, mais un moyen qui permet d'atteindre des objectifs partagés. Explorons les facteurs favorisants.

❖ La création d'une relation gagnant-gagnant.

La mise en place d'une coopération nécessite de se placer dans une relation gagnant-gagnant : chacun doit tirer des avantages de cette mutualisation, mais chacun doit aussi consentir à partager et à faire des concessions. Ainsi, dans un dispositif tel que la filière, cette confiance mutuelle ne s'obtient que si chacune des structures parties prenantes y trouve un intérêt et si aucun des membres ne peut tirer un avantage qui nuirait aux autres³⁴. Ceci nécessite de définir précisément les objectifs communs et la déclinaison pour chaque membre adhérent à la filière. L'intérêt doit être explicite et connu des autres, être transparent sur les enjeux, avoir des règles claires et partagées. Dès lors, la coopération s'établit sur des bases saines, et nous pouvons espérer une montée en puissance des échanges et du partage d'informations, et donc la création collective de valeurs ajoutées.

³³ Guide méthodologique des coopérations territoriales, direction générale de l'offre de soins, ANAP, p.47

³⁴ Une illustration de la relation gagnant-gagnant tirée de la théorie des jeux :

Le « dilemme du prisonnier », permet d'illustrer par analogie cette relation gagnant-gagnant. La forme habituelle de ce dilemme est celle de deux prisonniers complices d'un délit retenus dans des cellules séparés et qui ne peuvent communiquer.

- Si un des deux avoue, celui-ci est certain d'obtenir une remise de peine alors que le second obtiendra la peine maximale (10 ans) ;
- Si les deux avouent, ils seront condamnés tous les deux, mais à une peine plus légère (5 ans);
- Si aucun n'avoue, la peine sera minimale (6 mois).

Ainsi, lorsque chacun poursuit son intérêt individuel, le résultat obtenu pour l'ensemble des parties prenantes n'est pas optimal (scénario 1 et 2). Le scénario 3, le plus optimal si l'on somme les gains pour les deux prisonniers, est celui qui nécessite une confiance mutuelle.

❖ L'engagement explicite des responsables de structures.

L'implication claire des responsables institutionnels, qu'ils soient médicaux, non médicaux ou gestionnaires, constitue un facteur déterminant pour la réussite de la filière. Cette implication consiste à exprimer la détermination des responsables. Celle-ci donne des preuves qu'ils attachent une réelle importance à ce travail coopératif et qu'elle constitue une dimension incontournable de l'évolution de la structure qu'il dirige. Cette détermination constitue une force d'entraînement de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

L'engagement des responsables doit reposer sur un objectif clair et précis. Il doit être explicite et peut reposer sur une déclaration formelle d'intention. C'est pourquoi il serait souhaitable d'avoir « *une signature très officielle* » de la charte par les directeurs de toutes les structures adhérentes et les responsables des autorités de tutelles, d'organiser une manifestation en présence notamment des personnalités politiques locales, et que celle-ci soit portée à la connaissance d'un maximum de professionnels. Au-delà de la déclaration formelle, cet engagement doit se matérialiser dans un certain nombre de pratiques et d'attitudes quotidiennes : une cohérence entre les orientations de l'établissement et les principes énoncés au sein de la filière, la disponibilité pour accompagner les démarches, la transparence de l'information et des décisions, la persévérance et l'exemplarité en respectant les principes et la rigueur demandée à l'ensemble des acteurs.

L'implication des responsables, des directeurs en premier lieu, doit permettre de surmonter les obstacles possibles que nous avons mis en évidence, à savoir les résistances individuelles et structurelles liées au changement, et ainsi faciliter l'engagement des professionnels.

❖ L'implication des professionnels.

L'implication des professionnels est également essentielle car ce sont eux qui vont mettre en œuvre les actions concrètes appréhendables par l'utilisateur. Pour favoriser cette implication, il est important de les associer aux travaux, de porter attention à leurs pratiques, de les encourager, les informer régulièrement. Il est tout aussi indispensable de tenir compte de leurs suggestions. L'idée étant bien de fédérer les actions et valoriser ce qui est entrepris.

- ❖ La progressivité de la démarche et l'adéquation des moyens aux objectifs.

Nous l'avons constaté, le démarrage de la filière prend du temps et demande du temps. Il a fallu un an pour mettre en place les instances de la filière, désigner un animateur, parfaire la charte de coopération et initier des travaux de groupes alors même que les réunions se sont enchaînées sur un bon rythme. Le développement d'une filière de soins est un projet sur le long terme. Il suppose l'appropriation progressive des valeurs, des principes et des méthodes par l'ensemble des professionnels.

Le nombre potentiel de sujets à débattre et le nombre de problèmes à régler risquent rapidement d'être importants. Le risque est donc de se fixer des objectifs trop ambitieux et de n'avoir pas la capacité de les atteindre. En conséquence, il convient de se concentrer sur les priorités, c'est-à-dire de se concentrer sur les points qui produiront les améliorations les plus notables.

- ❖ L'élaboration d'une stratégie de communication en interne et en externe.

Une communication en interne comme en externe bien conduite est un facteur de réussite de la filière. Elle assure le partage du sens, la diffusion des idées, la pérennisation des actions réalisées. Il est important que les professionnels de chaque établissement s'approprient les enjeux et les modalités, prennent conscience, chacun à leur niveau, de l'intérêt d'être impliqué dans la filière.

La stratégie de communication doit permettre de donner le niveau d'information qui sera donné selon les publics. Plusieurs outils peuvent être utilisés : des articles dans les journaux internes, des points d'informations dans les instances, des plaquettes d'informations, les sites intranet de chaque établissement. Il sera important d'évaluer régulièrement l'impact du plan de communication et d'analyser la pertinence de chaque outil.

- ❖ Le développement d'une culture gériatrique.

« Ce n'est plus vivre et mourir qui sont désormais associé mais vieillir et mourir ³⁵ ». La reconnaissance de la gériatrie est difficile, les médecins spécialistes considèrent la personne âgée comme des bloqueurs de lits et les directeurs sont partagés entre la recherche de performance dans le contexte de la T2A et l'accomplissement des missions de service public qui est d'offrir des soins à tous. L'image négative de la discipline au regard des autres spécialités médicales jugées plus prestigieuses ainsi que la lourdeur de la charge de travail (physique, psychique et affective) éprouve les professionnels. Un turn

³⁵ PUIJALON B., TRINCAZ J., « *Le droit de vieillir* », 1999, Paris : Fayard, 281 p.

over sur cette discipline est constatée. La promotion du travail en gériatrie doit permettre de renforcer son attractivité et favoriser autant le recrutement des professionnels que stimuler le souhait de formation continue.

Le secteur de la personne âgée a besoin de personnel qualifié. C'est pourquoi, il est tout à fait réalisable de proposer des formations spécifiques en fonction des besoins des équipes à l'échelle du territoire, d'organiser des colloques thématiques en fonction des problématiques rencontrées sur le terrain. Outre l'aspect formateur, c'est aussi l'opportunité de se rencontrer, de faire connaissance et d'échanger.

2.1.2 Pour évoluer vers une filière fonctionnelle.

Nous venons d'énoncer un certain nombre de critères qui faciliteront la dynamique collective d'un travail efficace. Nous avons également perçu que l'implication indispensable des acteurs est précaire dès lors que des actions ne sont pas réalisées. « *Il faudra dorénavant travailler sur des actions concrètes, des outils communs, ça donnera du sens* », « *les critères de réussite de la filière sont la création de lien et du concret avec la mise en route d'actions prioritaires* », « *il faut des propositions pratiques* ».

Nous avons démontré par ailleurs que la filière est une mise en lien des acteurs et de l'activité grâce à une approche verticale, horizontale et transversale. Dès lors, rendre opérationnelle chacune de ses approches garantira une fonctionnalité optimum.

❖ Vers plus de concret : les travaux de groupes.

Nous rappelons que depuis juin 2010, quatre groupes de travail mènent une réflexion sur les thèmes prioritaires. Les travaux de groupes sont un point de départ pour passer à l'action. En effet, chaque groupe doit non seulement faire un état des lieux, analyser les besoins mais aussi proposer un plan d'actions prioritaires récapitulé sur un document avec le diagnostic, les objectifs, les actions, les moyens à mettre en œuvre et les indicateurs d'évaluation.

Chaque groupe évolue avec à sa tête un ou deux responsables de projet. Il se trouve que tous se sont portés volontaires. « *Le volontariat a permis de faire reposer les choses sur des professionnels très dynamiques* ». Ils sont directeurs et ont une connaissance poussée du secteur des personnes âgées. Le métier qu'il exerce est une aide précieuse au bon déroulement des travaux. Outre de la méthode, leur présence amène du crédit et témoigne auprès des professionnels de l'importance de la filière.

Cependant maintenir une dynamique de travail et une culture de résultat sur le long terme n'est pas simple. La présence d'indicateurs, autrement dit l'évaluation, est tout

aussi importante. « *Ce qui serait intéressant, c'est d'avoir le retour de notre réactivité par des évaluations annuelles* ». L'évaluation est non seulement une garantie de pérennité de la filière, mais aussi l'inscription dans une démarche d'amélioration permanente. C'est la raison pour laquelle la définition d'indicateurs de résultats quantitatifs et qualitatifs, mesurables, fiables, reproductibles d'une structure sur une autre revêt un intérêt important. « *L'enjeu est aussi de travailler sur les bons indicateurs qui permettraient de bien défendre les projets à l'échelle régionale* ».

Une évaluation interne à la filière devra être réalisée chaque année et constituera une partie du bilan annuel qui doit être envoyé à l'ARS. Outre la mesure de la progression, les éléments de l'évaluation aideront à défendre les dossiers et de négocier des moyens auprès des tutelles.

❖ Quelques actions possibles.

Voici quelques exemples d'actions et de moyens évoqués qui favoriseraient la fluidité de la filière et la continuité de prise en charge de la personne âgée.

- En vue de favoriser le meilleur chainage possible entre les structures successives ou passe le patient lors de son parcours.

➤ Une fiche de liaison.

Il apparaît que la mise en place d'une fiche de liaison concertée entre les intervenants des différents secteurs, comprenant des items indispensables à l'accompagnement de tous les patients, résidents ou personnes âgées, permettrait de favoriser la transmission d'informations entre les professionnels.

➤ Un dossier patient informatisé.

Outil de continuité par excellence, le dossier patient informatisé permettrait la mémorisation en temps réel des données médicales, soignantes, administratives et d'assurances maladie de la personne âgée. Il optimiserait la communication entre les partenaires des secteurs sanitaires, médico-sociaux et du domicile ainsi que la prise de décision médicale. Il offrirait de pouvoir regrouper l'ensemble des données pour faciliter l'évaluation des pratiques professionnelles et la recherche. Mais, à ce jour, les difficultés de mise en œuvre sont telles que cet outil ne sera pas opérationnel rapidement.

- En vue d'optimiser la complémentarité territoriale des structures correspondant à un même niveau de l'offre.

- Une inscription unique en EHPAD.

Il apparaît que la mise en place d'un outil donnant la possibilité à tout usager de faire une demande de place dans les EHPAD de son choix par le biais d'une inscription unique rendrait le dispositif plus transparent et plus efficient.

- Un projet médical gériatrique commun aux deux CH de référence.

Indispensable au bon fonctionnement de la filière, le CH de Montbrison et le CH de Feurs, nous l'avons vu, doivent opérer des rapprochements. Pour instaurer cette dynamique, il est opportun que les directions respectives portent ensemble le projet et que l'ensemble des agents y adhèrent. Les équipes de chaque structure, qui reçoivent des personnes âgées, doivent s'attacher à travailler ensemble, à partager leurs pratiques. *« Un rapprochement des deux établissements permettrait d'avoir une équipe médicale plus forte, d'échanger et partager les pratiques ».* *« On a l'ensemble de la filière sur les deux CH avec la possibilité de conserver la proximité et de développer chacun des pôles gériatriques d'excellence ».*

La dynamique institutionnelle se traduirait également par l'inscription d'une filière gériatrique interne remodelée dans le futur projet de chaque établissement, sur la base d'un projet médical commun. Seraient ainsi spécifiés le contenu, les éléments d'évolution et l'organisation de la filière pour les cinq ans à venir.

- En vue de faire converger et coopérer les acteurs dans un contexte de pluridisciplinarité indispensable à la dynamique de la filière.

- Un correspondant hospitalier gériatre pour la médecine de ville.

Les médecins généralistes constituent le pivot de la prise en charge de la personne âgée dans un milieu essentiellement rural compte tenu de leur proximité. Or par manque de temps, par manque d'informations, ils sont peu impliqués voire absents de la filière. C'est pourquoi, il est indispensable de générer et de conforter ce lien, notamment avec les médecins hospitaliers. Il sera peut-être alors nécessaire que chaque structure hospitalière identifie un gériatre (ou un numéro de téléphone unique) en tant que correspondant hospitalier chargé de répondre aux interrogations et de proposer une réponse adaptée. De par ses compétences, sa connaissance du fonctionnement de l'hôpital, il serait l'interlocuteur privilégié en interne comme en externe.

- Un gestionnaire de cas pour les situations complexes de prise en charge.

Cette fonction existe déjà dans le domaine de la coordination gérontologique notamment pour les patients Alzheimer³⁶. L'idée serait que, pour les situations complexes qui posent de grandes difficultés, les professionnels fassent appel au gestionnaire de cas qui deviendrait le correspondant unique pour tous les professionnels de santé. Responsable de la prise en charge, sa mission continue dans le temps, serait d'élaborer un projet individualisé, de mettre en lien les différents intervenants et d'assurer le suivi des actions menées. Le gestionnaire serait un chef d'orchestre de la prise en charge au domicile, sanitaire et médico-sociale, assurant la liaison entre les équipes et garantissant une véritable prise en charge multidisciplinaire adaptée à la situation de chaque personne âgée.

Ce ne sont que quelques propositions. La mise en place d'outils communs sera de nature à favoriser la mise en œuvre et la fonctionnalité de la filière. D'autres outils sont envisageables : un numéro d'appel téléphonique unique pour les professionnels libéraux afin de faciliter le recours à une évaluation gériatrique, un compte rendu rapide, une admission directe, l'informatisation d'une liste d'attente pour l'ensemble des EHPAD de la filière, un dossier de pré admission commun et adapté à l'ensemble des services de SSR. Et le collectif produira sans contestations de nombreuses autres pistes d'actions. Il est toutefois un domaine qui ressort comme prioritaire.

- ❖ un objectif prioritaire : privilégier un lien dynamique entre les acteurs pour une meilleure circulation de l'information

Les entretiens montrent une volonté des professionnels d'orienter leurs pratiques vers plus d'échanges, et leurs décisions vers davantage de concertation et de cohésion. Dans le cadre professionnel, la notion de relation, de lien est complexe.

« *Nous devons nous rencontrer pour atténuer les méfiances* ». Le chemin consiste donc à instaurer la confiance entre les membres, défendre la cohésion de groupe, développer l'ouverture vers les autres. En effet, « *travailler ensemble crée du lien et favorise la pensée collective* ». « *Les équipes pluridisciplinaires permettent d'apporter des réponses intelligentes aux situations complexes, d'aller plus vite* ». Une bonne utilisation de la filière doit donc permettre à tous les acteurs de mieux se connaître, mieux travailler ensemble et mieux se faire connaître.

C'est pourquoi la logique de filière, construite dans le but de fluidifier les flux, ne peut atteindre ses objectifs que si un système informatique en réseau est développé.

³⁶ Plan Alzheimer et maladies apparentées, 2008 – 2012.

L'instauration d'un système informatique commun est contraignant pour les établissements car la standardisation de certains outils est indispensable (dossier d'admission, administratif, médical patient/résident) tout comme la transparence des données. Cet outil doit être à la fois simple, fiable, sécurisé, évolutif, compatible... Le contenu doit être utile aux utilisateurs en mettant à leur disposition des données sur les structures, des données sur les patients. Il doit aussi être envisagé comme l'instrument d'aide à la décision en compilant des éléments statistiques de l'activité.

Ces échanges supposent dans tous les cas de porter une attention particulière au fait que les données appartiennent à la personne et non aux professionnels. L'utilisation des nouvelles technologies permet de mieux anticiper l'évolution de la situation (exemple : la transmission automatisée et sécurisée des comptes rendus d'hospitalisation au médecin traitant et aux acteurs de la coordination permet de faciliter les retours à domicile ; autre exemple : l'accueil d'une personne âgée dans les services hospitaliers avec l'ensemble des éléments d'évaluation produits antérieurement à son admission : résumé de dossier médical, ordonnances, synthèses des hospitalisations précédentes...) et peut potentiellement faciliter sa prise en charge. Ce dossier transversal est primordial et nécessitera du temps et de l'énergie.

En développant un contexte favorable au passage à l'action, la filière « Personnes Âgées du Forez » peut devenir un projet de grande ampleur. Elles portent des ambitions pour le patient âgé et l'utilisateur, pour les établissements eux-mêmes et l'ensemble des acteurs œuvrant au sein de chaque institution. Il s'agit bien au final d'organiser les rapports entre des institutions pour le plus grand bénéfice du patient. Il n'en demeure pas moins que les relations à créer, puis à entretenir, vont reposer sur des hommes. Il importe donc de créer les conditions qui vont, dans un contexte donné, permettre de construire un projet commun.

2.2 La filière de soins gériatriques, un territoire d'actions pour les directeurs qui ouvre à de nouvelles perspectives.

Si cette responsabilité est portée par l'ensemble des acteurs de la filière et par les instances plus spécifiquement, la mission d'animation acceptée par le CH de Montbrison, lui confère une position particulière dans ce domaine. Nous avons constaté que l'implication du centre hospitalier était réelle. A elle seule, la mission d'animation peut favoriser la coopération de tous les acteurs et faire évoluer la filière vers plus d'opérationnalité. Cette mission a été assurée jusqu'à aujourd'hui par un directeur adjoint

du CH de Montbrison sous délégation du directeur général. Découvrons de quelle manière ce rôle d'animateur peut-il être investi pour répondre à sa mission. Nous porterons enfin un regard plus spécifique sur la position des directeurs au sein de cette filière. Il nous semblait intéressant d'analyser en quoi la filière pourrait être pour eux le lieu d'un nouvel exercice de la fonction.

2.2.1 La fonction d'animation : une mission exigeante et nécessaire.

Une filière ne fonctionne pas spontanément. Il faut un pilote à bord. Le pilote, garant du fonctionnement, est le point nodal par rapport auquel le travail d'un collectif s'organise. Comme nous l'avons vu, cette fonction revient de droit au COPIL présidé par le directeur du CH de Montbrison. Il est une autre mission qui vient en complémentarité à la fonction de pilotage. Il s'agit de la fonction d'animation.

L'animation est une notion aux contours flous. Issu du dictionnaire, nous retenons deux définitions. L'une présente l'animation comme « le fait de donner de la vie, de l'entrain, du mouvement à un groupe, à un lieu³⁷ ». La seconde l'aborde comme « une méthode qui consiste à favoriser l'intégration et la participation de tous les membres d'un groupe, à créer une dynamique de groupe³⁸ ». Pierre Mongeau, professeur et directeur du département de communication de l'université de Québec en donne une définition plus contemporaine et plus technique. Selon lui, « l'animation vise à favoriser l'émergence et la gestion des structures de communication qui constitue le groupe en tenant compte des objectifs et besoins des membres, et des structures déjà en place (pratiques, règles, normes, rôles des différents acteurs) »³⁹. Nous constatons donc que le directeur qui assure la fonction d'animation doit s'appuyer sur un savoir, un savoir faire et un savoir être.

- ❖ Une représentation très précise de ce que doit être un animateur de filière.

L'animateur doit être un chef d'orchestre à la fois diplomate et persuasif. Dans les propos retranscrits des entretiens, nous retrouvons très fréquemment cette dimension : « *l'animateur est un chef d'orchestre* », « *c'est celui qui impulse* », « *c'est celui qui donne la dynamique* », « *c'est être une locomotive qui entraîne les gens* ».

³⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/animation/3590>.

³⁸ Idem.

³⁹ Mongeau, Pierre et Johanne Saint-Charles (2005) « *Communication et émergence du leadership dans les groupes* » in *Communication : horizon de pratiques et de recherche* sous la direction de J. Saint-Charles et P. Mongeau, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 109-123

D'autres capacités sont également jugées nécessaires : il doit être « *celui qui sait apaiser les enjeux de pouvoirs* », « *il faut un savoir faire pour que tous trouvent leurs places* », « *il faut entraîner les gens de manière à ce que les intérêts de chaque institution soit préservée* ». Il convient donc de concevoir ce rôle de manière très pédagogique, privilégiant le modèle participatif en donnant une parole équitablement répartie à chaque représentant. Nous le découvrons, sa principale caractéristique réside dans le fait qu'elle est guidée par le principe d'égalité. Reposant autour d'un principe fondamental « un homme, une voix ». La filière, de ce fait, est attentive à l'expression des « petites structures ». La légitimité du directeur qui assure cette mission dépend donc entre autres de sa capacité à garantir des pratiques démocratiques au niveau du bureau, du COPIL. C'est à cette condition que les grandes orientations donneront lieu à un véritable débat.

L'animateur est aussi « *celui qui fait un travail de synthèse, restitue et oriente les travaux* ». C'est un des reproches que se sont autorisés quelques personnes interviewées : « *Il manque un travail de synthèse pour qu'on est un panorama des orientations, les projets retenus, les axes ciblés. On manque de vision globale* ». En effet, l'animation de la filière ne se résume pas à l'animation de réunion. La filière demande de l'investissement. Il faut organiser dans son emploi du temps des plages de travail strictement réservé au travail préparatif des rencontres, aux travaux de synthèse et de restitution. « *Il faut être disponible car vous êtes la personne référente, celle que chacun doit pouvoir appeler pour exposer un point de vue, une demande...* ». C'est pourquoi il doit s'appuyer sur une méthodologie solide et des outils efficaces pour avancer et avoir un talent pour la coordination.

L'animateur est aussi la courroie de transmission avec les autorités de régulation que sont l'ARS et le Conseil Général. « *L'animateur doit faire le lien avec les tutelles* ». Il fait remonter aux autorités les avancées des travaux, restituent les conclusions, formule les demandes éventuelles de la filière, transmet les rapports d'évaluation, les informent des diverses réunions. Dans le sens inverse, il retranscrit aux partenaires les remarques, les recommandations ou les directives des autorités.

Nous le constatons, la mission d'animation est exigeante. La définition de la fonction d'animateur nécessite des compétences multiples d'ingénierie, d'animation de projet, de partenariat, de management d'équipe... De quels outils et compétences peut-il se prévaloir ?

- ❖ Le management par projet : un incontournable de la fonction d'animation.

La mission d'animation fait appel à la notion de management par projet. Il est nécessaire, pour l'animateur, d'identifier le contexte dans lequel s'inscrit le projet, appréhender la réalité du territoire, prendre la mesure des intérêts et opportunités à agir ensemble, distinguer des objectifs intermédiaires et des objectifs finaux. Il convient d'établir un plan d'action en élaborant les stratégies opérationnelles (une stratégie global en lien avec les projets d'établissements), clarifier les modalités du pilotage, identifier les personnes ressources et les acteurs clés et envisager les modalités d'évaluation à court moyens et long terme en cohérence avec les objectifs définis et au moyen d'outils type tableau de bord.

Une autre condition pour une animation efficace de la filière est la capacité de l'animateur à créer et à maintenir une communication « à la fois irrigation et partage, qui donnera vie et sens à la collectivité⁴⁰ ». La communication est principalement un processus de construction d'un sens commun. Si les pratiques de l'animateur sont en cohérence avec les valeurs revendiquées par le groupe, la communication fédèrera les énergies et les ressources autour d'un projet commun.

Il n'existe pas une forme unique de projet parce qu'il n'existe pas un type unique de besoins ni de moyens. De même, il n'existe pas un modèle universel de démarche. En conséquence, chaque démarche de projet est particulière. Les deux constantes ou incontournables dans tous les projets, vont être le savoir-faire du chef de projet, c'est à dire une culture générale sur la conduite de projet (basiques et expérience) et surtout le savoir être, c'est à dire la capacité à faire preuve de pédagogie, partager, motiver, impliquer, dynamiser une équipe tout le long de la vie du projet, à savoir sa capacité à "piloter en mode projet".

Quelque soit l'animateur, quelque soit son expérience, nous confortons l'idée que la tâche n'est pas simple, que celui-ci sera soumis à des pressions et des tensions. Il est cependant une difficulté particulière que l'animateur doit prendre en compte. Elle réside sur le fait que le directeur animateur de la filière exerce aussi ses fonctions dans un établissement de santé. Il devient indispensable que le rôle d'animateur soit déconnecté d'autres projets. Comme le souligne un propos : « *Il ne doit pas s'en servir pour conforter son établissement* ». C'est pourquoi l'approche est avant tout déontologique. « *Il faut que les gens vous reconnaissent dans le pouvoir que vous avez d'orienter intelligemment les choses* ». Les décisions sont collégiales. Il faut intégrer une nouvelle dimension qui ne tient plus seulement compte de l'établissement dont le directeur à la charge.

⁴⁰ Ibid.

Cette difficulté peut être transposée à l'ensemble des directeurs présents dans les débats de la filière. Une nouvelle dimension du métier de directeur d'établissement de santé n'est-elle pas en train de se confirmer ?

2.2.2 Vers une dimension plus stratégique de la fonction de directeur ?

La transformation des environnements et des contextes de travail oblige les directeurs d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux à de profonds remaniements quant à leur façon d'agir. La fonction de direction, jusqu'alors essentiellement centrée sur le fonctionnement interne des structures, évolue vers une dimension plus politique et plus stratégique. C'est bien dans cette mouvance que s'inscrit la place du directeur au niveau de la filière. Cette mouvance, nécessaire à la coopération et au travail en partenariat, ne s'inscrit-elle pas dans une nouvelle dimension du métier ?

- ❖ De l'organisation pyramidale au fonctionnement en réseau.

Le fonctionnement de la filière oblige à rompre avec un fonctionnement strictement hiérarchique et vertical pour laisser émerger un modèle porté par une dynamique de réseau dans laquelle chacun, responsable et autonome, enrichit et s'enrichit des réflexions et de l'intelligence de l'ensemble des acteurs. Cette démarche de collaboration horizontale est complexe car elle suppose une confrontation entre des stratégies et des intérêts qui se révèlent souvent contradictoires, voire opposés. Par contre il provoque l'échange qui invite à trouver des compromis. Il renforce chez les différents protagonistes la nécessité de s'ouvrir à la logique de l'autre. Il invite à déboucher sur des accords. Le directeur n'est plus un personnage esseulé, son action ne peut se concevoir que dans un lien constant avec les autres acteurs de la filière. L'exercice solitaire du pouvoir n'est plus de mise. Le directeur n'est pas un électron libre, il est référé plus que jamais aux orientations des instances, il est relié à la pluralité des acteurs.

- ❖ Penser global, agir local et inversement.

Un directeur se doit d'être promoteur, animateur, fédérateur pour l'établissement dont il a la charge au moyen d'une stratégie déterminé avec son équipe. Aujourd'hui, l'approche stratégique et managériale d'un directeur d'établissement de santé doit obligatoirement intégrer une dimension territoriale forte dans son mode de pensée et de

décision. L'idée est qu'une action locale se situe dans le cadre d'une pensée globale, et inversement.

C'est ainsi que les bonnes pratiques, les expériences individuelles seront capitalisées et permettront de développer le partage d'expériences et de transférer ces acquis dans les autres structures. C'est ainsi que les projets de chaque établissement s'inscriront en cohérence avec les orientations générales, et la transcription du projet de territoire en actions se fera au service des personnes âgées prises en charge.

« Penser local, agir global et inversement » doit donc devenir un mode de pensée incontournable qui dicte les décisions des directeurs.

❖ Apprendre à penser le complexe, une opportunité pour le directeur ?

La filière ouvre les portes des établissements. Le partenariat offre un nouveau champ d'action et permet d'optimiser les moyens. Toutefois le partenariat est complexe car il engage de multiples acteurs dans des relations de pouvoir, des fonctionnements différents et avec une culture et des valeurs nouvelles.

Manager la complexité est du quotidien du directeur d'établissement du fait des évolutions permanentes, des exigences de la réglementation, de la nécessité de mutualiser les ressources, de maîtriser les dépenses... Il doit sans cesse trouver des solutions pour maîtriser ces éléments. Peut-on penser comme Dominique Genelot⁴¹ que « la complexité est davantage dans la tête et dans le regard de l'observateur que dans la réalité proprement dite ». Être dans l'obligation d'élargir son champ de vision, de modifier son mode de pensée, d'élargir son rayon d'action pour répondre aux exigences de la filière ne fait qu'accentuer cette sensation de complexité et d'inconfort.

Le fait de ne pas comprendre nous renvoie à une incertitude, une impuissance. « Refuser la complexité, c'est refuser l'évolution et les occasions de progrès. Ce progrès ne va certes pas sans difficultés et sans contre progrès. C'est là que se trouve le défi des dirigeants : se doter de méthodes de pensées qui leur permettent à la fois d'inventer le progrès qui passe par la complexification et de limiter ses effets pervers inévitables⁴² ». Il faut donc élargir nos modes de pensées afin de progresser dans la compréhension du complexe.

⁴¹ GENELOT D., 2010, « *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants* », Paris : Editions INSEP consulting, p.16.

⁴² Ibid, p.18.

Conclusion

En un peu plus de trente ans, les secteurs de la gériatrie et de la gérontologie ont inventé de nombreuses réponses pour accompagner, aider et soigner les personnes âgées. Le défi majeur aujourd'hui, pour faire face au vieillissement de la population et à ses conséquences, se situe dans le passage des logiques d'acteurs à une logique collective de secteur. La complexité du parcours de la personne âgée tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au cloisonnement de leurs interventions. Il s'agit de développer avec lucidité des partenariats qui conduisent vers une plus grande cohérence des prises en charge, en faveur de tous, personnes âgées et professionnels. Le dispositif doit privilégier l'harmonisation des pratiques, la transversalité de la réponse, la lisibilité du système et la fluidité du parcours pour l'utilisateur. Telles sont les objectifs d'amélioration partagés qu'il convient de soutenir mais également de concrétiser malgré les freins techniques et culturels qui persistent.

La filière gériatrique doit permettre à chaque personne, quel que soit son lieu de résidence dans le territoire, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. Sur le territoire du Forez, la filière Personne Âgée propose les dispositifs de soins au sens large couvrant les différents parcours possibles, qu'ils soient programmés ou en urgence. Conscients des améliorations à apporter pour fluidifier les trajectoires, les nombreux établissements se fédèrent avec motivation pour structurer cette organisation sous l'égide de l'ARS et du Conseil Général. L'expression de cette fédération se trouve aujourd'hui confortée par la signature prochaine de la convention de coopération liant tout les établissements membres et précisant le mode de fonctionnement.

C'est bien parce que la contribution essentielle de la filière repose sur l'importance d'un fonctionnement coopératif nécessaire que son pilotage est particulièrement délicat. Le Centre Hospitalier de Montbrison se constitue moteur de cette dynamique qui tend à installer une véritable complémentarité entre les acteurs. Consciente qu'une filière de soins gériatriques ne se décrète pas, la direction se dépense avec ardeur pour aider au déploiement du dispositif en interne comme en externe. En interne, elle tente de mettre à disposition et d'adapter au plus juste ses services et prestations. En externe, elle s'engage à être à la fois chef d'orchestre et animateur de la filière.

Le CHM, référent et animateur, légitimé dans son rôle, se retrouve presque nécessairement projeté dans une situation où il doit organiser le bon niveau de coopération. Il doit faire en sorte de trouver un équilibre entre les objectifs de la filière et la satisfaction des membres avec une approche la plus fonctionnelle possible. Son positionnement en tant que chef de file, les modalités pratiques de l'animation mises en place ont permis aux instances de définir la stratégie de la filière, de coordonner les relations. La signature prochaine de la convention de coopération marquera le début de la prochaine étape de ce solide partenariat. Les propositions concrètes qui ressortiront des différents groupes de travaux telles que celles que nous avons proposées se traduiront par une amélioration effective de la prise en charge des personnes.

Toutefois, certaines de ses actions nécessiteront des moyens. Dans le prolongement et en application de la circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007, il est écrit : l'ARS « contractualisera avec les établissements de santé membres de la filière dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur les missions que chacun d'eux s'engage à assurer, les actions programmées, le calendrier et les modalités d'intervention »⁴³. Se pose alors la question de l'arbitrage. Qui va décider que telle action sera portée par tel établissement ? Comme le dit fort justement un directeur d'établissement : « *Est-ce à l'établissement référent de faire l'arbitrage ? Est-ce à l'ARS qui est dans une logique d'appel à projets ? Il manque une case* ».

La filière Personnes Âgées du Forez est ambitieuse. Elle est promise à un bel avenir si elle parvient à relever les nombreux défis qui ne manqueront pas de s'offrir à elle, notamment le défi de la prise de décision dans une logique de stratégie collective.

⁴³ Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.
- Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de 3^{ème} génération.
- Circulaire n°507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrique et santé mentale du SROS de troisième génération.
- Circulaire DHOS/02 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Circulaire DHOS/01/02/DGS/MC3 n°2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012.
- Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer.
- Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009.

Documents de planification et rapports

- Le plan Solidarité Grand Âge 2007 – 2012.
- Le Schéma Départemental 2008-2012 en faveur des Personnes Âgées, Conseil Général de la Loire.
- Le plan Alzheimer 2008 – 2012.
- Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire Rhône Alpes 2006 – 2010 révision avril 2008.
- Rapport Région Rhône Alpes, Développement durable, stratégie territoriale, « *Les Pays du Forez : diagnostic du territoire* », janvier 2011.
- DOUESNAU C., DUCHANGE E., HOAREAU V., LUSSIER M., « *Les parcours des personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience* », Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux, 2011.
- Mémoire interprofessionnel groupe 10, « *La coordination gériatrique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse* », 2011.

- Plan stratégique régionale de santé : note de présentation, Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, mai 2011.
- JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VOGOUREUX P., rapport au ministère de la santé et des solidarités, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, « *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir* », avril 2006, 54 p.
- MENARD J., Rapport de la commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, « *Pour le malade et ses proches, chercher, soigner et prendre soins* », novembre 2007, 125 p.

Ouvrages

- AMYOT J. J. MARECAUX Y., « *Développer la coordination gérontologique, stratégies, dispositifs et pratiques* », Editions. Dunod, 2006, 259p.
- ARBUZ G., BILLON R., GONTHIER R., FELDMAN E., « *Le grand âge: chance ou fatalité?* », Editions Seli Arslam, 2003, 315p.
- BATIFOULIER F., NOBLE F., « *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* », Editions Dunod, 2005, 244 p.
- LE BOTERF G., « *Travailler efficacement en réseau, une compétence collective* », Editions d'organisation Eyrolles, 2008, 165p.
- SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., « *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes* », Editions ENSP, 2004, 108p.
- THOUÉZ J. P., « *Territoire et vieillissement* », Editions. Médecine et société, PUF, 2001, 124p.

Articles

- BROUSSE J., « *Les territoires de références des décideurs pour la planification, la programmation et l'organisation de l'offre de services en matières d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Constats et perspectives* », *Gérontologie et société*, n°132, mars 2010, p 135-144.
- DUPONT O., « *Les MAIA : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires* », *Gérontologie et société*, n°132, mars 2010, p.129.

- FOURNIER P., « *La collaboration ville –hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile* », *Gérontologie et société*, n°100, 2002, pp. 131-147.
- HERBERT R., TOURIGNY A., « *Programme de recherche sur l'intégration des services de maintiens de l'autonomie* », mai 2007.
- JAMOT M., MADJLESSI A., CRESSENS M., « *Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ? Retour d'expérience du CH de Puteaux* », *Revue Hospitalière de France*, n°526, 2009, pp. 40-42.
- ROBIDOUX M., « *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle* », Université de SHERBROOKE, 2007.
- VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J.M., « *Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification gériatrique en Rhône-Alpes* », *Revue Hospitalière de France*, n°526, 2009, pp. 36-39.

Mémoires

- ERGAND P., 2007, « *Le management par projet, un atout pour accompagner le changement. L'élaboration du projet social de l'Institut National des jeunes sourds à Paris* », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 56 p.
- BURTSCHER P., 2008, « *La filière de soins gériatriques : un levier pour l'action du directeur d'un hôpital local* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 55 p.
- DANEZIS A., 2008 « *Parcours de soins de la personne âgée vivant en EHPAD. Comment améliorer la transmission d'information, en cas d'hospitalisation et lors du retour en EHPAD. Description d'une démarche pluri professionnelle départementale d'amélioration des pratiques professionnelles* », Université René Descartes, Paris V, 31 p.
- CORNEFERT B., 2009, « *Le territoire en santé, un élément déterminant d'une prise en charge optimale de la personne âgée : l'exemple de Rambouillet* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 51 p.
- ETCHETTO C., 2009, « *La création d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 58 p.
- GAUDIN C., 2009, « *L'organisation d'un réseau gérontologique en lien avec la filière gériatrique de territoire à partir de l'hôpital de Morestel : un positionnement stratégique* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 57 p.

- TRIESTE P., 2009, « *De la filière gériatrique intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le Centre Hospitalier de Gonesse* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 59 p.
- CALVEZ P., 2010, « *La mutualisation inter établissements : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 53 p.
- ANDRE E., 2010, « *Initier et structurer une démarche de coopération pour un établissement public médico-social : l'exemple de l'établissement public Saint Antoine* », mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 58 p.

Sites Internet

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

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien pour les acteurs de la filière du territoire.

Annexe II : Charte de coopération pour la filière Personnes Âgées du Forez

ANNEXE I

Guide d'entretien pour les acteurs de la filière de territoire

- Ma présentation :
 - nom prénom, stagiaire DESSMS Montbrison
 - choix thème de mémoire en lien avec la création de la filière gériatrique et plus spécifiquement quelle place pour un centre hospitalier référent.
- Accepter vous l'enregistrement de notre conversation ?
- Présentation de la personne interviewée : votre fonction, lien avec la filière gériatrique, temps que vous pouvez m'accorder ?

Les enjeux et perspective d'une filière gériatrique sur un territoire donné.

- Filière gériatrique : que recouvre pour vous ce terme ?
- Si je dis territoire et filière gériatrique, comment associez-vous ces 2 termes ?
- Quel sont les éléments qui font que vous vous êtes engagé dans la démarche ?
- Quelles sont vos attentes ? quels objectifs vous êtes-vous défini ?

Organisation de la filière gériatrique au niveau du territoire du Forez à ce jour

- Comment avez-vous vécu le démarrage de la filière ?
- A ce jour, comment percevez-vous l'avancement du projet ?
 - dans la forme : une appropriation par les acteurs ? implication ? réunionite ?
 - sur le fond : les thèmes
- Quels sont pour vous les critères de réussite de la filière ?

La mission de l'établissement référent

- Dans la circulaire, il est spécifié qu'un établissement de santé doit être chef de file de la filière, quels intérêts cela présente-t-il ?
- La filière a fait le choix du CH de Montbrison. Qu'attendez-vous de cet établissement ?

Le rôle d'animateur de la filière

- Comment concevez-vous ce rôle d'animateur ?
- Cela donne-t-il une position particulière au CH de Montbrison ?

Questions générales

- Quelles actions seraient envisageables pour que le CHM offre la pleine mesure de ces capacités pour assurer cette double mission ?
- A ce jour, quelles sont vos interrogations, vos craintes autour de ce projet ? quels sont les points positifs que vous en ressortez
- Il y a la question des moyens ? dans quel état d'esprit aborder vous cette question ?
- Les tutelles ont un rôle à jouer, comment souhaiteriez-vous qu'elles l'investissent
- Auriez-vous des éléments à rajouter, des commentaires à faire.

Questions plus spécifiques pour les professionnels du CHM

- Comment percevez-vous la prise en charge des personnes âgées sur l'établissement à ce jour ? (points forts – points faibles)
- Quelles sont selon vous les voies d'amélioration ?
- Quels sont les principaux freins ?
- Quelle place pour le corps médical, pour la direction ?
- Quels sont les critères de réussite de la filière interne?
- Filière gériatrique : que recouvre pour vous ce terme ?
- Si je vous dis que le CHM est un maillon essentiel de la prise en charge des patients âgés sur le territoire du Forez, qu'en pensez-vous ?
- Que savez-vous de la réflexion, des travaux faits au niveau de la filière de territoire ?
- Souhaitez-vous vous impliquer et comment ?
- Le CH de Feurs est aussi un établissement à forte orientation gériatrique, comment voyez-vous l'évolution entre les deux hôpitaux ?
- Le CHM est l'établissement référent de la filière, selon vous quel est sa mission ?
- Comment ressentez-vous le fait que le CHM s'implique dans la dynamique de la filière externe ?
- Quelles actions seraient envisageables pour que le CHM offre la pleine mesure de ces capacités pour prendre en charge les personnes âgées ?

Remerciements

ANNEXE II

Charte de Coopération pour la filière personnes âgées du Forez

(Document de travail au 30 juin 2011)

Préambule :

L'évolution démographique, le vieillissement de la population et les évolutions des pratiques professionnelles concernant la prise en charge des personnes âgées ont conduit les partenaires sanitaires et médico-sociaux et intervenants à domicile de la plaine du forez à engager une réflexion sur la gestion des interfaces et la coopération entre les différents dispositifs dédiés à la prise en charge des personnes âgées.

La charte de coopération vise à établir des liens fonctionnels étroits entre les structures sanitaires et médico-sociales mais aussi avec les intervenants à domicile. Elle a vocation à fluidifier le parcours de la personne âgée et de proposer une offre en adéquation avec les besoins de la population.

La réflexion en vue de la création de la filière personnes âgées de la plaine du forez répond aux orientations définies par le SROS Rhône-Alpes 2006-2010 révisé en juillet 2009 et respecte les dispositions énoncées dans les textes suivants :

- la loi hôpital, patients, santé, territoire du 21 juillet 2009,
- le SROS 2006-2010-révision du 21 juillet 2009,
- Le plan Alzheimer 2008-2012,
- Le Plan solidarité grand âge 2007-2012,
- La circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- La circulaire DHOS du 15/09/08 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer,
- La circulaire N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer,
- La circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques,
- Schéma départemental gérontologique

Cette filière regroupe l'ensemble des structures intervenant auprès de la personne âgée.

Article 1 : L'objet de la charte

Selon les orientations du SROS, la filière doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. Elle permet en respectant l'identité et les missions de chacune des composantes, d'assurer une synergie optimale des acteurs.

L'objet de la charte est de rassembler tous les acteurs sur un projet commun en dénommant les partenaires qui s'engagent à mettre en place des actions pour assurer la qualité de prise en charge et pour faciliter le parcours de la personne âgée.

Il s'agit pour cela :

- d'assurer une prise en charge non programmable, au sein d'un plateau technique, des situations pathologiques chroniques émaillées d'épisodes aigus,
- de développer l'hospitalisation programmable en mobilisant tous les maillons de la filière jusqu'à la réadaptation,
- de réaliser des avis gériatriques sous différentes formes à toutes les étapes du séjour,
- d'accompagner la sortie d'hospitalisation et la préparation au retour à domicile ou au sein d'une structure médico-sociale,
- de favoriser le maintien à domicile par la coordination des acteurs de soins de supports, notamment pour des situations complexes.

Ainsi, par la présente charte sont appelées à coopérer les structures suivantes:

- *Le CH de Feurs,*
- *Le CH de Montbrison*
- *Les hôpitaux locaux de Saint Laurent de Chamousset et Saint Symphorien sur Coise,*
- *L'hôpital local de Saint Galmier,*
- *L'hôpital local de Chazelles sur Lyon,*
- *L'EHPAD départemental de la Loire de Saint Just Saint Rambert,*
- *Les EHPAD de Bussières/Panissières,*
- *L'EHPAD Mellet Mandard de Saint Just Saint Rambert,*
- *L'EHPAD d'Andrezieux Bouthéon,*
- *La maison de retraite de Champdieu*
- *La maison d'accueil non médicalisée « les Thuyas »,*
- *Le maintien à domicile du Forez,*
- *La résidence mutualiste « Arc-en-ciel »*
- *Le SSIAD de Chazelles sur Lyon,*
- *Les services d'aide à domicile*
- *Le CODERPA*
- *SSIAD « montagne du matin »*
- *SSIAD de la Plaine,*
- *SSIAD haut Forez- Forez Sud*
- *ADMR*
- *OKIA*

- *Ainsi que toutes les structures qui le souhaiteront...*

Par la présente charte des liens spécifiques sont tissés entre les structures citées et la coordination territoriale autonomie du Conseil Général de la Loire.

L'ensemble de ces acteurs est rassemblé dans la filière gériatrique dénommée « *filière personnes âgées du Forez* ».

Article 2 : Les objectifs de la filière

Cette charte précise les moyens déployés et la coopération entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, les professionnels de santé ainsi que les liens et actions mises en œuvre avec le conseil général de la Loire. L'objectif de la charte est d'apporter une réponse globale à la population visée et une simplification des démarches.

La mise en œuvre de la coopération a pour objet de fluidifier le parcours de la personne âgée en proposant une prise en charge multidisciplinaire adaptée. A ce titre, la charte est l'outil approprié pour :

- Concourir à coordonner une prise en charge diversifiée de la personne âgée et de même qualité sur la plaine du Forez,
- Mettre en œuvre des moyens mutualisés nouveaux qui faisaient défaut avant la mise en application de la charte
- Optimiser les moyens existants et organiser des concertations pour améliorer les actions déjà entreprises et celles à venir.

A travers ces objectifs, la filière est le moyen approprié pour améliorer :

- Une prise en charge en amont et concernant des patients à domicile ou d'EHPAD, évitant ainsi une certaine saturation des services de court séjour,
- Une prise en charge d'aval des patients sortant d'une unité de court séjour et de court séjour gériatrique, ainsi que d'un service de SSR.

Les missions de la filière sont :

- d'améliorer la prise en charge de la population gériatrique sur les structures existantes de la zone d'intervention
- de réaliser des avis gériatriques et gérontologiques, que ce soit en intra ou pour des consultations externes, afin de favoriser le maintien à domicile
- d'accompagner la sortie d'hospitalisation et la préparation au retour à domicile ou au sein d'une structure médico-sociale.

Article 3 : La constitution des maillons de la filière gériatrique

Les différents partenaires apportent leur concours à la dynamique d'ensemble créée en veillant à ce que l'articulation des différents maillons demeure efficiente tout au long du parcours de la personne âgée. Le recensement de l'offre de soins des établissements et des services médico-sociaux du Forez permet de répertorier :

- Des structures d'accueil d'urgence
 - Des services de médecine gériatrique,
 - Des services de médecine polyvalente, de médecine spécialisée (cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie) et de chirurgie
 - Des services de SSR
 - Les services d'HAD
 - Des unités de soins de longue durée
 - Des établissements EHPAD
 - Des consultations mémoire
 - Des SSAD,
 - Des SSIAD,
 - Des CLIC,
 - Des Accueil temporaires,
 - Des services d'accueil de jour,
 - Des services de psychiatrie,
 - La médecine de ville,
 - Les représentants d'usagers,
 - Les partenaires libéraux
- Articulés selon le schéma joint en annexe 1

Article 4 : La zone d'intervention de la filière

La filière gériatrique de la plaine du forez couvre :

- Communauté de Communes de Forez en Lyonnais
- Communauté de Communes de Pays de St Galmier
- Communauté de Communes Loire Forez
- Communauté de Communes de Feurs en Forez
- Communauté de Communes de Balbigny
- Communauté de Communes des Collines du Matin
- Communauté de Communes de Chamousset en Lyonnais
- Communauté de Communes Les Hauts du Lyonnais

La coordination territoriale du Conseil Général de la Loire est le partenaire des établissements de la zone d'intervention. A ce titre, il fédère les initiatives de collectivités territoriales pour la prise en charge des personnes âgées.

Les EHPAD et toutes les structures désignées dans la zone sont appelés à coopérer.

Article 5 : Les objectifs à atteindre:

Le Comité de Pilotage de la plaine du Forez a établi un diagnostic sur les ressources actuelles et les besoins du territoire (diagnostic annexe 2).

Le diagnostic a permis de dégager 4 objectifs à approfondir:

- Offrir à la personne âgée une prise en charge graduée sur le territoire par une coordination de la filière.
- Favoriser le maintien à domicile
- Développer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées en institution
- Développer un système d'information pour la filière

Des actions, non exhaustives sont apparues lors du diagnostic.

Objectifs	Actions	Moyens et échéance
<p>Offrir à la personne âgée une prise en charge graduée sur le territoire par une coordination de la filière</p> <p>Chef de projet : Nicolas Dubuy</p>	<p>Accès systématique à un avis gériatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer et développer les équipes mobiles de gériatrie - Développement des consultations de gériatrie - 	<p>A déterminer</p> <p>Par les groupes de travail</p>
<p>Favoriser le maintien à domicile</p> <p>Chef de projet : marc Morin et Yves Ferret</p>	<p>Développer les structures de répit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil temporaire - Accueil de jour - Soins de nuit à domicile - - Création d'une équipe mobile géronto psychiatrique - Création d'une UHR - Mutualiser les formations 	

<p>Développer la prise en charge psychiatrique des personnes âgées en institution</p>	<p>psychiatriques</p> <p>-</p>	
<p>Chef de projet : Myriam Caucase</p>	<p>- Site internet</p> <p>- développement des technologies d'information et de communication</p> <p>- Adhésion des adhérents à SISRA</p> <p>-</p>	
<p>Développer le système d'information de la filière</p>		
<p>Chef de projet : Catherine rommevaux</p>		

Des groupes de travail, par objectif, ont déterminé toutes les actions à mettre en place et les moyens nécessaires. Les fiches action sont annexées à la charte (annexe 3)

Article 6 : Les modalités des règles d'échanges :

La présente charte prévoit les modalités concrètes de relations entre les différents maillons des filières sanitaires et médico-sociales. Le libre choix des patients est respecté.

Les Centres hospitaliers de Feurs et Montbrison s'engagent à assurer :

- l'accès au service des urgences des patients et résidents des autres structures dès lors que leur état de santé présente une instabilité médicale.
- L'accès des patients et résidents des autres structures au plateau technique (radiologie, biologie, explorations fonctionnelles, consultations spécialisées....)
- L'accès au service de courts séjours pour les patients présentant une pathologie aiguë et nécessitant des soins techniques et continus
- Le retour des patients dans les structures après stabilisation de leur état de santé
- L'accès des usagers des autres structures aux consultations spécialisées
- L'accès aux expertises et aux évaluations
- L'accès aux consultations gériatriques
- Les interventions des équipes mobiles
- La diffusion d'une culture gérontologique commune,

Les Centres Hospitaliers de référence s'engagent dans la mesure des disponibilités à assurer:

- l'intervention d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie en coordination avec l'équipe mobile de gériatrie

Les Etablissements de soins de suite et de réadaptation s'engagent dans la mesure des disponibilités à :

- prendre en charge les patients de court séjour des CH relevant de la filière gériatrique

Les services d' HAD, s'engagent dans la mesure des disponibilités à assurer :

- un accès aux patients et résidents des établissements de santé et médico-sociaux à l'alternative à l'hospitalisation

Les Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes s'engagent dans la mesure des disponibilités à assurer :

- le retour des résidents de l'établissement après hospitalisation au centre de référence
- la réflexion à l'accès pour la filière sanitaire à la connaissance de la disponibilité de place en EHPAD et autres structures médico sociales

Les services d'aide à domicile s'engagent à :

- mettre en œuvre les dispositions nécessaires pour permettre à la personne âgée sortant d'un établissement de santé de retourner à son domicile

L'ensemble des acteurs de la filière s'engage dans la mesure des disponibilités à :

- développer une culture gérontologique commune
- favoriser l'accès aux formations délivrées de façon réciproque en faveur des dispositions sanitaires, médico-sociales et de la médecine de ville,

Article 7 : Les instances de concertation de la filière :

Article 7-1 : L'animation de la filière gériatrique

L'animation de la filière est assurée par le Centre hospitalier de Montbrison, désigné par le Comité de pilotage. Le centre hospitalier de Montbrison devra assurer cette mission dans le cadre d'une démarche participative associant tous les acteurs de la filière.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Montbrison, Président de la filière et président du COPIL, est assisté dans cette mission par un référent médical gériatre. Ce référent médical est membre de droit du comité de pilotage.

Le rôle du référent médical est :

- d'être en contact avec les professionnels de santé
- d'organiser des réunions avec les correspondants gérontologiques.

Le secrétariat de la filière est assuré par le directeur du centre hospitalier de Chazelles sur Lyon. Le secrétaire participe aux réunions du bureau et du comité de pilotage

Le président de la filière organise une fois par an une assemblée générale de la filière rassemblant tous les adhérents.

Article 7-2 : Les Instances de la filière

Article 7-2-1 : Le bureau de la filière

Il comprend :

- 1 représentant de chaque centre hospitalier
- 1 représentant des « ex-hôpitaux locaux »
- 1 représentant des EHPAD
- 1 représentant des SSAD et SSIAD
- 1 représentant des CLIC
- 1 représentant des usagers

Le bureau de la filière a pour missions :

- Réaliser les travaux préparatoires du comité de pilotage
- Evaluer le fonctionnement de la filière
- Etablir le rapport annuel
- Préparer les réponses aux questions des adhérents
- Proposer des axes de formations communs

Article 7-2-2 : Le comité de pilotage de la filière

Un comité de pilotage est créé. Il est constitué de représentants de l'ensemble des acteurs de la filière (filiale médico sociale et sanitaire) ainsi que des représentants des usagers.

Il discute, amende et valide les travaux du bureau de la filière notamment en ce qui concerne le bilan de fonctionnement et de coopération de cette filière et valide le rapport annuel relatif à son fonctionnement.

Ce rapport est transmis au directeur de l'ARS, au délégué territorial de la Loire et au président du Conseil Général.

Il se réunit au moins 3 fois par an. L'ordre du jour est adressé par le secrétariat du président de la filière à tous les membres de la filière par courrier deux semaines avant la réunion du comité de pilotage.

La composition nominative des instances validée par le comité de pilotage est jointe en annexe 4

Article 8 : Les modalités d'inscription des engagements et de participation à la filière

La signature de la charte de la filière vaut engagement qui sera formalisé dans le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens et/ou la convention tripartite et/ou Projet d'établissement.

Article 9 : Les modalités d'évaluation de la filière gériatrique

L'évaluation se fera au moyen du rapport annuel de fonctionnement. Il sera transmis en avril aux autorités administratives.

La montée en charge de la filière gériatrique sera appréciée dans le rapport annuel.

Pour les établissements concernés, les variables analysées sont extraites de la fiche des indicateurs de l'évaluation des CPOM, et elles portent sur :

- la place des acteurs dans la filière,
- la mise en place d'un système d'information sur les structures sanitaires et médico sociales,
- la réalisation d'un bilan annuel de fonctionnement,
- les actions engagées pour améliorer le dispositif au terme du bilan annuel de fonctionnement

Article 10 : La durée de la charte

La présente charte prend effet à compter du 1^{er}2011 pour une période de 5 ans. La charte sera renouvelable après avoir saisi les autorités compétentes 6 mois avant l'échéance.

La reconduction de la charte devra se baser sur un nouveau diagnostic et prendre en compte les orientations du nouveau SROS.

Des avenants à la charte seront rédigés dès lors que les résultats du suivi modifieront les objectifs de la charte.

Article 11 : La publication de la charte

La charte de la filière sera transmise au directeur de l'agence régionale de santé et au président du Conseil Général

BISSARDON

CHRISTIAN

Décembre 2011

**Directeur d'Établissement Sanitaire
Social et Médico-Social**

**La place d'un établissement de santé référent et
animateur de la filière gériatrique de territoire :
L'exemple du Centre Hospitalier de Montbrison**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris Diderot (Paris 7)

Résumé :

La filière de soins gériatriques vise à la structuration territoriale de la prise en charge des personnes âgées fragiles par la constitution d'un partenariat fort entre les acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social et du maintien à domicile.

Afin de relever les enjeux du vieillissement, le territoire du centre Loire a, depuis un an, structuré sa filière avec l'appui du Centre Hospitalier de Montbrison. Consciente de ses forces et faiblesses, celle-ci est en construction. L'implication de l'ensemble des acteurs est à l'origine d'un bon démarrage. Prenant appui sur un bureau et un COPIL équitablement constitué et dynamique, les conclusions de 4 groupes de travail permettront d'aboutir à la signature d'une charte de coopération très prochainement. Toutefois, certaines difficultés liées à la nécessaire évolution des comportements et des pratiques s'annoncent comme des freins, tout comme l'absence d'outils communs de communication.

Filière en construction, elle doit maintenant évoluer vers une filière en actions en développant un contexte favorable. Etablissement référent de la filière, le Centre Hospitalier de Montbrison représente un maillon fort. Il est une ressource indéniable grâce aux prestations qu'il est en mesure d'assurer, et cela d'autant plus que ses projets visent à moderniser et adapter l'offre de soins. Désigné animateur de la filière par ailleurs, la mission est exigeante et nécessaire pour maintenir l'implication des acteurs et favoriser l'atteinte des objectifs. Il convient donc, pour cet établissement et son équipe de direction, de créer les conditions d'un bon niveau de coopération.

Mots clés :

Animateur, coopération, collaboration, coordination, directeur, engagement, établissement référent, filière gériatrique, fluidité, parcours de soins, partenariat, personnes âgées, secteur sanitaire social et médico-social, territoire, vieillissement.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.