



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2000

**LE RESEAU COMME REPONSE A UNE
MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES AGEES:
L'EXEMPLE DU C.H.U. DE ROUEN**

Valérie BILLARD

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1^{ère} PARTIE : L'évolution démographique et les changements qu'elle implique dans les besoins des personnes âgées montrent les limites du système actuel de prise en charge	9
A - La nécessaire prise en compte de l'évolution démographique	9
1 - Un vieillissement de la population annoncé	9
a – au niveau européen et national	9
b – au niveau de la région Haute-Normandie	12
2 - Une augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes mais dans des proportions encore incertaines aujourd'hui	14
B - Une adéquation imparfaite entre l'offre et la demande	18
1 - Une demande complexe à plusieurs niveaux	18
2 - Une offre aujourd'hui partiellement inadaptée	19
C - Un mode de prise en charge actuel qui se heurte à la complexité du système	22
2^{ème} PARTIE : La mise en œuvre d'une politique de réseau par le C.H.U. de Rouen au service d'une redéfinition de la prise en charge des personnes âgées :	27
A - De nombreuses réflexions sont menées et de nouvelles formes d'organisation sont privilégiées, en particulier les réseaux	27
1 - Le secteur des personnes âgées : un secteur en pleine mutation sous l'influence des réformes menées par les pouvoirs publics	27
a – Les réformes menées par les pouvoirs publics	28
b – Une politique nationale relayée au niveau régional : la Haute-Normandie une région impliquée	31

2 – Le réseau, comme réponse à une prise en charge plus adaptée des personnes âgées	35
a – Le réseau : un seul mot pour des réalités souvent différentes	36
b – Le réseau gérontologique : un mode de prise en charge fondé sur une approche globale des personnes âgées	38
B - La politique mise en place par le C.H.U. de Rouen : la mise en œuvre d'un travail en réseau	41
1 - Le secteur gériatrique du C.H.U. de Rouen : des points forts mais aussi des faiblesses	41
a – Présentation générale du C.H.U. de Rouen	41
b – Le secteur gériatrique du C.H.U. de Rouen	44
2 – La mise en œuvre d'une politique de réseau	51
a - La constitution d'un réseau avec cinq autres établissements de l'agglomération rouennaise : de l'association à la communauté d'établissements ou de l'ADEGAR à la CEGAR	51
b - La mise en œuvre d'un réseau de soins de proximité à l'initiative du C.H.U. : le réseau gérontologique du Rouvray	58
c - Une réflexion menée en interne sur l'organisation des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) du C.H.U.	60
3^{ème} PARTIE : Difficultés rencontrées par le C.H.U. de Rouen dans la mise en œuvre de sa politique de réseau et propositions pour la rendre plus opérationnelle	63
A - Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique de réseau	63
1 – De nombreux acteurs avec des stratégies parfois différentes	64
a - Des établissements avec des logiques différentes	64
b - Des professionnels aux avis partagés	68
2 – La difficile conduite d'un projet transversal et d'une démarche de changement	70
a – Le pilotage parfois difficile de la C.E.G.A.R	70
b – La difficulté de mener simultanément les projets C.E.G.A.R. et E.H.P.A.D au niveau du C.H.U.	71

B – Perspectives et propositions : comment rendre plus opérationnel le réseau	73
1 - La définition et la mise en œuvre d'une stratégie claire et lisible de prise en charge des personnes âgées par la C.E.G.A.R.	73
2 – Le réseau au service d'actions concrètes de coopération	77
3 – Les pistes juridiques qui permettraient de renforcer l'action des acteurs du réseau	79
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	86
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	90
LISTE DES ANNEXES	92

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur Guy VALLET, Directeur Général du C.H.U. de Rouen, ainsi que l'équipe de direction du C.H.U. pour leur disponibilité et leurs conseils.

Des remerciements particuliers sont adressés à Monsieur Alain-Michel ROZIER, mon maître de stage, pour m'avoir associée pleinement à la gestion du secteur des personnes âgées me permettant ainsi de mieux appréhender le thème de mon mémoire.

Je remercie Madame Françoise BLONDEL, responsable du service documentation du C.H.U. de ROUEN, pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée dans mes recherches bibliographiques.

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Marie-Line PUJAZON, chargée d'encadrer mon mémoire, pour ses nombreux conseils, ses encouragements et le temps qu'elle m'a consacré.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir et de répondre à mes questions.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

A.D.E.G.A.R.	Association des Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise
A.G.G.I.R.	Autonomie Gérontologique - Groupe Iso-Ressources
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.S.	Aide Soignant(e)
A.S.H.	Agent des Services Hospitaliers
C.A.	Conseil d'Administration
C.C.A.S.	Centre Communal d'Action Sociale
C.C.N.E.	Comité Consultatif National sur l'Ethique
C.E.G.A.R.	Communauté des Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.E.	Commission Médicale d'Etablissement
C.O.D.E.R.P.A.	Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
C.R.A.M.	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
C.R.O.S.S.	Comité Régional d'Organisation Sanitaire
C.T.E.	Comité Technique d'Etablissement
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.H.P.A.D.	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
E.P.S.	Etablissement Public de Santé
G.I.P.	Groupement d'Intérêt Public
G.I.R.	Groupe Iso-Ressources
H.M.O.	Health Maintenance Organizations
I.D.E.	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.N.S.E.E.	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
M.A.P.A.D.	Maison d'Accueil pour les Personnes Agées Dépendantes
M.S.A.	Mutuelle Sociale Agricole
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
P.S.D.	Prestation Spécifique Dépendance
P.S.P.H.	Participant au Service Public Hospitalier
P.U.-P.H.	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

R.A.I.	Resident Assesement Instrument
S.E.S.I.	Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information
S.I.H.	Syndicat Inter-Hospitalier
S.R.O.S.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population apparaît comme un enjeu majeur pour les sociétés occidentales et françaises en particulier.

Les démographes prévoient en effet, un accroissement de la population âgée et très âgée dans les années à venir. Ainsi, la France devrait compter en 2010 davantage de personnes de plus de 60 ans que de personnes de moins de 20 ans et en 2025, 25 % de la population devrait avoir plus de 60 ans et 40 % plus de 50 ans.

Dans le rapport du Comité Consultatif National d'Ethique de 1999 sur le vieillissement de la population, le Professeur Forette parle de la « révolution de la longévité » pour décrire cette évolution démographique. Le vieillissement de la population est devenu un thème majeur du débat public et l'année 1999 a même été déclarée par l'Organisation des Nations Unies, « année internationale de la personne âgée ».

Cet intérêt général pour les personnes âgées s'explique par les multiples implications que l'accroissement de leur part dans la population totale aura sur notre société. En effet, les conséquences porteront non seulement sur l'équilibre de la dépense sociale, sur le système des retraites, sur la répartition de charges familiales entre les jeunes et les vieux mais aussi sur la politique sanitaire et hospitalière. Cette dernière doit en effet évoluer pour répondre à la pression démographique, à l'évolution des besoins des personnes âgées, à la prise en compte de la dépendance et à la recherche d'une amélioration constante de la qualité.

Dans une société où le maintien à domicile des personnes âgées devient une priorité des pouvoirs publics et un souhait des personnes concernées, l'hôpital ne peut échapper à une remise en question de la prise en charge qu'il offre aux personnes âgées. Les spécialistes de la gériatrie et les pouvoirs publics préconisent l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur et la mise en place de réseaux. L'hôpital deviendrait donc ainsi acteur du maintien à domicile des personnes âgées.

Ces évolutions nous amènent à nous demander quelle politique de prise en charge doit mettre en place un hôpital pour répondre efficacement aux besoins des personnes âgées, dans un contexte de travail en réseau.

La redéfinition en cours de la politique gériatrique du C.H.U. de Rouen, qui s'inscrit dans une dynamique de réseau avec la création de la Communauté des Etablissements Gériatriques

de l'Agglomération Rouennaise, nous permettra de nous poser cette question en analysant plus particulièrement le rôle d'un C.H.U. dans l'organisation de la réponse apportée aux personnes âgées. Cela nous permettra aussi d'analyser le fonctionnement d'un réseau entre établissements et de voir dans quelle mesure cette organisation de l'offre de soins peut répondre aux besoins des personnes âgées.

Les dossiers relatifs au secteur des personnes âgées qui m'ont été confiés pendant mon stage au C.H.U. de Rouen m'ont permis de participer aux différents travaux liés à la mise en place d'une politique gériatrique coordonnée sur l'agglomération rouennaise. Cette approche pragmatique accompagnée d'une approche plus théorique nous amène à traiter le sujet de la façon suivante :

Il paraît nécessaire, dans une première partie, de montrer les limites du système actuel de prise en charge des personnes âgées eu égard notamment aux données démographiques. Après avoir fait ce constat, nous pourrions étudier, dans une deuxième partie, la politique de réseau mise en œuvre par le C.H.U. de Rouen, qui s'inscrit dans les réflexions actuelles menées sur les nouvelles formes de prise en charge des personnes âgées. Enfin, en s'appuyant sur l'analyse des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette politique de réseau, nous pourrions, dans une troisième partie, formuler des propositions pour renforcer son caractère opérationnel.

1^{ère} partie : L'évolution démographique et les changements qu'elle implique dans les besoins des personnes âgées montrent les limites du système actuel de prise en charge:

Le système actuel de prise en charge des personnes âgées souffre de certaines carences et des évolutions sont nécessaires. L'analyse de la demande, au travers des études démographiques, et des dysfonctionnements actuels du système devrait permettre de privilégier de nouvelles formes d'organisation.

Mais avant de proposer de nouvelles formes de réponse aux besoins des personnes âgées, il est important de tenter de mesurer les effets des évolutions démographiques, de faire un constat de la difficile adéquation entre l'offre et la demande et de montrer la complexité actuelle des modes de prise de charge des personnes âgées.

A - La nécessaire prise en compte de l'évolution démographique :

L'évolution démographique peut s'étudier à deux niveaux : d'une part en termes quantitatifs, d'autre part en termes qualitatifs, c'est-à-dire en considérant la qualité des années de vie gagnées. En effet, ces deux aspects sont essentiels pour pouvoir anticiper les besoins futurs des personnes âgées.

1 - Un vieillissement de la population annoncé :

a) Au niveau européen et national :

L'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population s'observe aussi bien en Europe qu'en France.

A la fin de l'année 1994, l'Union Européenne comptait 70 millions de personnes âgées de plus de 60 ans (soit 20 % de la population totale). Selon certaines estimations, avant 2020, les soixante ans et plus pourraient constituer le quart de la population européenne et plus de 20 millions de personnes auraient plus de 80 ans, ce qui montre un accroissement important de la part des personnes très âgées¹.

¹ Rapport du Conseil Economique et Social de Haute-Normandie, Vieillesse et Dépendance en Haute-Normandie, avril 1999.

En France, les résultats du recensement de 1990 ont confirmé le vieillissement de la population. Les données suivantes en sont une illustration :

La population âgée de 60 ans et plus a fortement progressé au cours du 20^{ième} siècle² :

- en 1901 : 12,7 % de la population totale,
- en 1946 : 16 %,
- en 1975 : 18,4 %,
- en 1995 : 19,9 %.

Dans la première moitié du siècle, cette augmentation a été due pour les deux-tiers à la tranche d'âge des 60 à 75 ans. Depuis, elle provient en quasi-totalité de la tranche d'âge des 75 ans et plus.

En 1962, les personnes âgées de 65 ans et plus étaient 5,8 millions et représentaient 12,6 % de la population totale, alors qu'en 1990, elles atteignaient 8,3 millions, représentant ainsi 14,7 % de la population totale.

L'effectif des 75 ans et plus a presque doublé depuis 30 ans (7,1 % de la population en 1990) et l'effectif des 85 ans et plus a quant à lui été multiplié par 2,6, pendant cette même période. En effet, la part des personnes très âgées (85 ans et plus) cesse d'être marginale (0,3 % de la population totale en 1901 et 1,8 % en 1995).³

L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population est en premier lieu la conséquence de la baisse de la fécondité qui a démarré très tôt en France. A cette diminution séculaire de la fécondité, entrecoupée par le baby-boom, s'ajoute depuis l'après-guerre un facteur accélérateur lié à la baisse de la mortalité.

La baisse de la mortalité s'explique essentiellement jusqu'aux années soixante par la baisse de la mortalité infantile, liée aux victoires remportées sur les maladies infectieuses. Mais depuis 1970, l'accroissement de l'espérance de vie tient surtout au recul de la mortalité aux âges élevés grâce à la maîtrise des maladies cardio-vasculaires et dans une moindre mesure des cancers.

L'indicateur synthétique que constitue l'espérance de vie a ainsi connu une période de croissance exceptionnelle, avec une augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'une année tous les quatre ans en moyenne au cours des vingt dernières années.

² DREES, Etudes et Résultats n°40, Les personnes âgées dans les années 1990, novembre 1999.

³ Rapport du Conseil Economique et Social de Haute-Normandie, Vieillesse et Dépendance en Haute-Normandie, avril 1999.

Il a en effet fallu 10 000 ans pour passer d'une espérance de vie de 20 à 40 ans et seulement 100 ans pour doubler encore celle-ci. L'accélération s'est essentiellement produite dans la deuxième partie du 20^{ième} siècle. Toutefois, il existe un écart important entre l'espérance de vie des deux sexes.

Le tableau ci-dessous illustre l'évolution de l'espérance de vie à la naissance en France :

Epoques	Hommes	Femmes
Début du 19 ^{ième} siècle	33 ans	37 ans
Début du 20 ^{ième} siècle	46 ans	50 ans
Milieu du 20 ^{ième} siècle	64 ans	70 ans
Aujourd'hui	75 ans	83 ans
Projection 2050	83 ans	90 ans

Source : DREES, Etudes et Résultats n°40, novembre 1999

Sauf rupture imprévisible dans l'évolution des taux de fécondité et de mortalité (guerres, épidémies...) et à flux migratoires inchangés, l'augmentation de la part des personnes les plus âgées dans la population est inéluctable.

En effet, actuellement, la proportion encore faible de personnes de plus de 80 ans résulte de la forte mortalité infantile qui sévissait au début du siècle et de l'effet des maladies infectieuses jusque vers le milieu des années cinquante. A ces facteurs s'ajoutent évidemment les pertes (décès et déficit de naissances) dues aux deux guerres mondiales. L'arrivée dans le haut de la pyramide des âges des générations qui n'ont pas été affectées par ces facteurs accroît donc de façon mécanique la part des tranches d'âge les plus élevées, quelle que soit par ailleurs l'évolution actuelle des taux de mortalité.

Les estimations sont les suivantes (en % de la population totale):

Catégories d'âge	2020	2050
Les moins de 20 ans	22 %	NC
Les plus de 60 ans	27 %	33 %
Les plus de 75 ans	9,5 %	15 %
Les plus de 85 ans	3 %	7%

Source : DREES, Etudes et Résultats n°40, novembre 1999

NC : Non Communiqué

L'évolution de l'âge médian de la population est aussi une donnée significative. En effet, en 1990, la moitié de la population avait moins de 34,5 ans et en 2020, on estime que la moitié de la population aura moins de 42,5 ans. Cette augmentation de 8 ans de l'âge médian traduit un net vieillissement de la population.

b) Au niveau de la région Haute-Normandie :

La région Haute-Normandie est l'une des régions les plus jeunes de France. En effet, en 1990, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 13,1 % de la population haut-normande, ce qui est nettement en dessous de la moyenne nationale, qui s'élève à 14,7 %. De même, la part des 75 ans et plus s'élève à 6,1 %, alors qu'elle atteint 7,1 % pour la France entière.

Ces résultats découlent de plusieurs facteurs : une natalité supérieure à la moyenne nationale, une mortalité prématurée plus élevée et une importante migration de retraités vers les régions du sud, surtout s'ils en étaient originaires.

Le tableau ci-dessous nous permet de comparer la population haut-normande âgée de plus de 65 ans avec la moyenne nationale :

	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Ensemble
Hommes	53 364	29 064	6 841	89 269
Femmes	67 227	50 452	20 201	137 880
Ensemble	120 591	79 516	27 042	227 149
* Proportion	6,9 %	4,6 %	1,6 %	13,1 %
* Proportion France	7,6 %	5,3 %	1,8 %	14,7 %

Source : INSEE – Données 1990

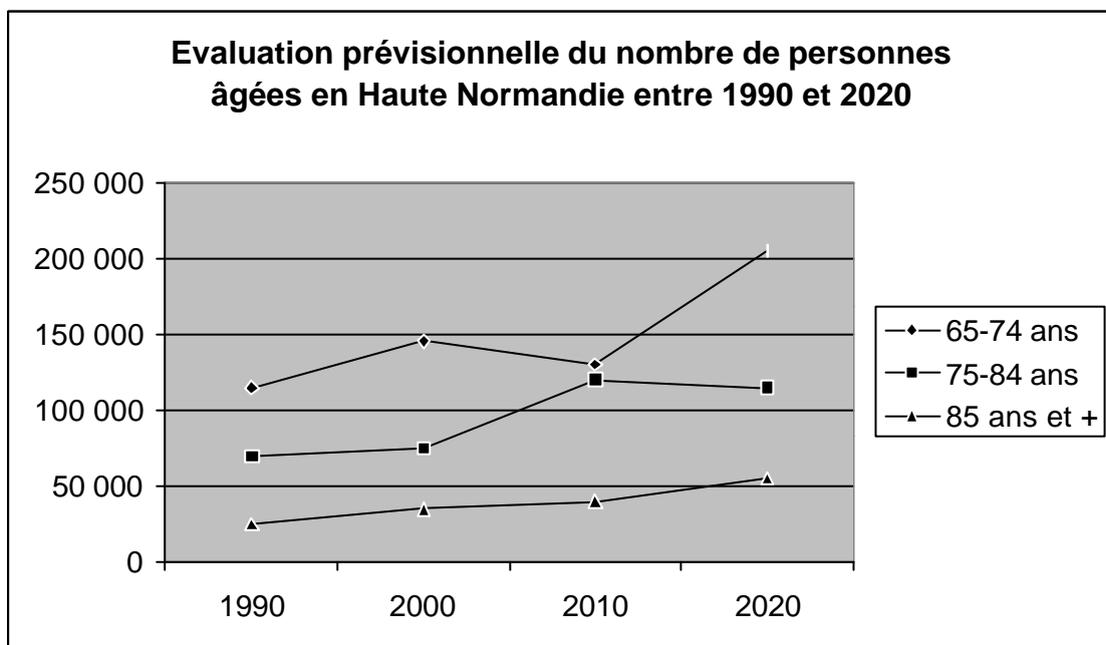
* Proportion dans la population totale

Il est à noter que la population des 65 ans et plus a progressé de 50,4 % entre 1962 et 1990, passant de 151 000 à 227 000 personnes. L'augmentation la plus spectaculaire est celle de la population de 85 ans et plus qui a pratiquement triplé entre 1962 à 1990, passant de 9 500 à 27 000 personnes.

Mais, bien que la région Haute-Normandie soit une des régions les plus jeunes de France, elle n'échappera pas dans l'avenir à un important vieillissement de sa population à l'image de la France entière. En effet, selon les projections réalisées par l'INSEE, la Haute-Normandie devrait voir sa population des plus de 65 ans augmenter de 75 % d'ici 2020, et parallèlement la part des moins de 20 ans devrait diminuer de 8 %.

Après une augmentation modérée jusqu'en 2005-2010, l'accroissement sera plus rapide en raison de l'arrivée des générations du baby-boom, et le mouvement devrait se poursuivre jusqu'en 2035-2040.

Le graphique ci-dessous nous permet de visualiser les prévisions démographiques concernant la région haut-normande d'ici 2020 :



Source : Rapport « Vieillissement et dépendance » du Conseil Economique et Social de Haute-Normandie, avril 1998

Toutefois, si le vieillissement de la population est indéniable, il faut se garder d'une vision purement arithmétique de l'âge. Comme le souligne Jean-Claude HENRARD⁴, « l'âge est une donnée biologique socialement manipulée, variable avec les époques et les sociétés ». D'une part, le vieillissement est différent d'un individu à l'autre, d'un sexe à l'autre

⁴ « Vieillissement, santé, société », J.C. HENRARD, S. CLEMENT, F. DERRIENNIC, Questions en santé publique, Editions INSERM, 1996.

et d'un groupe social à l'autre. D'autre part, de la même façon qu'il est facile de constater qu'on ne vieillit pas aujourd'hui comme hier, il est prévisible qu'on ne vieillira pas demain comme aujourd'hui.

Néanmoins, sans avoir une vision mécanique des choses, il n'en reste pas moins vrai que l'avancée en âge multiplie les risques de dépendance. C'est pourquoi, il est utile, pour prévoir les besoins futurs des personnes âgées, de préciser les données démographiques exposées ci-dessus avec des critères liés aux conditions de vie aux âges avancés.

2 - Une augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes mais dans des proportions encore incertaines aujourd'hui :

L'accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question de la qualité des années de vie ainsi gagnées, avec la crainte qu'elles soient assorties d'une augmentation des incapacités et de la dépendance.

Plusieurs indicateurs ont été construits pour mesurer les incapacités et la dépendance des personnes âgées.

Un de ces indicateurs est l'espérance de vie sans incapacité, indicateur de santé méthodologiquement complexe, combinant des estimations de mortalité et des incapacités. Pour son calcul, sont concernées par l'incapacité : en Institution, les personnes qu'y s'y trouvent pour raison de santé ; à domicile, les personnes ayant des difficultés permanentes dans la vie quotidienne qu'elles soient ou non confinées chez elles, et celles qui sont en arrêt d'activité. Toutefois, le repérage de ces personnes essentiellement basé sur la déclaration des individus eux-mêmes (pour ceux vivant à domicile), ne permet pas une parfaite fiabilité des résultats.

Deux estimations de l'espérance de vie sans incapacité ont été effectuées à partir des données des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991. Elles ont fourni une réponse optimiste en montrant sur 10 ans une diminution non seulement relative mais également absolue de la durée moyenne de vie vécue en incapacité. L'espérance de vie sans incapacité a ainsi, durant la période 1981-1991, progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale.

Si l'on détaille par âge, on s'aperçoit qu'avant 75 ans, les incapacités sévères, qui impliquent le confinement au lit ou au fauteuil ou un besoin d'aide pour la toilette et l'habillement, concernent une très faible proportion de personnes (1,2 % à 65 ans, 2,7 % à 70 ans et 5 % à 75 ans).

Aussi, peut-on en conclure que l'accroissement de l'espérance de vie en France s'est accompagnée d'une augmentation de la part du temps vécu sans incapacité. Toutefois, il convient d'être prudent quant aux projections qui pourraient être faites car ces données datent de 1991 et il n'est pas possible d'en déduire si la tendance s'est poursuivie ou s'est encore infléchie dans les années 1990, dans l'attente des données issues de l'enquête Handicap, Incapacité, Dépendance (HID) en cours de réalisation.

D'autres indicateurs existent pour mesurer la dépendance, qui se définit par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante (selon l'OMS et l'INSERM d'après notamment les travaux du docteur Colvez). On peut citer par exemple la grille AGGIR qui sert de base de calcul à l'attribution de la Prestation Spécifique Dépendance.

Selon les critères de l'OMS et de l'INSEE, on considère donc comme dépendantes, les personnes :

- qui dépendent d'un tiers pour des actes élémentaires de la vie courante tels que s'habiller, faire sa toilette, aller au W.C., se déplacer du lit au fauteuil, manger...

- qui sont inaptes à réaliser les tâches domestiques qui leur permettraient de vivre seules dans un logement ordinaire, telles que faire des courses alimentaires, préparer les repas, entretenir la maison, faire la lessive, tenir un budget domestique, prendre des médicaments, utiliser le téléphone, utiliser des transports en commun ou individuels.

Une enquête du S.E.S.I. évaluait, en 1990, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dépendantes pour tous les actes essentiels de la vie courante à 670 000. Cette population correspond aux deux premiers niveaux de dépendance définis par le docteur Alain COLVEZ (niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, niveau 2 : personnes aidées pour la toilette et l'habillement). Actualisée au regard des évolutions démographiques connues, cette population s'élèverait à 700 000 personnes en 1995, résidant pour les deux-tiers à domicile et pour le tiers restant en Institution.

En ce qui concerne la Haute-Normandie, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dépendantes (au regard des critères ci-dessus énoncés) s'élèverait aujourd'hui à 45 000.

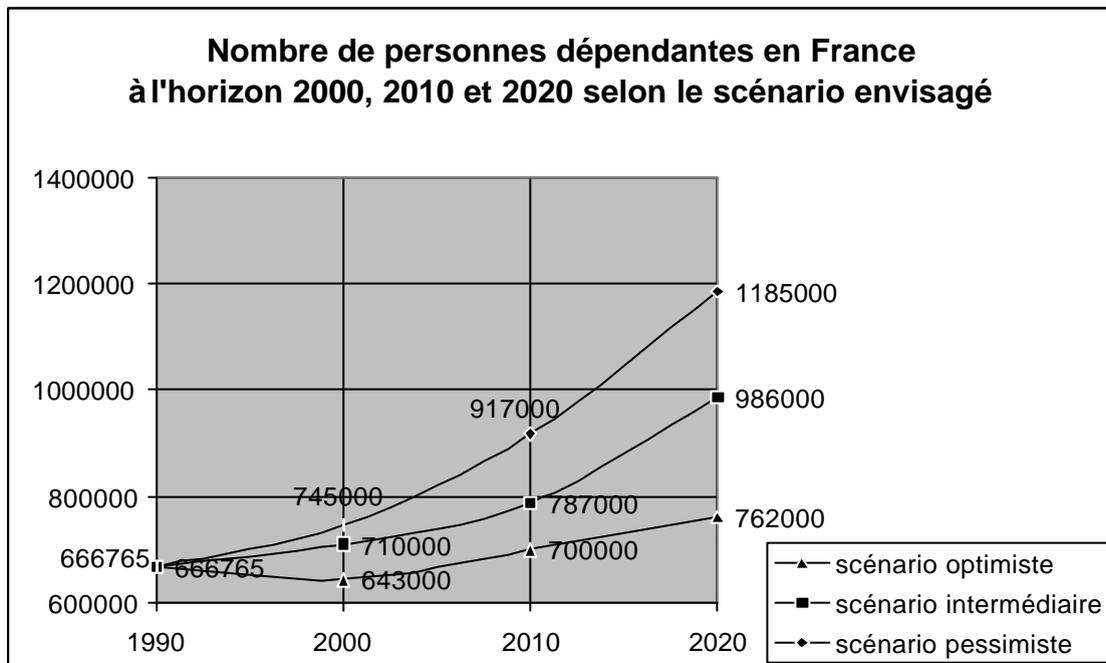
Les enquêtes montrent également que les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : 9 % des personnes âgées de 80 ans et plus d'un tiers des personnes de 90 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.

Mais, les estimations se compliquent quand il s'agit de recenser les personnes âgées de plus de 65 ans dépendantes à un moindre degré, par exemple celles ne pouvant pas sortir de chez elles seules. Selon l'INSEE, elles étaient en 1990, 940 000. En ajoutant cette population à celle lourdement dépendante, on pourrait retenir un ordre de grandeur de 1,6 millions de personnes affectées par la dépendance, soit environ 18 % des personnes de plus de 65 ans.

Si les estimations du nombre de personnes dépendantes aujourd'hui sont incertaines, les projections sont évidemment encore plus difficiles à réaliser. Elles dépendent d'une part, des hypothèses retenues en matière de taux de mortalité aux très grands âges et d'autre part, du développement des pathologies liées au vieillissement. A ce niveau, en effet, les difficultés des projections augmentent car les progrès réalisés pour certaines pathologies peuvent faire apparaître des problèmes de santé d'une autre nature. Ainsi, la diminution des décès liés aux maladies physiques a abouti à un accroissement du nombre de personnes très âgées qui s'est lui-même traduit par une augmentation considérable des cas de démences séniles et, en particulier, de maladie d'Alzheimer. La progression de cette maladie en fonction de l'âge est en effet exponentielle avec des taux de prévalence atteignant 12 % chez les hommes et 24 % chez les femmes de plus de 90 ans.

Il est à noter que la Haute-Normandie est une des régions les plus touchées de France (troisième rang). En effet, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont aujourd'hui 8 000 dans la région et ce nombre devrait être multiplié par trois pour atteindre les 30 000 personnes en 2020.

L'INSEE a élaboré plusieurs scénarios faisant varier le nombre de personnes lourdement dépendantes (selon les deux premiers niveaux de la définition du Dr COLVEZ) à l'horizon 2020, de 762 000, dans l'hypothèse optimiste, à 1 185 000 dans l'hypothèse la plus pessimiste (cf. graphique ci-dessous).



Champ : personnes confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillement.

Source : estimations SESI réalisées à partir de l'enquête Santé 1991-1992, de l'enquête EHPA90 et des projections démographiques de l'INSEE.

Ces projections nous permettent de constater qu'à l'horizon 2020, quel que soit le scénario, la population dépendante sera plus nombreuse.

La population de la Haute-Normandie suit la même tendance, puisque, sur la base du scénario intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans devrait être de l'ordre de 60 000 en 2020 (rappel : 45 000 aujourd'hui, soit +33 %).

Cette évolution induit une modification dans les besoins futurs des personnes âgées et implique que l'offre de services proposée aux personnes âgées s'adapte à cette nouvelle demande.

B - Une adéquation imparfaite entre l'Offre et la Demande

1 - Une demande complexe à plusieurs niveaux :

Les patients âgés ne constituent pas un groupe homogène. Leurs besoins varient selon l'âge. En effet, les besoins d'un jeune retraité de 65 ans ne sont pas les mêmes que ceux d'un vieillard poly pathologique de 95 ans. Mais les besoins varient également selon les régions et même à l'intérieur d'une agglomération. C'est le cas par exemple de l'agglomération rouennaise qui est composée de communes avec un passé et une culture très différents.

Les personnes âgées souffrent souvent de pathologies multiples et leur prise en charge doit être multi-disciplinaire.

La prise en charge d'une personne âgée s'envisage sous plusieurs angles : médical, psychologique et social, ce qui nécessite l'intervention de nombreuses compétences. Les besoins en formation de véritables professionnels pouvant intervenir auprès des personnes âgées sont d'ailleurs très importants.

Les besoins des personnes âgées évoluent et il n'est pas toujours évident de les mesurer.

Les projections démographiques sont une aide précieuse pour la prévision des futurs besoins des personnes âgées. Elles permettent d'anticiper le profil des personnes âgées dans l'avenir et donc de prévoir, au moins sur le plan médical, leurs besoins. Par exemple, les projections effectuées dans le domaine de la maladie d'Alzheimer laissent présager un besoin croissant d'unités de psychogériatrie dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

L'allongement de l'espérance de vie entraîne une entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en institution, et donc un besoin plus important de médicalisation aux âges avancés, puisque la dépendance augmente fortement avec l'âge.

Mais si ces données sont essentielles pour la planification de l'offre (notamment en matière d'offre de soins), la prise en compte des souhaits et des attentes des personnes âgées pour leur prise en charge future est, elle aussi, très importante. Toutefois, ce type de recensement semble assez complexe à réaliser et le manque d'éléments de cette nature, que ce soit au niveau national ou régional, en est l'illustration. En Haute-Normandie, les principaux acteurs de la politique des personnes âgées interrogés (Conseil Général, DRASS, CRAM, CODERPA...) ne disposent pas de telles informations, ce qui peut paraître gênant

pour construire un dispositif efficace de réponse aux besoins des personnes âgées. Le Conseil Général prévoit néanmoins de mener une étude de besoins dans le cadre de l'élaboration de son prochain schéma gérontologique, à savoir vers la fin de l'année 2000.

Des études ponctuelles existent, menées le plus souvent par les communes, mais la réalisation de telles enquêtes semble être très consommatrice de temps.

Par ailleurs, il semblerait que lorsque l'on interroge des personnes sur leurs attentes et leurs besoins en tant que futures personnes âgées, elles aient des difficultés pour se projeter dans l'avenir en s'imaginant personne âgée dépendante. Cette remarque a été avancée par la DRASS qui a mené plusieurs entretiens auprès d'associations de retraités, dans le cadre de l'élaboration du schéma de soins aux personnes âgées de la Haute-Normandie en 1999. C'est pourquoi, on retrouve plus aisément des enquêtes de satisfaction effectuées auprès de personnes déjà prises en charge par des institutions, mais bien entendu, les personnes vivant à domicile ne sont pas concernées par ces questionnaires.

Néanmoins, si des études de besoins exhaustives et systématiques n'existent pas encore, les quelques sondages effectués montrent que majoritairement, les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile.

2 - Une offre aujourd'hui partiellement inadaptée :

Tout d'abord, rappelons que la vie à domicile reste très majoritaire chez les personnes âgées. En effet, en 1998, 87 % des personnes âgées de 75 ans et plus et 73 % de celles âgées de 85 ans et plus vivent chez elles ou chez un membre de leur famille. Environ 6 000 personnes âgées sont par ailleurs hébergées dans une famille d'accueil à titre onéreux.

Au niveau de l'hébergement collectif, les données sont les suivantes⁵ :

- 3 % des 75 ans et plus et 5 % des 85 ans et plus vivent en logement-foyer,
- 9 % des 75 ans et plus et 19 % des 85 ans et plus sont hébergés en Maison de Retraite,
- 3 % des 85 ans et plus sont dans des services de longue durée.

Depuis un certain nombre d'années, l'effort public a été très important, tant au niveau des services à domicile que de l'offre en matière d'hébergement collectif.

⁵ Source: Enquête EHPA et HID 1998 (sauf pour les logements-foyers, données de 1994)

Nous nous pencherons ici plus particulièrement sur le cas de la Haute-Normandie, pour analyser le décalage qui s'est créé entre l'offre et la demande.

Les caractéristiques de l'offre haut-normande sont les suivantes :

- le taux d'équipement le plus élevé des régions françaises :

La Haute-Normandie compte 22 014 places d'hébergement pour personnes âgées (logements-foyers, maison de retraite, services de soins de longue durée), ce qui représente 241 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus alors que la moyenne nationale se situe à 167.

En six ans (entre 1988 et 1994), la capacité globale d'hébergement collectif en Haute-Normandie a connu une progression de 14 %.

- Des différences selon le type d'hébergement :

L'équipement de la région en logements-foyers est très important : 97 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (moyenne nationale : 41 places).

La région est également au-dessus de la moyenne en ce qui concerne les maisons de retraite : 122 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus (moyenne nationale).

Par contre, la Haute-Normandie se situe au même niveau que la France entière pour l'équipement en lits de long séjour : 21 places pour 1000, contre 20 au niveau national.

- Un taux d'occupation moyen de 85 % :

Depuis le début des années 1990, on observe un fléchissement de la demande de placement en établissement.

Cette évolution semble davantage imputable à une véritable mutation de la demande qu'à l'arrivée des classes d'âge creuses due à la première guerre mondiale. Par exemple : un jeune retraité de 65 ans qui postulait jadis à une place en foyer-logement, a succédé la personne âgée de 85 ans qui veut intégrer une structure médicalisée. Les foyers-logements, tels qu'ils ont été conçus, ne sont donc pas assez médicalisés pour répondre à la demande actuelle des personnes âgées.

Dans les maisons de retraite, la tendance est similaire. En effet, l'âge moyen d'entrée en institution des résidents est de 83 ans et une enquête de la D.R.A.S.S. a montré que 68 % des résidents dépendaient d'un tiers pour effectuer les actes de la vie courante (alimentation, toilette, habillage). Ils sont 16 % à être confinés au lit ou au fauteuil. C'est pourquoi, bon nombre de Maisons de Retraite souhaitent s'équiper de sections de cure médicale, qui permettent d'accueillir des personnes plus dépendantes.

➤ Un taux d'équipement en chambre seule inférieur à la moyenne nationale :

En 1996, 55 % du parc haut-normand était composé de chambres individuelles, contre 64 % au niveau national. Le nombre de lits par chambre pouvant être retenu comme un des indicateurs de mesure de la qualité de vie en Institution, on peut remarquer que des efforts sont encore à réaliser dans cette région. Pourtant, l'Etat et la Région ont déjà consacré 400 millions de francs à la modernisation des anciens hospices, au cours des deux derniers contrats de plan.

Ainsi, on peut en conclure que si le nombre et la diversité des équipements d'hébergement sont globalement satisfaisants, les structures existantes doivent être adaptées pour répondre aux nouveaux besoins, et mieux réparties sur le territoire régional.

Les enquêtes d'opinion indiquent régulièrement la volonté des personnes de demeurer chez elles. Aussi, la tendance est elle au développement des services à domicile, dont l'objectif est de contribuer à diminuer ou à retarder les entrées en Institution.

Là encore, l'offre en Haute-Normandie semble être insuffisante par rapport à la demande, malgré une augmentation considérable du nombre de services de soins à domicile entre 1986 et 1996 (de 18 services pour 591 places à 41 services pour 1202 places). Le taux d'équipement moyen est de 11,1 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, alors que la moyenne nationale atteint les 12,6 pour 1000.

Par delà l'insuffisance quantitative des services, on reproche également souvent une complexité et un manque de lisibilité de l'offre dans ce domaine, ce qui affecte profondément l'efficacité et la crédibilité du système en créant à la fois des phénomènes de cumul de prestations et des situations de carence.

De plus, rappelons que la Haute-Normandie souffre également d'un nombre de médecins généralistes et d'infirmières inférieur à la moyenne nationale. En effet, le nombre de médecins généralistes est de 1 pour 1000 habitants contre 1,15 pour la France et le nombre d'infirmières est de 0,7 pour 1000 habitants contre 0,9 au niveau national. Ce déficit est très pénalisant pour la bonne organisation du maintien ou du retour à domicile dans certains secteurs sanitaires de la région.

C - Un mode de prise en charge qui se heurte à la complexité actuelle du système :

Le dispositif destiné aux personnes âgées se caractérise, en France, par une grande complexité. Cette complexité s'observe à plusieurs niveaux :

Tout d'abord, le secteur des personnes âgées se caractérise par une diversité des décideurs :

Les Conseils Généraux, rendus compétents par la loi de décentralisation en matière d'aide sociale, sont devenus des décideurs essentiels dans le domaine des personnes âgées :

Ils ont pour missions :

- la gestion (créations, transformations et extensions de capacité) des structures d'hébergement en vue de leur adaptation aux besoins des personnes âgées,
- la tarification des prix de journée au titre des établissements habilités à l'aide sociale,
- la participation au paiement des frais de séjour des personnes âgées admises à l'aide sociale,
- l'obligation d'élaborer un schéma gérontologique définissant leur politique générale en faveur des personnes âgées,
- l'organisation du maintien à domicile,
- et depuis la loi de janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance, la coordination de la prise en charge de la dépendance.

Si certains Conseils Généraux ont une approche très financière de leur responsabilité, d'autres ont développé de véritables politiques de coordination gérontologique et participent à des actions de formation en direction des professionnels. La plupart interviennent dans la réhabilitation des structures d'hébergement.

L'Etat est compétent en matière de création de section de cure médicale et d'unités de soins de longue durée.

Les services de l'Etat (D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S .) sont chargés d'assurer, au plan régional comme au plan départemental, la globalité et la cohérence des politiques menées et de veiller à l'articulation la plus étroite possible entre les dispositifs sanitaires et sociaux. En effet, l'Etat a un rôle d'impulsion dans la politique en faveur des personnes âgées, au travers notamment de l'élaboration des lois et des décrets relatifs au secteur des personnes âgées.

Les Caisses de Retraites assurent le versement des retraites et des prestations diverses. Elles jouent un rôle important dans le maintien à domicile, l'amélioration de l'habitat et la prévention en lien avec de nombreux partenaires que sont notamment les départements, les villes, les associations. Il est à noter qu'elles sont un des financeurs les plus importants du maintien à domicile.

Les Communes, interlocutrices privilégiées des personnes âgées depuis de très nombreuses années, animent et construisent des politiques en leur direction au travers notamment de l'action de leurs Centres Communaux d'Action Sociale. Ces derniers gèrent souvent des services de soins à domicile, des services de portage de repas, des services de télé-alarme, mais aussi parfois des maisons de retraite ou des M.A.P.A.D. (Maisons d'Accueil des Personnes Agées Dépendantes). C'est la cas par exemple de la municipalité de Rouen, qui gère une M.A.P.A.D. et quatre résidences pour personnes âgées. Certaines communes expérimentent également des coordinations et des politiques intergénérationnelles.

L'Assurance Maladie, quant à elle, prend en charge, dans le cadre de la politique et du financement de la santé, une partie non négligeable des soins médicaux.

Il est à noter que les régions n'ont pas de compétences propres en matière de politique en faveur des personnes âgées, mais elles apportent néanmoins des financements dans le cadre des contrats de plans Etat-Région, qui pour certains sont destinés aux établissements hébergeant des personnes âgées.

Puis, le secteur des personnes âgées se caractérise également par une multiplicité des prestataires de services et des prestations offertes, que ce soit dans le domaine du maintien à domicile ou dans celui de l'hébergement collectif :

En matière de maintien à domicile, on retrouve le plus souvent les collectivités locales, les professionnels médicaux et para-médicaux libéraux, les associations, les bénévoles... Les prestations offertes vont des soins à domicile aux services de télé-alarme en passant par le portage de repas ou les services d'aide à domicile. Un des facteurs de complexité du maintien à domicile tient au fait qu'il s'organise autour de deux types d'aide séparés dans leur financement : celui des soins infirmiers et celui de l'aide à domicile. Cette dernière relève elle-même de financements différents : la Prestation Spécifique Dépendance, l'aide des caisses de retraite et le financement des particuliers eux-mêmes. A ce niveau, il ne faut surtout pas oublier les familles qui jouent un rôle très important dans le maintien à domicile des personnes âgées, qui ne serait souvent pas possible sans leur contribution.

Ainsi, les intervenants auprès de la personnes âgées sont parfois très nombreux, surtout si la perte d'autonomie est lourde. Dans la journée ou dans la semaine, peuvent se succéder au domicile de la personne âgée des infirmières, des aides-soignantes, des aides-ménagères, des kinésithérapeutes, etc..., sans forcément qu'il y ait de coordination entre ces professionnels.

En matière d'hébergement, les établissements peuvent avoir des statuts juridiques différents : publics, privés participant au service public hospitalier (P.S.P.H.), privés à but lucratif, associatifs... Ils offrent différents types de prises en charge, correspondant à l'état des personnes hébergées. On retrouve ainsi des services de soins de suite et de réadaptation, des services de soins de longue durée, des maisons de retraite (en distinguant les lits de sections de cure médicale et les lits de forfait soins courants).

Enfin, le secteur des personnes âgées se caractérise par une pluralité des financeurs.

L'Assurance Maladie prend en charge les soins effectués dans les établissements et services pour personnes âgées (forfaits soins en Soins de Longue Durée, forfaits soins courants en Maison de retraite, forfait soins en section de cure et services de soins à domicile).

L'assurance vieillesse se charge de la majoration pour tierce personne servie aux personnes âgées précédemment titulaires d'une pension d'invalidité, ainsi que des aides ménagères, des dépenses de garde à domicile et des aides à l'amélioration de l'habitat.

Le Conseil Général finance la prestation spécifique dépendance (versée à domicile ou en établissement) et l'aide sociale aux personnes âgées (aide ménagère et aide sociale à l'hébergement).

L'Etat finance des allocations simples, des auxiliaires de vie et accorde des exonérations fiscales. Par l'intermédiaire du préfet, il fixe également le montant des forfaits soins alloués aux établissements hébergeant des personnes âgées.

Les régimes complémentaires de retraite prennent également en charge les dépenses d'aide ménagère qui s'ajoutent à celles des régimes de base.

Cependant, il convient de noter que ce sont aujourd'hui, les personnes âgées et leur famille qui assument la part la plus importante de l'effort financier lié à la prise en charge de la dépendance. En effet, une étude menée sur le coût de l'hébergement en 1995 (en comprenant l'ensemble des dépenses liées à la dépendance) montrait que sur un total de 64,5 milliards de francs, 22,9 milliards étaient financés par la Sécurité Sociale, 6,3 par les Conseils Généraux et 38,7 par les personnes âgées elles-mêmes.

La pluralité des financeurs complexifie la gestion des établissements. C'est le cas notamment des établissements publics de santé qui ont une partie de leur activité consacrée aux Soins de Longue Durée et à l'hébergement en Maisons de Retraite. En effet, leur activité de court, moyen et long séjour relève du secteur sanitaire alors que leur activité de maison de retraite relève du secteur social. Cela signifie notamment qu'en matière de tarification, trois autorités interviennent : le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le Préfet et le Président du Conseil Général. Le fonctionnement de ces établissements de santé relève donc à la fois de la loi du 31 juillet 1991 pour leur composante sanitaire et de la loi du 30 juin 1975 pour leur composante sociale.

La structure budgétaire des recettes de ces établissements illustre parfaitement la complexité du système :

Budget H	Budget B	Budget J
<i>Court Séjour et Soins de suite</i>	<i>Soins de Longue Durée</i>	<i>Maisons de Retraite</i>
Dotation globale : Assurance-Maladie	Forfait Global de Soins : Assurance-Maladie	Forfait Soins Courants : Assurance-Maladie
Tarifs de prestations : Mutuelles Usagers	Hébergement Prix de Journée Conseil Général Usagers	Hébgst Prix de journée : Conseil Général Usagers

Volontairement, n'apparaissent pas ici les recettes de groupe III, qui sont des recettes subsidiaires et qui proviennent de débiteurs divers, autres que l'Assurance-Maladie ou le Conseil Général.

Les autorités compétentes pour la tarification diffèrent selon les budgets :

Budget H : Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation fixe la dotation globale et les tarifs de prestations.

Budget B : - Forfait global de soins : par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
- Prix de journée hébergement : par le Président du Conseil Général.

Budget J : - Forfait soins : par le Préfet, après avis du Président du Conseil Général,
- Prix de journée hébergement : par le Président du Conseil Général.

Cette pluralité d'intervenants au sein du dispositif destiné aux personnes âgées tient essentiellement à l'existence des deux secteurs de compétence : le sanitaire et le social. Ces deux secteurs sont séparés, puisque des textes différents les régissent, mais ils doivent cohabiter de fait puisque le dispositif actuel de prise en charge des personnes âgées requiert leur intervention conjointe.

Ce type de fonctionnement n'offre pas toujours une lisibilité correcte pour les participants au système eux-mêmes et pour les usagers. Ces derniers ne disposent pas toujours des informations nécessaires sur les prestations auxquelles ils ont droit, sachant qu'en général les aides s'ajoutent les unes aux autres sans que l'on sache si les anciennes disparaissent. Les usagers sont peu nombreux à pouvoir se repérer dans le dédale des démarches à accomplir pour l'obtention d'une aide. Le manque de coordination se fait sentir et ces dysfonctionnements aboutissent globalement à une réponse peu satisfaisante à l'ensemble des besoins des personnes âgées.

C'est pourquoi, conscients des limites du système actuel et des projections démographiques indiquant une augmentation de la population âgée dans les années à venir, les pouvoirs publics se sont engagés, depuis un certain temps, dans une réflexion et dans une réforme du secteur des personnes âgées.

2^{ème} PARTIE : La mise en œuvre d'une politique de réseau par le C.H.U. de Rouen au service d'une redéfinition de la prise en charge des personnes âgées :

Le secteur des personnes âgées est un secteur en pleine évolution, qui fait l'objet de beaucoup de réflexions. Des réformes sont tentées par l'Etat et des politiques innovantes sont menées dans certaines régions. Il sera intéressant de se pencher sur la démarche des tutelles dans ce domaine en Haute-Normandie.

L'objectif de ces réformes est de faire coïncider l'offre à la demande et donc de trouver des réponses, en terme de prise en charge, adaptées aux besoins des personnes âgées. L'orientation générale donnée par les pouvoirs publics est le maintien à domicile des personnes âgées. De nouvelles formes de prise en charge sont donc privilégiées, comme les réseaux, qui en matière de gériatrie, semblent être aptes à répondre aux besoins de proximité de la population âgée et au développement du maintien à domicile. Cette orientation implique un certain nombre de changements dans le fonctionnement des différents acteurs, et notamment pour l'hôpital qui doit reconsidérer son positionnement au sein de l'offre de soins et son rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées.

C'est dans ce contexte que le C.H.U. de Rouen a réfléchi à sa politique de prise en charge des personnes âgées et qu'il s'est engagé dans la mise en œuvre d'une politique de réseau.

A – De nombreuses réflexions sont menées et de nouvelles formes d'organisation sont privilégiées, en particulier les réseaux :

1 - Le secteur des personnes âgées : un secteur en pleine mutation sous l'influence des réformes menées par les pouvoirs publics

De nombreuses réflexions sont menées dans le secteur des personnes âgées et des réformes sont entreprises par les pouvoirs publics. Cette politique est relayée dans les régions, comme en Haute-Normandie où les décideurs locaux ont défini un certain nombre d'orientations concernant la prise en charge des personnes âgées.

a) Les réformes menées par les pouvoirs publics :

Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont manifesté la volonté d'apporter des changements dans l'organisation des dispositifs destinés aux personnes âgées. Les réflexions et les réformes portent aussi bien sur l'aspect financier que sur l'aspect organisationnel de la prise en charge de la population âgée.

Conscient du vieillissement de la population et du développement de la dépendance, le parlement a voté, le 24 janvier 1997, une loi instituant la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D). Cette prestation peut être versée aux personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile ou en institution. Les critères d'attribution sont les ressources des individus mais aussi bien-sûr leur état de dépendance mesuré à l'aide de la grille A.G.G.I.R. (instituée par le décret n°97-427 du 28 avril 1997).

L'application de cette loi a été quelque peu critiquée. En effet, aujourd'hui, un nombre relativement faible (un cinquième ou un sixième) des personnes susceptibles de bénéficier de la P.S.D. en bénéficie réellement, en raison de nombreux facteurs dissuasifs. Par ailleurs, il apparaît que de nombreuses incohérences et de grandes inégalités existent actuellement dans la prise en charge de la dépendance. Ainsi, l'effort financier et les prestations financées atteignent des niveaux très différents selon les départements.

C'est pourquoi, s'inspirant largement des conclusions du rapport SUEUR⁶, le gouvernement s'est engagé dans une réforme de la P.S.D., au travers d'un projet de loi visant à la création d'une aide personnalisée à l'autonomie. Cette prestation serait un droit géré au niveau national, accessible à un plus grand nombre de personnes âgées dépendantes (estimation : 80 % soit au total 1,3 millions de personnes seraient touchées dont 900 000 à domicile). En effet, elle est sensée ne plus toucher seulement les plus démunis mais profiter aussi aux revenus moyens, ne pas concerner que les dépendances lourdes mais s'étendre à la moyenne dépendance et ne plus être variable selon les départements. Ainsi, avec la réforme proposée, on passerait de la logique de l'aide sociale à celle d'un droit garanti à tout être humain dans des conditions qui sont les mêmes pour tous. Ce projet de loi devrait être présenté pendant la première quinzaine d'octobre 2000 devant le Conseil des Ministres avec pour objectif d'être adopté en mai-juin 2001 par le Parlement.

⁶ Jean-Pierre SUEUR, "L'aide personnalisée à l'autonomie: un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité", 2000

Toujours dans le cadre de la prise en compte de la dépendance, les pouvoirs publics se sont engagés dans une réforme de la tarification et du financement des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.). Amorcée par la loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation spécifique Dépendante, la réforme de la tarification des E.H.P.A.D. veut mettre un terme à des mécanismes tarifaires depuis longtemps critiqués pour leur caractère obsolète, injuste et opaque. Ainsi, le décret n°99-316 du 26 avril 1999, qui fixe les modalités de la nouvelle tarification, remplace la logique binaire actuelle par une logique ternaire. En effet, aux deux tarifs actuellement en vigueur (soins, hébergement), succèderaient trois tarifs (soins, hébergement, dépendance), afin de pouvoir individualiser et mieux prendre en charge la dépendance. Ces modifications ont des conséquences sur la gestion des établissements, c'est pourquoi le décret n°99-317 du 26 avril 1999 a été consacré à la gestion budgétaire et comptable des E.H.P.A.D.

La réforme de la tarification s'accompagne également d'une procédure de contractualisation entre les établissements et leurs partenaires financiers. En effet, une convention tripartite doit être signée entre le directeur de l'établissement, le président du conseil Général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie. Elle contient non seulement les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier, mais également les exigences de qualité de la prise en charge des personnes hébergées, ainsi que les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation. Le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle a été fixé dans un arrêté du 26 avril 1999.

Mais, à ce jour, cette réforme, largement critiquée, n'est toujours pas entrée en application. Un projet de décret, reprenant certaines des propositions faites par la mission d'appui à la réforme de la tarification présidée par Jean-René BRUNETIERE (mission MARTHE) a été soumis récemment aux représentants des E.H.P.A.D. Ces derniers devraient rendre leur avis avant le 22 septembre 2000. Ce nouveau texte vise à simplifier la réforme, en ramenant notamment le nombre de tarifs liés à la dépendance de six à trois grâce au regroupement des Groupes Iso Ressources (G.I.R.).

Ces réformes s'accompagnent d'une rénovation, depuis longtemps attendue, de la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales. Le rapport élaboré par la mission parlementaire dirigée par Pascal TERRASSE sur ce sujet a d'ailleurs été rendu public le 22 mars 2000 et un projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale a été présenté au Conseil des Ministres du 26 juillet 2000. Cette révision a pour objectif de répondre aux dysfonctionnements actuels, liés notamment aux problèmes de financement et à l'absence de certaines structures pour des publics particuliers. Le projet révisé la loi de 1975 sans en modifier profondément l'architecture notamment en ce qui concerne les compétences respectives de l'Etat et des collectivités locales. Par contre, le texte insiste

beaucoup sur le respect des droits fondamentaux des usagers, en prévoyant par exemple la création d'une charte de la personne accueillie sous forme de contrat de séjour. Les modalités de prise en charge se veulent être diversifiées pour alterner les prises en charge à domicile et en institution, à temps plein et à temps partiel. De nouveaux outils sont prévus pour la planification du secteur avec une rénovation des procédures d'autorisation, une incitation à la coordination entre les décideurs, notamment l'Etat, les conseils généraux, mais aussi les communes et une amélioration du contrôle des établissements et des services. De véritables schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels et révisables devraient voir le jour ainsi que des contrats d'objectifs et de moyens signés entre les autorités de tarification et les établissements.

Le gouvernement s'est également engagé à apporter une aide financière au secteur des personnes âgées puisque un plan de médicalisation de six milliards de francs devrait être débloqué sur la période 2001-2005.

L'ensemble de ces mesures témoignent d'un engagement fort des pouvoirs publics dans la rénovation du secteur des personnes âgées et nous donne une idée du contexte dans lequel la prise en charge des personnes âgées évolue.

Si l'évolution de la réglementation, notamment en matière de financement, est indispensable, elle ne suffit pas pour changer véritablement la réponse apportée par les professionnels aux besoins des personnes âgées. Il faut impulser un nouveau mode d'organisation de la prise en charge de la population âgée. Le système actuel, critiqué pour sa complexité, a surtout besoin d'une coordination et d'une mise en cohérence des différents acteurs et des actions menées.

La loi du 24 janvier 1997 prévoyait des dispositifs de coordination entre les départements et les organismes de sécurité sociale. Les réflexions actuelles et notamment les conclusions du rapport GUINCHARD-KUNSTLER⁷ invitent les professionnels à aller plus loin dans la mise en réseau de leurs compétences. Ce rapport donne les axes d'une prise en charge renouvelée de la personne âgée en rappelant que « les situations particulières de chaque personne âgée dans son histoire et son environnement nous obligent à largement développer des réponses individualisées, à rendre complémentaires sur un même bassin de vie le maintien à domicile et les structures d'hébergement ».

⁷ Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, "Vieillir en France: Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie", 1999

Afin de concrétiser ces nombreuses réflexions, les décideurs régionaux, chargés notamment de mettre en œuvre la politique décidée au niveau national, ont un rôle très important à jouer pour insuffler une nouvelle dynamique dans la prise en charge des personnes âgées.

b) Une politique nationale relayée au niveau régional : La Haute-Normandie : une région impliquée

En Haute-Normandie, les professionnels de santé se mobilisent pour développer des actions novatrices dans le domaine des soins aux personnes âgées. Ainsi, un diplôme universitaire de gérontologie a été institué ; la société normande de gérontologie, regroupant des professionnels de terrain, a permis de programmer la réflexion et la prise en charge de certaines problématiques, telle que la démence ; l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux contribue à cette démarche par le biais de la Commission de maintien à domicile, la promotion de l'information et de la formation.

Un rapport du Conseil Economique et Social de Haute-Normandie a été réalisé en 1998 sur le thème « vieillissement et dépendance ».

Des expériences intéressantes de consultation-admission ont été menées dans plusieurs structures mettant en œuvre le recours à une équipe multidisciplinaire gérontologique avec la participation du médecin généraliste.

Encouragée par les textes législatifs et réglementaires, la coopération est devenue également un axe fort de la politique régionale comme en témoignent les nombreuses opérations de recomposition hospitalière en cours et en projet. (cf. schéma en annexe n°1). Cette politique appliquée aux personnes âgées a conduit au développement de la coordination et des réseaux. Cette orientation s'est d'abord exprimée au travers de groupes de réflexion pour devenir ensuite une priorité du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) en passant par l'élaboration d'un Schéma de Soins aux Personnes Agées.

- Une réflexion dans le domaine de la coordination inter-hospitalière a été menée sur le secteur sanitaire Seine et Plateaux (autour de Rouen) à l'initiative du C.H.U. de Rouen entre 1996 et 1997 :

La prise en charge de la personne âgée nécessitant l'intervention de nombreux professionnels, des groupes de travail ont été constitués, intégrant médecins, infirmiers, surveillants, assistants sociaux, psychologues, diététiciens, directeurs d'hôpitaux, personnels

administratifs appartenant aux différents hôpitaux du secteur Seine et Plateaux. Ces professionnels (au total une cinquantaine) se sont réunis au cours des années 1996 et 1997 pour débattre de sujets pluridisciplinaires dans le but d'aboutir à une cohérence de la prise en charge des personnes âgées.

Six thèmes de réflexion avaient été retenus et une commission par thème avait été créée.

Les thèmes étaient les suivants:

- Les établissements du secteur : bilan de la répartition des personnels et des moyens en 1997. L'équité existe-t-elle ?
- Le dossier d'admission : vers un outil commun à tous les établissements,
- Evaluation de la charge en soins : mythe ou réalité ?
- Filière de soins : quels défis pour une cohérence ?
- Evaluation de la dépendance : AGGIR pour un langage commun,
- Prise en charge de la démence : où en sommes-nous ?

Une journée de présentation publique des travaux a été organisée en juin 1997 avec pour titre : « La gériatrie du secteur Seine et Plateaux : quels défis pour une cohérence de réseau ? »

Ce travail de réflexion mené par des groupes pluri-disciplinaires a permis aux différents acteurs de se rencontrer, de se connaître et d'échanger sur leurs pratiques respectives. Cet échange fut une première étape dans la mise en œuvre de la dynamique de réseau dans le domaine de la gériatrie, qui ne demande qu'à être étendu aux autres acteurs non-hospitaliers de la prise en charge des personnes âgées.

- Un Schéma de Soins aux personnes âgées a été élaboré par la D.R.A.S.S. et approuvé par le C.R.O.S.S. le 15 juin 1999 :

La réflexion sur une nouvelle conception de la prise en charge des personnes âgées a dépassé rapidement le stade des préconisations pour devenir un des axes forts de la politique régionale en faveur des personnes âgées.

En 1997, la D.R.A.S.S. a constitué un groupe de pilotage où étaient représentés, la D.D.A.S.S. de Seine Maritime et celle de l'Eure, l'Assurance-Maladie, les Conseils Généraux de l'Eure et de la Seine-Maritime, le Conseil Régional et le Conseil Economique et Social. Ce comité avait pour objectif de définir la politique régionale de prise en charge globale de la personne âgée et de présenter un document de synthèse, constituant le schéma de soins aux personnes âgées, devant le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

La définition du schéma retenue ici est : « la description prospective sur une période donnée de l'évolution d'un secteur, imaginée à partir d'éléments objectifs et recueillant l'accord le plus large des acteurs concernés ».⁸ La volonté de la D.R.A.S.S. est d'en faire un outil fédérateur.

La procédure d'élaboration du schéma de soins s'est déroulée en plusieurs étapes :

- des auditions des différents organismes intéressés et professionnels qualifiés, mais aussi des associations, ont été réalisées sur une période d'un an,
- la restitution et la synthèse des auditions a permis de dégager cinq thèmes de réflexion et donc de constituer cinq groupes de travail composés de différents professionnels de la région volontaires. Le travail de ces groupes, piloté par la D.R.A.S.S., a duré un an.

Les thèmes retenus étaient :

- le soins et le respect de la personne âgée,
 - les relations ville-hôpital,
 - le projet d'établissement et les urgences : prise en charge,
 - la santé mentale de la personne âgée,
 - l'évaluation gériatrique et la charge en soins.
- parallèlement, un bilan de l'offre de soins aux personnes âgées en Haute-Normandie a été réalisé. On peut remarquer ici que même si des associations de retraités ont été auditionnées, une véritable analyse de la demande et des besoins n'a pas été réalisée.

Le travail de ces cinq groupes a permis de formuler des recommandations concrètes, comme :

- la diffusion systématique et l'application des principes de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante,
- la diffusion de l'information grâce notamment à la création de pôles de coordination gériatrique, qui doivent être des lieux de ressources,
- la création d'une antenne de prévention de la maltraitance type ALMA,
- le développement des réseaux gériatriques de proximité,
- l'intégration de dispositifs d'évaluation gériatrique dans les services d'urgence des hôpitaux,
- le développement de services de court séjour gériatrique dans les hôpitaux de référence,

⁸ Schéma de soins aux personnes âgées en Haute-Normandie, 1999

- la création de lits d'hébergement temporaire,
- l'élaboration d'un projet d'établissement dans chaque structure d'hébergement, base du conventionnement à passer avec le Conseil Général et la l'Assurance Maladie,
- la signature de conventions par les établissements hébergeant des personnes âgées pour l'intervention de professionnels du secteur psychiatrique.

Ces recommandations composent le corps du schéma régional de soins aux personnes âgées et s'articulent autour d'un axe fort qui est la mise en cohérence et en réseau des actions menées en direction des personnes âgées.

Afin de suivre la mise en œuvre de ces orientations et permettre leur évaluation, la D.R.A.S.S. a mis en place une instance de suivi et d'évaluation de ce schéma de soins, composée à l'image du comité de pilotage et élargie aux représentants des professionnels impliqués dans la politique en faveur des personnes âgées. La deuxième réunion de ce comité de suivi a eu lieu le 16 juin 2000 et portait sur les expériences régionales de réseaux de soins aux personnes âgées. Quatre expériences ont été présentées, dont une concernant le C.H.U., sur laquelle nous reviendrons. Cette réunion fut l'occasion de faire un bilan de ces actions et de proposer des axes de progrès.

- La prise en compte des soins aux personnes âgées constitue une des six priorités du S.R.O.S.S. 2^{ième} génération (1999-2004) de Haute-Normandie :

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation a repris les grandes orientations du schéma de soins aux personnes âgées pour élaborer la sixième priorité du S.R.O.S.S., consacrée à la gériatrie.

Devant les difficultés résultant de la multiplicité et de l'interaction des réglementations des instances et structures liées au secteur des personnes âgées, le S.R.O.S.S. s'est attaché à décrire une organisation qui devrait permettre de construire une politique coordonnée de prise en charge de la population âgée et de répondre aux objectifs qu'il s'est fixés :

- assurer la prise en charge globale (médicale, sociale et médico-sociale) de la personne âgée de manière équitable sur tout le territoire,
- garantir la qualité et la sécurité des soins,
- offrir une gamme complète et diversifiée de prestations,
- favoriser la coordination gérontologique,

- renforcer le lien entre les politiques sanitaire et médico-sociale,
- développer les pratiques d'évaluation.

Le S.R.O.S.S. décrit ainsi les principes d'organisation du réseau gériatrique en définissant un niveau de proximité, un niveau de référence et un niveau régional (cf schéma en annexe n°2). Chaque niveau se voit dévolu des missions particulières. On remarque une imbrication voulue du sanitaire et du social, de l'ambulatoire et de l'hébergement qui devrait permettre l'innovation et la mise en place de programmes réellement adaptés à la population des personnes âgées. Ainsi le S.R.O.S.S. insiste sur la nécessité de développer des prises en charge médico-sociales avec un projet de soins, un projet de vie, d'animation, de socialisation, de maintien ou de retour à domicile.

Ces différents travaux témoignent de la volonté régionale de développer une politique dynamique en direction des personnes âgées. Mais, si la coordination est le maître mot en direction des professionnels du secteur des personnes âgées, elle ne s'applique pas toujours aux travaux menés par les décideurs eux-mêmes. En effet, même si l'élaboration du schéma de soins aux personnes âgées a été fait en concertation avec l'ensemble des décideurs locaux, l'élaboration par le Conseil Général de Seine-Maritime du prochain schéma gérontologique ne semble pas suivre le même chemin. En effet, la D.R.A.S.S. ne semblait pas être informée de l'existence de ce projet. Pourtant, l'enjeu de la réussite de la politique régionale des personnes âgées passe par une coordination entre les différents preneurs de décisions et les différents schémas consacrés aux personnes âgées dans la région.

Si le réseau semble donc être une priorité qui se dégage des orientations régionales, il est important de se pencher sur les raisons qui font que ce type d'organisation puisse répondre aux attentes actuelles et futures des personnes âgées.

2 - Le réseau, comme réponse à une prise en charge plus adaptée des personnes âgées :

Les réseaux sont partout aujourd'hui dans notre société. Sur le plan technique, on les retrouve aussi bien au niveau des infrastructures (réseau autoroutier, réseau téléphonique) qu'au niveau des communications (Internet...). La notion de réseau renvoie également à une nouvelle façon de travailler pour les professionnels (entreprises, administrations, collectivités

locales), où le partage de l'information et des compétences devient essentiel et qui tend à remplacer une organisation taylorienne et verticale du travail.

Dans le milieu de la santé, le réseau recouvre des réalités très diverses, allant des échanges de partenariat entre les établissements hospitaliers aux réseaux de soins de proximité en passant par les réseaux ville-hôpital.

Avant de s'attacher aux raisons qui poussent les professionnels de la gériatrie à préconiser la création de réseaux, il convient de faire un bref historique et un état des lieux des réseaux existants en France dans le domaine de la santé.

a) Le réseau : un seul mot pour des réalités souvent différentes

La Coordination Nationale des Réseaux propose une définition du réseau : « le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ».

Les premiers réseaux de soins se sont développés en France dans les années 80, en dehors de tout cadre organisationnel prévu, pour répondre à des problématiques trop complexes pour pouvoir être assumées par un professionnel seul.

L'Etat ne s'est guère préoccupé de ces réseaux jusqu'aux années 90, avec l'officialisation des réseaux ville-hôpital. Le premier réseau reconnu officiellement fût le réseau V.I.H. en 1991 avec la circulaire Durieux⁹, puis ce fût le tour du réseau toxicomanie en 1993 - 1994¹⁰. C'est avec le plan Juppé en 1996 que deux ordonnances ont fait entrer l'expression « réseau de soins » dans le code de la santé publique¹¹ d'une part et dans le code de la sécurité sociale¹² d'autre part. Dans le premier cas, dans la droite ligne de l'évolution institutionnelle depuis une vingtaine d'années, il s'agissait de parfaire l'offre hospitalière en créant des réseaux d'établissements leur permettant une mise en commun du plateau technique et des

⁹ Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

¹⁰ Circulaires DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993 et n°94-15 du 7 mars 1994 relatives à la mise en place des réseaux toxicomanie.

¹¹ Article 29 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L.6121.5 du code de la santé publique).

¹² Article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale).

personnels. Dans le second cas, suite à la réflexion d'économistes de la santé désireux de faire de la santé un marché comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons, étaient proposés, également sous l'appellation « réseau », des ensembles expérimentaux de professionnels, établissements et patients sur le modèle des H.M.O. (Health Maintenance Organizations) américaines pour tester de nouveaux modes de financement du système de santé. Ce dernier type de réseaux correspond, par exemple, aux réseaux Soubie.

Le problème est que, sous ce vocable unique, les textes n'ont pas prévu de définition du réseau, mais des objectifs dans lesquels tout professionnel de santé soucieux de progrès pouvait se reconnaître. Aussi, tous les réseaux existants s'y sont-ils reconnus et beaucoup d'entre eux ont cru pouvoir demander la légitimation de l'Etat, soit par l'agrément de l'A.R.H., prévu par la première ordonnance, soit par l'aval du conseil d'orientation des filières et réseaux (« comité Soubie ») prévu par la seconde. Mais, devant la complexité actuelle du système d'agrément, peu de réseaux ont réussi à se faire reconnaître officiellement (moins d'une centaine ont reçu à ce jour l'agrément de leur A.R.H.).

Les pouvoirs publics dénombrent aujourd'hui entre 1 000 et 1 500 réseaux en France. Un inventaire, réalisé en 1997, par la Direction Générale de la Santé, a permis de recenser plus de 780 réseaux recevant un soutien financier de l'Etat ou des collectivités territoriales. Parmi les réseaux organisés autour d'une pathologie particulière, on dénombre 110 réseaux qui se consacrent au V.I.H., 94 à la toxicomanie, 30 à l'hépatite C. Parmi les réseaux organisés autour de populations spécifiques, on dénombre 128 réseaux prenant en charge des personnes alcooliques, 92 réseaux gérontologiques, 35 réseaux relatifs à la précarité. Ces chiffres sont cependant à manier avec précaution, car certains réseaux peuvent avoir disparu, d'autres peuvent ne plus être opérationnels. En effet, il semblerait que près de la moitié des réseaux créés chaque année disparaissent dans les trois ans, soit pour avoir achoppé sur des obstacles réglementaires, soit par délitement de la motivation de leurs membres. Pour des estimations chiffrées plus précises, il faudrait déjà établir clairement les critères qui permettent de qualifier une véritable pratique de réseau.

Des efforts ont été faits récemment en ce sens par les pouvoirs publics, puisque les différentes directions ministérielles concernées (santé, action sociale, hôpitaux, sécurité sociale) ont élaboré une circulaire en novembre 1999. Elle a pour objet de faire le point et de clarifier le paysage des réseaux, qui, selon les termes du rapport « Réseaux de soins et relations entre l'hôpital et la médecine de ville » remis à Martine Aubry en mai 1999, cache des contenus et des configurations très différents.

b) Le réseau gérontologique : un mode de prise en charge fondé sur une approche globale des personnes âgées

Réseau, coordination gérontologique : pas un numéro de revue médicale ou d'un congrès s'intéressant à la médecine en général, et à la gériatrie en particulier, qui n'aborde désormais ces termes. Mais au-delà de l'effet mode des réseaux, il est important de savoir pourquoi ce mode d'organisation semble permettre une meilleure prise en charge des personnes âgées.

Les réseaux gérontologiques se développent un peu partout en France, plus ou moins formalisés, plus ou moins larges, à l'initiative des établissements, des médecins de ville, de la Mutuelle Sociale Agricole (M.S.A.)... Si les formes que revêtent les réseaux sont parfois différentes, elles cherchent toutes néanmoins à ménager aux personnes âgées une vie meilleure en favorisant le maintien à domicile et en tentant de réduire les hospitalisations et le risque de dépendance, au travers de la prévention.

La prise de conscience de l'importante fragmentation du secteur de la prise en charge des personnes âgées, l'absence d'une véritable organisation des soins est à l'origine de la création de réseaux gérontologiques à l'initiative de certains professionnels.

En effet, un certain nombre de dysfonctionnements ont conduit à la création des réseaux :

- une insuffisance de la prévention qui conduit à une dépendance indue et une absence de suivi organisé,
- des personnes âgées qui arrivent le plus souvent à l'hôpital en urgence, alors qu'elles devraient être prises en charge en amont par d'autres acteurs, ce qui éviterait les hospitalisations inutiles qui sont souvent facteurs de profonds bouleversements chez la personne âgée,
- une institutionnalisation souvent prématurée et non préparée,
- un retour à domicile après hospitalisation insuffisamment préparé,
- un manque d'alternatives à l'hospitalisation classique,
- une prise en charge à domicile encore fragmentaire, non évaluée et souvent mal connue des personnes âgées et de leur famille.

La naissance des réseaux est également contemporaine de la transition épidémiologique qui voit les maladies chroniques se développer tandis que les maladies aiguës tendent à diminuer. Avec une maladie chronique qui ne guérit pas, la personne âgée se trouve vite enfermée dans le système. Cette transition épidémiologique, selon le Professeur François Grémy, marque la fin de l'hospitalo-centrisme du fait de l'émergence de nouvelles pratiques, rééducation fonctionnelle, réinsertion, qui étendent le rôle des paramédicaux, et de la place

croissante prise par le patient qui connaît de mieux en mieux sa pathologie et veut participer aux décisions.

Ainsi, la complexité des problèmes médico-sociaux liés à la prise en charge des personnes âgées, à leur maintien à domicile, aux efforts menés pour éviter la dépendance rend caduc l'individualisme médical. Dans ce contexte, le réseau de soins semble être la solution. En effet, dans son projet idéal, c'est une organisation centrée sur le patient, affectée à un territoire et à une population ciblée, définie avec un souci de proximité maximale.

Plusieurs types de réseaux gérontologiques existent aujourd'hui en France. Nous pouvons en citer ici quelques-uns :

- les réseaux hôpital/médecine de ville :

C'est le cas de l'hôpital d'Heinlex à Saint-Nazaire, qui a proposé l'organisation d'un réseau gérontologique afin d'anticiper les crises qui conduisent à l'hospitalisation et de diminuer le recours non programmé aux diverses structures de soins. Ce réseau permet, par le biais d'une évaluation réalisée par le médecin traitant chez le patient, de structurer un plan d'intervention annuel et la programmation anticipée des actions pour les personnes âgées les plus à risque au domicile. Le gériatre hospitalier définit le projet avec des objectifs à court et moyen terme, précise les rôles des divers acteurs et assure le suivi.

Des bureaux d'information et de coordination gérontologique ont vu le jour à Metz en 1994 et à Lunel (Hérault) en 1997. Ce dernier s'est doté d'une équipe qui fait vivre et anime un réseau local regroupant 16 communes, ses CCAS, des caisses de retraite, des services sociaux, des associations de soins et d'aide à domicile, des maisons de retraite et de nombreux professionnels libéraux. Le bureau a pour mission de se placer en interlocuteur privilégié des personnes âgées, des familles, des aidants et des acteurs du champ sanitaire et social.

- les réseaux gérontologiques à l'initiative de la M.S.A. :

La Mutualité Sociale Agricole propose de créer des réseaux qui visent à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes vivant en milieu rural et à diminuer le nombre d'hospitalisations inutiles. Ces réseaux, au nombre de 19 aujourd'hui, implantés dans un rayon de 30 km autour d'un hôpital local, devraient pouvoir prendre en charge une centaine de personnes âgées dépendantes par an. La personne âgée qui entre dans le réseau est soumise à un bilan de santé à l'hôpital sous la responsabilité de son médecin traitant. Celui-ci établit ensuite un programme de soins et de prise en charge sociale en coordination avec

les différents intervenants : infirmières, kinésithérapeutes, services d'aide à domicile ou de portage de repas. Le patient bénéficie d'une dispense de l'avance de frais et d'un remboursement à 100%. Au-delà des objectifs médicaux, la M.S.A. poursuit des objectifs économiques de réduction des prestations et de diminution des journées d'hospitalisation. Il est encore trop tôt pour évaluer ce type de réseaux, puisqu'ils n'ont reçu leur agrément qu'au mois d'avril 2000.

- les réseaux intra et interhospitaliers :

On peut citer l'exemple du C.H.U. d'Orléans qui a créé, en 1992, une antenne mobile de gériatrie pour les deux sites du C.H.U. et, en 1994, le Conseil d'évaluation gérontologique orléanais.

Dans le cadre de la Communauté d'établissement de santé du Sud Deux-Sèvres, les hôpitaux de Melle, Niort et Saint-Maixent l'Ecole ont mis en place une équipe mobile gériatrique de réinsertion sociale composée d'infirmières, d'assistantes de service social, d'une ergothérapeute et d'une psychologue.

Dans le secteur gérontologique de Cholet, les différents acteurs ont décidé de créer un « réseau communautaire » pour améliorer la coopération entre établissements sanitaires et sociaux et la réponse globale aux besoins de la population âgée. Il rassemble, autour du Centre Hospitalier de Cholet, sept hôpitaux locaux, dix-neuf établissements gériatriques et dix services de soins à domicile. Au nombre de leurs actions : des commissions de travail permanentes (communication, formation) et à thèmes (troubles psychiques, soins palliatifs) et une journée annuelle de formation et d'échange.

Ces quelques exemples ne révèlent qu'une infime partie des initiatives existantes dans le domaine du réseau et de la coordination gériatriques, mais beaucoup ne sont pas encore réellement structurées et reconnues, et peu d'évaluations existent aujourd'hui. Toutefois, les promoteurs de réseaux qui ont quelques années d'expériences, s'accordent sur la plus-value dégagée : baisse considérable de la durée de séjour à l'hôpital, taux de réhospitalisation en chute et meilleure organisation des interventions à domicile. La coordination nationale des réseaux créée en 1997 devrait pouvoir nous fournir des évaluations plus précises prochainement.

L'organisation des soins en réseau autour de la personne âgée apparaît donc comme un enjeu pour les années à venir. Ce mode d'organisation amène les différents acteurs de santé à réfléchir sur leur rôle respectif, et en particulier l'hôpital. En effet, le réseau amène les hôpitaux à sortir de leurs murs et à repenser leur rôle dans l'organisation des soins. Le mode de fonctionnement en réseau privilégie l'échange sans hiérarchie et se fonde sur la confiance entre partenaires, ce qui signifie que l'hôpital doit savoir se positionner à l'intérieur

du réseau sans en revendiquer le leadership. Ceci nécessite une remise en question forte du rôle traditionnel de l'hôpital.

B – La politique mise en place par le C.H.U. de Rouen : la mise en œuvre d'un travail en réseau :

Le contexte démographique ainsi que la place de plus en plus importante occupée par les personnes âgées à l'hôpital ont amené le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen à engager une réflexion sur la façon dont il prenait en charge cette population et sur les possibles axes d'amélioration. S'inscrivant pleinement dans les objectifs régionaux, il a ainsi repensé sa politique en direction des personnes âgées en la déclinant autour d'une dynamique de réseau.

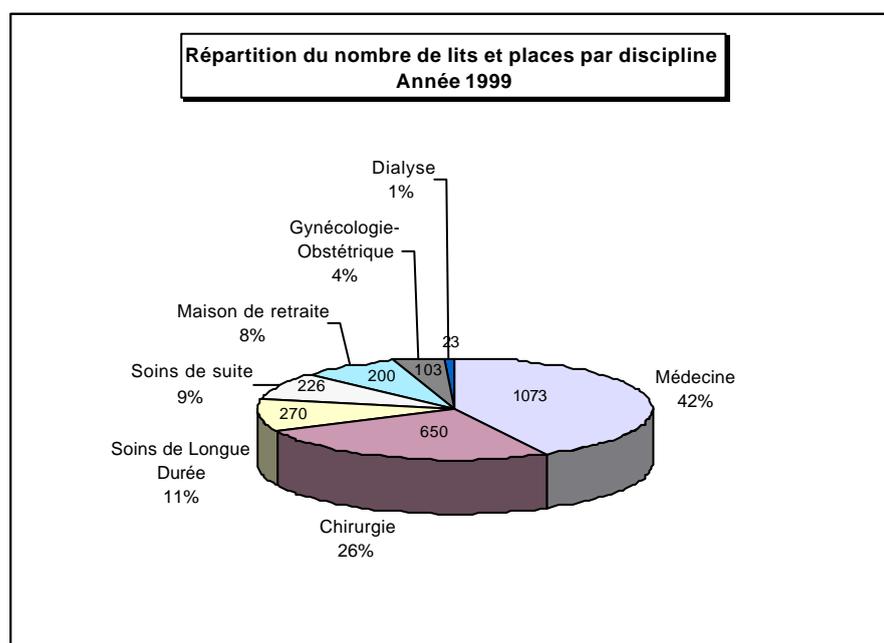
Avant de se pencher sur le contenu de cette politique de réseau, il est utile de présenter le secteur gériatrique du C.H.U. de Rouen.

1 – Le secteur gériatrique du C.H.U. de Rouen : des points forts mais aussi des faiblesses :

Pour bien comprendre la place qu'occupe le secteur des personnes âgées au sein du C.H.U. de Rouen, il convient de présenter brièvement le C.H.U. dans son ensemble.

a) Présentation générale du C.H.U. de Rouen :

Le C.H.U. de Rouen - Hôpitaux de Rouen compte 2 545 lits et places. La répartition par discipline est représentée dans le graphique ci-dessous :



L'activité du C.H.U. de Rouen est répartie sur cinq sites géographiques :

- l'hôpital Charles Nicolle :

Il est situé au centre ville de Rouen. Son activité est une activité de court séjour. L'on y trouve la majeure partie de la chirurgie, la réanimation, les urgences et le S.A.M.U., la maternité, la pédiatrie, la cardiologie, la neurologie, un des deux services de pneumologie, la dermatologie, l'ophtalmologie et la plus grande partie du plateau technique.

- l'hôpital de Bois-Guillaume :

Il est situé sur les hauteurs de Rouen, à environ 6 km de l'hôpital Charles Nicolle. Son activité comprend du court séjour, avec la médecine interne, le deuxième service de pneumologie, la rhumatologie, la médecine gériatrique aiguë et du moyen séjour avec les soins de suite.

- l'hôpital Saint-Julien :

Il est situé à Petit-Quevilly, commune distante de 3 km de Rouen. Anciennement hôpital général autonome, l'hôpital Saint-Julien a fusionné avec le C.H.U. au 1^{er} janvier 1997.

Son activité reste pour l'instant médicale et chirurgicale, avec une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences. Par ailleurs, une partie importante de son activité est consacrée aux personnes âgées puisque le site comprend des Soins de Longue Durée et une Maison de Retraite.

- l'hôpital de Oissel :

Il est situé sur la commune de Oissel, distante d'une dizaine de km de l'hôpital Charles Nicolle. Son activité est entièrement consacrée aux Soins de Longue Durée et aux Soins de Suite gériatriques.

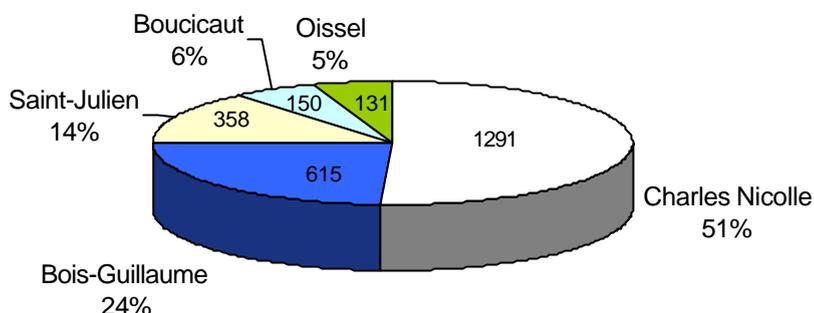
- l'hôpital de Boucicaut :

Situé à Mont-Saint-Aignan, à environ 4 km de Rouen, cet établissement ne reçoit que des personnes âgées, hébergées soit en Soins de Longue Durée, soit en Maison de Retraite.

La situation géographique de ces cinq sites apparaît sur le graphique de l'annexe n°3.

Le graphique de la page suivante, représentant la répartition du nombre de lits et places par établissement, nous permet de visualiser la capacité de chacun des sites du C.H.U.

Répartition des lits et places par établissement Année 1999



Le projet d'établissement, en cours d'examen actuellement par les instances du C.H.U, prévoit une modification très importante de la répartition par site des activités médicales. En effet, il est prévu de regrouper l'ensemble du court séjour et du plateau technique sur le site de l'hôpital Charles Nicolle. Cette évolution entraîne bien évidemment des modifications architecturales importantes sur ce site.

Les données suivantes, relatives à 1999, nous donnent un aperçu de l'activité du C.H.U. :

- 88 259 entrées,
- 504 377 journées d'hospitalisation,
- 5, 71 jours de durée moyenne de séjour,
- 311 400 consultations,
- 114 984 passages aux urgences,
- 2 656 naissances.

Les dépenses d'exploitation de son budget principal se sont élevées à 2,372 milliards de francs en 1999 et le C.H.U. a employé cette même année 6 785 Equivalents Temps Plein (E.T.P.), ce qui fait de lui le deuxième employeur de la région Haute-Normandie, juste derrière l'entreprise Renault.

b) Le secteur gériatrique du C.H.U. de Rouen :

➤ Les personnes âgées au C.H.U. de Rouen :

Les personnes âgées sont présentes dans tous les secteurs du C.H.U. (excepté bien-sûr la maternité et la pédiatrie) et pas seulement dans les unités sensées ne recevoir qu'elles. Ainsi, en 1997, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus représentait 18 % des entrées totales de court séjour. En cinq ans, le nombre de personnes âgées hospitalisées au C.H.U. a progressé de 41 % passant de 12 077 à 17 076 alors que dans le même temps, les entrées de court séjour progressaient de 11 %. La fusion avec l'hôpital de Saint-Julien, au 1^{er} janvier 1997, explique une partie de cette évolution, car la clientèle de cet hôpital a une moyenne d'âge plus élevée que celle du reste du C.H.U.

Les services de court séjour qui accueillent le plus de personnes âgées sont la médecine gériatrique aiguë, le département de médecine interne, la cardiologie et les services de pneumologie. En effet, l'analyse des patients par âge montre que les services de médecine accueillent une population relativement âgée, puisqu'en 1999, 45 % des patients hospitalisés en médecine (non pris en compte les services de réanimation pédiatrique et de médecine néo-natale) avaient plus de 60 ans. Quant aux services de chirurgie, 34 % de leurs patients avaient plus de 60 ans en 1999.

Le service des urgences reçoit également une part non négligeable de personnes âgées. En effet, sur les six premiers mois de l'année 2000, 28 % des patients étaient âgés de plus de 60 ans. Mais à ce niveau, une différence majeure apparaît entre les patients hospitalisés suite à leur passage aux urgences et ceux qui retournent chez eux. En effet, dans la première catégorie, 55 % des patients ont plus de 60 ans et un patient sur quatre a plus de 79 ans, alors que dans la deuxième catégorie, les plus de 60 ans ne représentent que 12,6 %. Sans vouloir faire de conclusion hâtive, on peut tout de même penser que les personnes âgées qui arrivent aux urgences sont dans un état qui le plus souvent ne leur permet pas de rentrer chez elles. L'hospitalisation est alors incontournable, ce qui montre qu'elles arrivent sûrement trop tard aux urgences, faute d'une prise en charge mieux adaptée en amont. Les statistiques nationales confirment ceci puisque les trois quarts des sujets âgés sont hospitalisés dans la cadre d'admissions non programmées.

Outre la présence des personnes âgées dans ces différents services, elles sont également accueillies par le C.H.U. dans des unités spécialisées, qui font partie du secteur purement gériatrique.

Le tableau ci-dessous nous montre la répartition des lits du secteur gériatrique du C.H.U. par type d'activité et par site :

Capacité en lits du C.H.U. par site
Secteur Personnes âgées

Sites \ Activités	Bois-Guillaume	Boucicaut	Oissel	Saint-Julien	Total
Médecine gériatrique	60			29*	89
Soins de Suite gériatriques			41**		41
Soins de Longue Durée		70	90	110	270
Maison de Retraite					
Section de Cure Médicale		55		70	125
Forfait Soins Courants		25		50	75
Total	60	150	131	259	600

Lits installés au 01/01/2000

*: dont 9 places d'hôpital de semaine

** : dont 11 places d'hôpital de jour

A noter qu'il existe 55 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (30 à Saint-Julien et 25 à Oissel), mais celles de Oissel ne sont pas gérées par le C.H.U., mais par le C.C.A.S. de la commune.

Le nombre de lits de Soins de Suite figurant ici est sous-estimé, car il n'englobe pas tous les lits de Soins de Suite où sont pris en charge des personnes âgées, mais ce sont les seuls qui sont officiellement spécialisés en gériatrie. En effet, le C.H.U. compte 160 lits de Soins de Suite, situés à Bois-Guillaume et qui s'ajoutent aux 41 de Oissel. Ces lits sont des lits de soins de suite polyvalents et non gériatriques mais qui, dans les faits, accueillent des patients dont la moyenne d'âge est quand même relativement élevée.

La capacité en lits à orientation gériatrique représente donc 23,5 % de la capacité totale du C.H.U., ce qui est loin d'être négligeable. L'activité de ces secteurs est soutenue, puisque les taux d'occupation varient entre 80 et 95 %.

La moyenne d'âge des patients est élevée : 83 ans pour la médecine gériatrique, 79 ans pour les Soins de Suite de Oissel, 84 ans pour les Soins de Longue Durée et les Maisons de

Retraite. Dans ces deux derniers types de structures, 70 % des personnes ont 80 ans et plus, dont 32,5 % qui ont plus de 90 ans.

Une étude menée au début de l'année 2000 sur la dépendance au C.H.U., à partir de la grille A.G.G.I.R., montre que 73,3 % des personnes âgées hébergées en Soins de Longue Durée et en Maison de Retraite au C.H.U. relèvent des G.I.R. 1, 2 et 3, c'est-à-dire des G.I.R. où la dépendance est la plus élevée. Le G.I.R. moyen pondéré est de 700 au C.H.U., alors qu'au niveau national, il se situe à 544. Les personnes âgées prises en charge au C.H.U. sont donc significativement plus dépendantes que la moyenne.

➤ **Le secteur gériatrique du C.H.U. de Rouen a des points forts :**

- Le C.H.U. a développé depuis de nombreuses années un pôle universitaire important en gériatrie.

- au niveau de l'enseignement :

Le C.H.U. délivre, en effet, un diplôme universitaire de gérontologie depuis 15 ans. Chaque année, une centaine de médecins est formée, ce qui a pour conséquence directe la constitution d'un véritable réseau de professionnels dans l'agglomération rouennaise et dans la région. Pratiquement tous les médecins généralistes de l'agglomération sont aujourd'hui formés.

Un diplôme en gérontologie existe aussi pour les personnels soignants, comprenant des enseignements communs avec les médecins, ce qui permet de développer un langage commun et qui facilite et améliore ainsi la prise en charge des personnes âgées.

Comme le souligne le rapport sur le vieillissement de 1998 du Comité Consultatif National d'Ethique, « le suivi des personnes âgées par des médecins réellement formés à la gériatrie est bénéfique pour la personne âgée elle-même, mais aussi pour la collectivité toute entière notamment par la réduction des dépenses de médicaments »¹³. En effet, la formation des médecins permet de prévenir, d'éviter l'automédication et de limiter les prescriptions abondantes et redondantes.

Le rapport indique également que l'enseignement spécifique des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux appelés à donner leurs soins à la population âgée doit être intensifié. Il déplore la non identification et la non reconnaissance, au sein de l'Université française, de la discipline « gérontologie » alors que les problèmes liés aux pathologies de

¹³ Les cahiers du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, n°18, 1999, p.13

l'âge et au vieillissement sont devenus un problème majeur de santé publique. Ceci est d'autant plus étonnant que depuis des décennies, la spécificité des soins que requièrent les enfants a conduit à identifier la discipline correspondante, à savoir la « pédiatrie ».

- au niveau de la recherche :

Le C.H.U. s'investit également beaucoup dans la recherche en gériatrie et des médecins généralistes de l'agglomération participent même à des protocoles de recherche. Le personnel soignant s'inscrit également dans des programmes de recherche, comme en témoigne la participation du C.H.U. depuis deux ans à une étude nationale servant à tester un outil : le R.A.I. (Resident Assessment Instrument), méthode d'évaluation de la situation du résident en établissement. Cette démarche qualité d'origine américaine sert à construire des plans de soins personnalisés, tenant compte des manques mais aussi des points forts de la personne âgée.

La recherche en gériatrie apparaît, selon le rapport sur le vieillissement du C.C.N.E., comme « une nécessité et une priorité compte tenu de l'importance du phénomène de société qu'est aujourd'hui l'accroissement de la longévité »¹⁴. Les résultats des recherches récentes d'ordre épidémiologique, concernant par exemple la ménopause, l'ostéoporose, l'hypertension, le diabète, indiquent que plusieurs composantes du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, peuvent être prévenues ou traitées pour aboutir à de plus nombreux cas de vieillissement réussi.

L'enseignement et la recherche sont ainsi une des responsabilités premières du C.H.U. dans la région, comme cela a été souligné dans le S.R.O.S.S. II, qui confère effectivement au C.H.U. un rôle d'expertise gériatrique, de formation et de recherche en matière gérontologique.

- Le C.H.U. a mis en place un département de Médecine Gériatrique Aiguë

Le département de médecine gériatrique a été créé en 1990 et placé sous la responsabilité du Professeur Bercoff, gériatre universitaire. Il comprenait à l'origine 60 lits de gériatrie aiguë, et s'est agrandi au 1^{er} juillet 1999 en intégrant les 29 lits de médecine gériatrique de Saint-Julien. Le nombre de lits ainsi consacrés à la médecine gériatrique représente un volume important comparativement aux autres C.H.U.. En effet, Rouen se situerait juste derrière Toulouse et Strasbourg.

¹⁴Les cahiers du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n°18, 1999, p.13

Ce type de service est essentiel pour prendre en charge convenablement la personne âgée de plus de 80 ans, qui enregistre une perte d'autonomie et qui souffre de multiples pathologies. Dans ce cas, il faut en effet un service qui sache prendre en charge la globalité de la personne âgée, en faisant intervenir autour d'elle des professionnels spécialistes de la gériatrie que ce soit au niveau médical, soignant mais aussi psychologique et social. Cela ne veut pas dire que toutes les personnes âgées doivent entrer dans ce type de service. En effet, celles qui souffrent d'une pathologie bien précise doivent être prises en charge dans un service spécialisé (exemple : une personne de 75 ans qui fait un infarctus du myocarde en conduisant sa voiture ira en cardiologie et non en médecine gériatrique).

Le département de médecine gériatrique du C.H.U. a également développé un certain nombre de consultations de gériatrie ; certaines sont à vocation générale et d'autres sont spécialisées en neuro-psychologie. Ces consultations constituent un élément très important de la prévention. Elle permettent de faire des évaluations de la personne âgée et d'éviter des hospitalisations en urgence.

Le département de gériatrie compte trois PU-PH (Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers), ce qui est plus que dans n'importe quel autre service de l'hôpital, sachant que la dotation du C.H.U. en personnel médical est faible, comparativement aux autres C.H.U. de France.

Par ailleurs, le nouveau président de la Commission Médicale d'Etablissement, élu en 1999, n'est autre que l'ancien responsable du département de gériatrie, le professeur Bercoff. Il est à noter qu'il est assez rare de trouver un gériatre au poste de président de C.M.E. d'un C.H.U.. Cette situation ne peut être qu'un atout pour la mise en œuvre de projets concernant les personnes âgées.

- Le C.H.U. a construit un nouvel hôpital à Oissel, entièrement consacré à l'hébergement des personnes âgées

L'hôpital de Oissel a été complètement reconstruit en 1999, à l'emplacement où se tenaient les anciens bâtiments, qui dataient de 1906 et 1950. Devant la vétusté des anciens locaux, le manque de confort pour les patients et les difficiles conditions de travail des personnels, la construction d'un nouvel établissement s'imposait.

Mais, les nouveaux locaux ne sont que la partie visible de la mutation profonde de l'activité de l'hôpital de Oissel, déjà commencée depuis janvier 1994. A cette date, en effet, l'ancien hospice a été reclassé en services de long et moyen séjours. C'est à cette époque qu'ont été créées les différentes unités de soins de suite, de soins de longue durée, de psychogériatrie

et d'hôpital de jour, qui ne pouvaient prendre tout leur essor que grâce à la nouvelle architecture.

L'atout de cette structure est d'être dotée d'un chef de service passionné par la gériatrie et d'une équipe soignante très motivée. Cela leur a permis de faire de l'hôpital de Oissel un hôpital gériatrique de proximité, jouant un rôle important dans la politique de maintien à domicile des personnes âgées de l'agglomération.

➤ **Mais le secteur gériatrique du C.H.U. a aussi des points faibles :**

- **Une activité de Soins de Longue Durée et de Maison de Retraite éclatée sur trois sites, avec des politiques et des organisations souvent différentes**

Les trois sites en question sont Boucicaut, Saint-Julien et Oissel : tous les trois ont une histoire et une culture différentes, par conséquent des écarts existent aujourd'hui dans leur mode d'organisation.

On peut avoir l'impression parfois que chaque site mène sa propre politique, en ayant tendance à raisonner comme un établissement indépendant. Le sentiment d'appartenance au C.H.U. n'est pas toujours perceptible sur chacun des sites.

C'est le cas notamment de l'hôpital de Oissel qui, après s'être senti le parent pauvre du C.H.U. est aujourd'hui un site très en avance, que ce soit au niveau de la modernité de ses bâtiments qu'au niveau du projet médical développé. Le taux d'encadrement soignant y est plus important qu'ailleurs et c'est un des seuls sites, parmi ceux du C.H.U. accueillant des personnes âgées en soins de longue durée, à avoir une assistante sociale à temps plein, un ergothérapeute et plusieurs kinésithérapeutes, même si selon le chef de service les effectifs soignants ne sont pas suffisants pour garantir une prise en charge optimale des personnes âgées. Il est vrai que le nombre d'aides-soignantes est très faible, ce qui est le cas dans beaucoup d'établissements pour personnes âgées et qui pose d'ailleurs de plus en plus de problèmes notamment avec le niveau de dépendance des patients qui s'accroît.

En ce qui concerne Saint-Julien, son récent passé d'hôpital général indépendant peut expliquer des différences dans les pratiques par rapport aux autres sites.

Quant à Boucicaut, le problème le plus important tient à son encadrement médical faible. En effet, les médecins sont des vacataires, ce qui ne permet pas toujours à l'établissement d'avoir une continuité dans sa politique médicale. De plus, ce site ne bénéficie pas d'une assistante sociale attitrée, ni d'ergothérapeute.

Toutefois, il est à noter que la répartition du personnel soignant (I.D.E., A.S., A.S.H.) entre les 3 sites est assez équitable.

- **Une « filière gériatrique » interne encore à construire**

La filière gériatrique, telle que l'entendent les spécialistes, correspond au chaînage des différentes unités de soins dans lesquelles le patient âgé est susceptible de passer. La filière gériatrique classique comprend trois services : en première ligne, la médecine gériatrique aiguë, puis les soins de suite et enfin les soins de longue durée. Pour que cette filière fonctionne, il faut faire intervenir d'autres services et y ajouter d'autres modes de prise en charge. Tout d'abord, une prise en charge adaptée des urgences gériatriques est nécessaire si l'on veut éviter les délais d'attente trop longs et les mauvaises orientations. Puis les consultations, les centres d'évaluation gérontologiques, les hôpitaux de jour et l'accueil temporaire sont aussi à développer pour que la filière gériatrique traditionnelle fonctionne correctement.

Au C.H.U. de Rouen, beaucoup de services et de prestations en direction des personnes âgées existent, cependant, le lien entre eux n'est pas toujours perceptible et formalisé. Nous pouvons citer le cas des soins de suite. Deux services, avec deux chefs de service, existent à Bois-Guillaume, mais aucun des deux ne revendiquant la spécialité « gériatrique », ils n'ont pas souhaité intégrer le département de gériatrie au moment de sa création en 1990. Cette intégration d'une partie du moyen séjour dans le département aurait pu permettre de construire plus facilement des projets communs. L'identification de soins de suite gériatriques à Bois-Guillaume ou ailleurs, sous la même forme que ceux existant à Oissel pourraient certainement introduire une plus grande continuité dans la prise en charge des personnes âgées.

Un travail de réflexion avait pourtant déjà commencé en 1998, afin de construire la filière gériatrique du C.H.U.. Plusieurs groupes de travail avaient été constitués à l'époque sur les thèmes suivants : réseaux de soins – filières de soins, démarche qualité, prévention de la dépendance, recherche et enseignement. Un état de lieux de la prise en charge des personnes âgées au C.H.U. a été réalisé et des choses se sont améliorées mais un véritable projet médical et organisationnel, tous services accueillant des personnes âgées confondus, n'avait pu voir le jour à la suite de ces travaux. Le départ et le non remplacement immédiat du directeur en charge des personnes âgées n'est peut-être pas étranger au fait que ce projet n'ai pu être finalisé, ou peut-être était-il encore trop tôt pour que les professionnels des différents sites gériatriques puissent élaborer un projet commun. Le travail mené

actuellement, que nous évoquerons plus loin, et les perspectives d'évolution pourront certainement nous renseigner à ce sujet.

2 – La mise en œuvre d'une politique de réseau :

Le réseau gériatrique mis en place à l'initiative du C.H.U. revêt deux formes. La première correspond au réseau créé avec plusieurs établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise et la seconde correspond au réseau de soins de proximité développé autour de l'hôpital de Oissel.

Cette politique de réseau menée avec des partenaires extérieurs n'empêche pas le C.H.U. de continuer à réfléchir en interne sur une amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Nous verrons que ces deux projets sont menés parallèlement au C.H.U. de Rouen.

a) La constitution d'un réseau avec cinq autres établissements de l'agglomération rouennaise : de l'association à la Communauté d'établissements ou de l'ADEGAR à la CEGAR

Avant de se pencher sur le fonctionnement de la Communauté d'Etablissements et ses réalisations, il est intéressant de décrire les différentes étapes de la constitution de ce réseau.

❖ Les différentes étapes de la constitution de la C.E.G.A.R. :

➤ La création de l'A.D.E.G.A.R. :

Dès la fin de l'année 1997, les directeurs de six établissements de l'agglomération rouennaise se sont réunis pour lancer une politique de coopération entre les établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise. En mars 1998, une seconde réunion des directeurs a eu lieu associant cette fois les présidents de C.M.E. des différents établissements afin de réfléchir à la création d'une association.

L'assemblée générale constitutive de l'Association des Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise (A.D.E.G.A.R.) s'est tenue le 15 juin 1998 et le Conseil d'Administration du C.H.U. a décidé de l'adhésion du C.H.U. à cette association, par délibération en date du 26 juin 1998.

Les cinq autres établissements membres de l'A.D.E.G.A.R. étaient :

- le Centre Hospitalier de Barentin,

- le Centre Hospitalier de Darnétal,
- le Centre Hospitalier de Déville-les-Rouen,
- le Centre Hospitalier de Sotteville,
- Le Centre Médico-social B.T.P. retraite de Saint-Etienne du Rouvray.

Ces établissements sont tous situés à la périphérie immédiate de Rouen, à l'exception de Barentin, qui est distant d'une douzaine de km de Rouen, mais relié par une autoroute. La carte figurant en annexe n°4 permet de visualiser la situation géographique de ces établissements.

Cinq établissements de l'association sont publics et un établissement a le statut de structure privée participant au service public hospitalier (le Centre Médico-social de Saint-Etienne du Rouvray). Ils ont tous, à l'exception bien-sûr du C.H.U., une activité essentiellement gériatrique.

Cette activité apparaît au travers des capacités en lits figurant dans le tableau ci-après :

Capacité en lits
Soins de Longue Durée et Maison de Retraite

	Soins de Longue Durée	Maison de Retraite Section de Cure Médicale	Maison de Retraite Soins Courants	TOTAL
CH. de Barentin	20	70	46	136
CH. de Darnétal	150	120	50	320
CH. de Déville	50	38	32	120
CH. de Sotteville	120	64	38	222
PSPH Pro-BTP	19	33	50	102
C.H.U. de Rouen	270	125	75	470
Total	629	450	291	1370

Le nombre de lits apparaissant dans ce tableau a été mis à jour au 01/01/2000.

La plupart de ces établissements possèdent des lits de Soins de Suite à orientation gériatrique:

- CH. de Barentin: 50
- CH. de Darnétal: 60
- CH. de Sotteville:20

- PSPH de Saint-Etienne du Rouvray: 36
- CHU de Rouen: 41 (plus 160 lits de soins de suite indifférenciés)

A part le C.H.U., seul l'hôpital de Barentin possède une activité de court séjour, à savoir 20 lits de médecine.

Il est à noter que ces établissements représentent l'ensemble de l'offre publique et privée participant au service public hospitalier de l'agglomération rouennaise concernant l'hébergement des personnes âgées.

L'objectif de l'association A.D.E.G.A.R. était de créer une structure de coopération entre les établissements membres. Ainsi, elle devait arrêter de fonctionner, sous forme d'association, dès la constitution de cette nouvelle structure. Sa durée de vie prévue lors de sa création était d'un an.

Quatre axes de travail avaient été définis :

- Analyser l'offre de soins et d'hébergement dans les établissements adhérents,
- Analyser les besoins dans la zone d'attraction des établissements adhérents,
- Proposer une mise en commun des moyens, notamment humains après analyse des besoins des établissements adhérents,
- Evaluer les résultats.

Les organes de fonctionnement de l'association étaient l'assemblée générale, le conseil d'orientation et le bureau. Plusieurs réunions de travail ont eu lieu entre 1998 et 1999. Un bilan de l'existant par établissement, en terme d'activité et de moyens, a été élaboré et un recensement des besoins a été effectué. Au terme de cette première étape, des écarts importants entre les établissements, surtout au niveau des moyens, ont été décelés.

➤ **La constitution de la C.E.G.A.R. :**

Après une année d'existence, l'association A.D.E.G.A.R. s'est dissoute, pour donner naissance à la Communauté des Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise (C.E.G.A.R.). Les six établissements membres ont adopté la charte constitutive de la C.E.G.A.R. en juin 1999 et l'A.R.H. l'a approuvée le 28 octobre 1999.

Les objectifs de la Communauté inscrits dans la charte sont : (cf. annexe n°5)

- favoriser les adaptations des établissements aux besoins de la population âgée ainsi que les redéploiements de moyens qu'elle implique,
- créer un réseau entre les établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise et dynamiser les filières de soins,

- mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité,
- répondre aux besoins de service de proximité.

Derrière ces objectifs, il s'agit de favoriser l'amélioration et l'harmonisation de la prise en charge des personnes âgées sur l'agglomération rouennaise.

Six axes de rapprochement (définis dans la charte) ont été choisis par les membres, parmi lesquels on trouve, l'amélioration des conditions d'hygiène, de la qualité de vie des personnes âgées et de la compétence professionnelle en vue de favoriser l'évolution des métiers de la gériatrie.

Ce programme ambitieux avait besoin, pour être réalisé, de la mise en place d'instances de suivi organisées.

➤ **Le fonctionnement de la C.E.G.A.R. :**

Pendant les premiers mois d'existence de la C.E.G.A.R., une réunion plénière réunissant les directeurs, les médecins et les cadres soignants a eu lieu, ce qui a permis de constituer des groupes de travail, chargés de réfléchir sur les six axes évoqués plus haut. Le comité de suivi évoqué dans la charte constitutive de la Communauté était composé des directeurs des différents établissements, lesquels se réunissaient régulièrement. Cependant, au bout de quelques mois, les autres professionnels des établissements qui travaillaient par groupes se sont sentis un peu isolés, pensant que leurs idées n'étaient pas relayées au niveau de la Communauté.

Par conséquent, une nouvelle organisation de la Communauté s'imposait. Il fallait trouver le moyen de faire progresser ce réseau d'établissements, afin d'aboutir à la réalisation d'actions concrètes.

Le C.H.U. a pris l'initiative de proposer l'annulation de l'article IV de la charte "Comité de suivi" et de le remplacer par un article décrivant "les nouvelles instances de la Communauté d'Etablissements". Après discussion, une organisation a été arrêtée et les instances suivantes ont été adoptées:

- un conseil de communauté:

C'est l'organe stratégique de la Communauté d'Etablissements.

Il est chargé de proposer les axes d'une politique générale de coopération et de recherche de complémentarité aux instances délibératives des six établissements.

Il est composé d'élus, de médecins, de cadres soignants, de représentants du personnel et d'un représentant des usagers.

Il est prévu que ce conseil se réunisse au moins trois fois par an.

- un conseil de direction:

C'est l'organe de gestion de la Communauté.

Ce conseil prépare et met en œuvre les délibérations du conseil de communauté.

Il est composé de tous les directeurs de la C.E.G.A.R.. Chaque directeur assure le rôle de secrétaire pour un an. Une réunion tous les deux mois est prévue.

- un conseil scientifique et technique:

C'est l'organe fonctionnel de la Communauté.

Il est chargé de déterminer les axes prioritaires des groupes de travail, de coordonner leur activité. Il examine également le projet médical, le projet de soins infirmiers et le rapport de demandes budgétaires.

Il est composé de directeurs, médecins, pharmaciens, cadres soignants et de toute personne qualifiée intéressée par les travaux de ce conseil.

- des groupes de travail:

Leurs composition est validée par le conseil Scientifique et Technique. Ils sont chargés de proposer des axes d'amélioration et des actions concrètes afin que la C.E.G.A.R. puisse remplir les objectifs fixés dans sa charte constitutive.

Cette nouvelle organisation a été validée par les instances de chaque établissement membre de la Communauté. Le Conseil d'Administration du C.H.U. s'est prononcé favorablement lors de son conseil d'administration du 4 juillet 2000.

Un calendrier des réunions relatives à ces différentes instances a été prévu jusqu'en juin 2001.

Chaque instance a des missions et un fonctionnement propres qui sont décrits en annexe n°6.

➤ **Les actions de la C.E.G.A.R. :**

L'existence de la C.E.G.A.R. s'est concrétisée tout d'abord par l'obtention de moyens propres. En effet, dès l'exercice budgétaire 2000, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie a alloué des crédits à la C.E.G.A.R., sous la forme de deux postes temps plein à partager entre les différents établissements : un poste d'assistante sociale et un poste d'ergothérapeute. Les demandes de moyens pour l'année 2000 avaient fait l'objet d'un rapport budgétaire élaboré par les directeurs.

Volontairement, les demandes formulées par la C.E.G.A.R. concernaient des postes qui pouvaient être partagés. En effet, ce sont des postes très importants pour la prise en charge

globale de la personne âgée, mais dont les petits établissements de la C.E.G.A.R. n'ont pas besoin à temps plein. Ainsi, s'ils formulaient cette demande individuellement, ils ne demanderaient qu'un quart, voire un demi poste et alors n'auraient aucune chance de l'obtenir.

A ce jour, l'ergothérapeute a été recruté et partage son temps entre quatre établissements, par période de journées entières à chaque fois. Le bilan dressé au bout de six mois est positif, même si un poste ne suffit pas pour satisfaire l'ensemble des besoins.

L'assistante sociale vient d'être recrutée et devrait prendre ses fonctions à partir du 1^{er} novembre 2000.

Un nouveau rapport d'orientation budgétaire a été élaboré pour 2001, qui décline en demande de moyens, les axes de développement de la C.E.G.A.R. présents dans la charte constitutive. Les demandes concernent essentiellement des postes de diététicien, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, préparateur en pharmacie et animateur. Les demandes concernant les infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers continuent d'être formulées par les établissements eux-mêmes.

Mais, la C.E.G.A.R., eu égard aux objectifs ambitieux qu'elle s'est fixés, ne peut se satisfaire de l'obtention de quelques postes. Là n'est pas son but final, même si des postes sont nécessaires pour l'amélioration du fonctionnement des structures. Il convient en effet de construire un véritable projet d'agglomération pour les personnes âgées. Et la première phase de construction de ce projet est de réaliser un projet médical commun à l'ensemble des établissements membres de la C.E.G.A.R.

Un avant-projet médical élaboré par le groupe de travail des médecins et complété par les observations des pharmaciens, a été présenté lors de la dernière réunion du Comité Scientifique et Technique du 8 septembre 2000.

Les médecins, qui ont rédigé cet avant-projet, souhaitent que le projet médical de la C.E.G.A.R. satisfasse aux conditions suivantes :

- répondre quantitativement et qualitativement aux besoins sanitaires de la population âgée de l'ensemble de la communauté,
- améliorer la qualité des soins en recherchant une cohérence des pratiques des différents sites par l'optimisation des moyens, l'adoption de stratégies communes et l'attribution concertée de moyens supplémentaires,
- ne pas se substituer au projet médical de chacun des établissements adhérant à la communauté.

Ce dernier point est très important, car aujourd'hui, chaque établissement est autonome, mais l'existence de la communauté implique que les projets individuels des établissements s'intègrent dans la cohérence du projet de la communauté.

L'avant-projet médical propose un certain nombre de pistes d'amélioration pour la communauté d'établissements, qui s'articulent autour des thèmes suivants :

- l'amélioration de la qualité par :

la professionnalisation des métiers de la gériatrie : participation des différents sites à la formation des gériatres à l'aide de postes d'assistants généralistes, mise en œuvre d'actions de formation communes, renforcement de la présence de pharmaciens formés à la gériatrie...

- le renforcement de l'humanisation par :

le respect de la dignité, l'intégration des familles et des proches dans les entretiens et les activités et le développement de l'animation,

- la connaissance et le respect de la réglementation par :

l'obtention sur chacun des sites de compétences dans les domaines de l'information médicale, de l'hygiène...et la mise en place de protocoles médicaux et thérapeutiques communs,

- le développement de la solidarité inter-sites :

en faisant participer les gériatres de la C.E.G.A.R. à l'activité de l'accueil d'urgence gériatrique du C.H.U. et en autorisant l'accueil direct en soins de suite de patients provenant des services d'urgence des hôpitaux ou des établissements gériatriques de la C.E.G.A.R..

Cet avant-projet médical marque une avancée importante dans la collaboration et le partage entre les médecins de la communauté d'établissements. Il représente une étape indispensable à la réalisation de projets communs. En effet, même si des actions d'harmonisation avaient été menées, sur l'initiative des directeurs par exemple, mais sans l'implication des médecins, elles n'auraient eu aucune chance de déboucher sur de véritables changements.

De leur côté, les cadres soignants se sont orientés vers la définition de protocoles communs (exemple: protocoles d'hygiène, de toilette...). Constitués en groupe de travail, ils réfléchissent également à l'élaboration d'un projet de soins commun. Avant d'y parvenir, un bilan du niveau de qualité des soins va être fait sur l'ensemble des établissements, grâce notamment aux outils tels que la grille d'auto-évaluation de la mission Marthe.

Parallèlement à son engagement dans la C.E.G.A.R., le C.H.U. participe à la mise en œuvre un réseau de soins de proximité, destiné aux personnes âgées vivant à domicile.

b) La mise en œuvre d'un réseau de soins de proximité à l'initiative du C.H.U. : le réseau gérontologique du Rouvray

L'hôpital de Oissel, établissement du C.H.U. déjà en avance dans la mise en œuvre de projets innovants pour la personne âgée, est à l'origine de la création du réseau gérontologique du Rouvray.

Ce réseau s'est construit en plusieurs étapes :

➤ Tout d'abord, une collaboration informelle existait entre l'hôpital de Oissel, le Centre Médico-social de Saint-Etienne du Rouvray et les médecins généralistes des communes de Oissel et de Saint Etienne du Rouvray,

➤ Puis, un groupe de travail multidisciplinaire (composé de médecins hospitaliers, médecins libéraux, infirmières libérales, personnels du Service de Soins Infirmiers à Domicile, kinésithérapeutes, assistantes sociales) a été constitué, pour lister les dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes âgées sur le secteur et les attentes de chacun.

Les principaux constats ont été les suivants :

- des hospitalisations inadaptées ou évitables et des retours à domicile non préparés,
- une insuffisance de l'évaluation médico-sociale et de la prévention,
- un soutien psychologique aux personnes âgées et aux familles insuffisant,
- un problème de transmission des informations et un manque de coordination entre les différents intervenants auprès de la personne âgée, qui aboutissent souvent à une rupture dans la continuité des soins,
- un problème dans la formation des intervenants.

Nous retrouvons ici les principales raisons qui poussent en général les professionnels de la gériatrie à mettre en place un réseau de proximité entre l'hôpital et la médecine de ville, pour favoriser le dépistage de la dépendance et permettre le maintien à domicile.

➤ Enfin, le projet de réseau a été formalisé, par la création d'une association loi 1901, s'intitulant « Réseau gérontologique du Rouvray ». L'assemblée générale constitutive eu lieu le 23 novembre 1999 et les statuts ont été déposés à la Préfecture le 22 février 2000.

Ce réseau regroupe à la fois des personnels hospitaliers (du C.H.U. mais aussi du centre médico-social de Saint-Etienne du Rouvray, établissement appartenant également à la C.E.G.A.R.) et des professionnels libéraux.

Les objectifs du réseau sont de deux ordres :

- la création d'une synergie et d'une complémentarité entre les différents intervenants auprès de la personne âgée,
- l'amélioration de l'efficience et de la qualité de l'aide aux personnes âgées.

Pour atteindre ces objectifs, l'évaluation gérontologique est un préalable indispensable. Elle sert, en effet, à prévenir, dépister et accompagner la dépendance.

C'est pourquoi, le fonctionnement prévu du réseau réserve une place importante à l'évaluation.

L'organisation du réseau comprend plusieurs phases :

1- dépister les personnes âgées fragiles ou dépendantes vivant à domicile par une évaluation médico-sociale :

Le médecin généraliste est la personne clef du dispositif qui sera chargée de dépister, lors de ses visites, les personnes âgées en difficulté. Il remplira alors un questionnaire d'entrée dans le réseau. Les questions concernent quinze items de fragilité. Si trois de ces items sont positifs et que les aides sont absentes ou estimées insuffisantes, la personne, si elle donne son accord, sera incluse dans le réseau. Le questionnaire et une fiche confidentielle des diagnostics seront transmis au secrétariat du réseau.

A partir de ce moment, une équipe mobile d'évaluation, composée d'une infirmière et d'un travailleur social se rendra au domicile de la personne âgée et effectuera une évaluation plus complète (portant sur les problèmes sociaux, les besoins de soins, la nécessité d'une surveillance et d'un suivi, l'avis des proches...). L'ensemble de ces données sera recueilli sur une fiche navette qui sera transmise au secrétariat.

Les personnes concernées par ce réseau sont les personnes âgées de plus de 75 ans, vivant à leur domicile, sur les communes de Oissel et de Saint-Etienne du Rouvray. Elles sont environ 2050 mais un maximum de 200 personnes est envisagé pour la première année de fonctionnement.

2 - à partir de cette évaluation, assurer leur prise en charge par une équipe multidisciplinaire et une collaboration ville/hôpital :

Une synthèse de l'évaluation sera faite une fois par semaine, ou en urgence, par l'équipe mobile, un médecin gériatre et si besoin le médecin traitant. Si le soutien à domicile est décidé, les moyens seront mis en place et les intervenants contactés. Dans certains cas, une évaluation plus poussée pourra être proposée en milieu hospitalier, en consultation de gérontologie ou en hôpital de jour ou encore au cours d'une hospitalisation en soins de suite.

3 - accompagner l'évolution de la dépendance par un suivi régulier et la mise en place d'aides adaptées en temps voulu pour éviter l'urgence et l'hospitalisation systématique. Le médecin gériatre de l'hôpital de Oissel préconise néanmoins la création sur son site de quelques lits de court séjour gériatrique, qui pourraient être gérés par les médecins généralistes, et qui pourraient permettre si nécessaire une hospitalisation, mais sans qu'il y ait délocalisation de la personne âgée vers Charles Nicolle ou Bois-Guillaume.

Tout l'enjeu du réseau réside en effet dans la proximité et dans le rôle que doit jouer l'hôpital dans le maintien à domicile des personnes âgées.

Le schéma en annexe n°7 permet de visualiser le fonctionnement du réseau et les nombreux intervenants.

Aujourd'hui, ce projet est très avancé, puisque l'association est créée, tous les partenaires sont prêts et la tutelle, informée officiellement, soutient ce type de réseau. Il manque en fait le financement pour pouvoir recruter les personnels pour le secrétariat du réseau et l'équipe mobile (infirmier, assistant social) , rémunérer les professionnels libéraux qui vont assister aux séances de synthèse et payer les honoraires de certains intervenants auprès des personnes âgées. Le budget d'exploitation annuel a été chiffré à un million de francs.

La démarche de réseau, qui est l'axe essentiel de la politique de prise en charge des personnes âgées développée par le C.H.U. est complétée par une réflexion menée en interne. En effet, le C.H.U. tente de construire une politique commune de prise en charge sur les différents sites hébergeant des personnes âgées.

c) Une réflexion menée en interne sur l'organisation des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées (E.H.P.A.D.) du C.H.U.

Nous avons vu qu'un premier travail sur le secteur des personnes âgées avait été mené entre 1997 et 1998 afin de réfléchir à la construction d'une filière gériatrique au sein du C.H.U. Ce travail a permis un premier échange entre les différents partenaires même s'il n'a pas abouti à un projet finalisé.

Peu de temps après, le réseau sur l'agglomération rouennaise s'est mis en place avec la création de l'A.D.E.G.A.R.. Puis, des événements importants se sont produits : d'une part, un changement d'acteurs au C.H.U. avec l'arrivée d'un nouveau président de C.M.E. (M.

BERCOFF : gériatre, ancien responsable du département de gériatrie aiguë) et d'un nouveau directeur chargé des personnes âgées (M. ROZIER : Directeur des Etablissements) et d'autre part, la publication du décret du 26 avril 1999 sur la réforme de la tarification des E.H.P.A.D.. En effet, ces changements internes et cet événement extérieur ont déclenché la reprise de la réflexion sur le secteur des personnes âgées.

Aussi, dès le mois d'octobre 1999, un comité de pilotage a-t-il été constitué, avec pour objectif, à l'origine, de mesurer l'impact de la réforme de la tarification sur le secteur des personnes âgées du C.H.U.. Ce comité de pilotage se voulait multi-professionnel et multi-sites. Il était coordonné par le Directeur des Etablissements, en charge des personnes âgées, et comprenait des médecins, des cadres soignants, des assistantes sociales et des représentants de la Direction de la Clientèle et des Finances. A l'issue de la première réunion, cinq groupes de travail ont été créés autour des thèmes suivants : les aspects médicaux, soignants, sociaux et administratifs, clientèle et financiers de la réforme des E.H.P.A.D.. Chaque groupe avait une série de travaux à réaliser.

Le groupe des médecins devait procéder à un inventaire des pratiques médicales sur les différents sites et proposer des pistes de réflexion sur le positionnement de la filière gériatrique du C.H.U. en lien avec le projet médical du C.H.U. et le projet de la C.E.G.A.R..

Le groupe soignant devait procéder au « girage » de la population âgée hébergée sur les différents sites et travailler sur les indicateurs de charge de travail.

Le groupe administratif avait pour mission de dresser un bilan des caractéristiques socio-administratives des résidents et de faire l'inventaire des pratiques d'admission actuelles.

Le groupe chargé des aspects liés à la clientèle devait élaborer le contrat de séjour et le règlement intérieur des E.H.P.A.D.

Le groupe financier devait réaliser les simulations budgétaires liées à la réforme et simuler les conséquences financières.

Depuis le mois d'octobre 1999, le comité de pilotage s'est réuni six fois et les groupes de travail ont fourni un travail très intéressant. Il est à noter qu'il y a une présence forte des participants à chaque réunion du comité de pilotage.

Aujourd'hui, le comité de pilotage continue de se réunir, mais il a changé quelque peu d'objet, du fait de la non application de la réforme de la tarification. C'est devenu le groupe de réflexion sur les E.H.P.A.D. Ce travail mené sur une année a permis d'avancer à grand pas vers une harmonisation des politiques de prise en charge sur les trois sites gériatriques du C.H.U.

En effet, après avoir fait l'inventaire de l'hétérogénéité des pratiques, des propositions concrètes de rapprochement voient le jour. Ainsi, un contrat de séjour et un règlement

intérieurs identiques pour les trois sites ont été réalisés. Une élaboration de critères d'admission communs sur les trois sites est en cours ainsi qu'une gestion commune de la liste d'attente.

Au niveau soignant, une philosophie de soins commune et partagée par les cadres soignants de l'ensemble des sites gériatriques a été élaborée. Par ailleurs, une étude complète de la population âgée hébergée par le C.H.U. dans ses E.H.P.A.D. a été réalisée, tant au niveau de la dépendance des personnes qu'au niveau de la charge en soins des personnels.

Sur le plan médical, la réflexion tourne actuellement autour du devenir des lits de maison de retraite. En effet, les médecins pensent que le C.H.U. devrait se consacrer à la prise en charge des personnes dépendantes, à savoir celles qui demandent une médicalisation importante.

Ce comité de pilotage a encore des travaux à mener mais tout en veillant à rester cohérent avec les axes de réflexion de la C.E.G.A.R. qui évoluent parallèlement. Ce travail, qui doit être mené à la fois en interne et en externe du C.H.U., constitue un projet parfois délicat à gérer. Il existe en effet un certain nombre de difficultés sur lesquelles il est intéressant de se pencher maintenant.

3^{ème} partie : Difficultés rencontrées par le C.H.U. de Rouen dans la mise en œuvre de sa politique de réseau et propositions pour la rendre plus opérationnelle

La politique de réseau menée par le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen dans le secteur des personnes âgées est, comme nous l'avons vu, assez récente et comme toute organisation nouvelle qui implique des changements importants dans le fonctionnement des institutions, elle se heurte à certaines difficultés.

Nous étudierons plus particulièrement ici les difficultés liées au fonctionnement du réseau entre établissements, à savoir la C.E.G.A.R., puisque le réseau gérontologique du Rouvray n'est pas encore effectif.

Après deux années de fonctionnement du réseau, une année sous la forme d'une association (A.D.E.G.A.R.) et une autre année sous la forme d'une communauté d'établissements (C.E.G.A.R.), un premier bilan du travail accompli a pu être réalisé. Si les progrès réalisés sont notables et si les différents membres du réseau parviennent désormais à construire des projets communs, cela ne s'est pas fait sans difficultés et encore aujourd'hui, un certain nombre d'éléments laissent à penser que le réseau n'est pas encore arrivé à maturité.

L'analyse de ces difficultés nous conduit à nous interroger sur le positionnement du C.H.U. au sein du réseau. Cette analyse est essentielle également pour pouvoir proposer des pistes d'amélioration pour l'avenir et permettre à ce réseau de s'épanouir pleinement et de contribuer à une prise en charge plus adaptée de la personne âgée.

La méthodologie suivie pour mener à bien les investigations indispensables à cette analyse s'est appuyée sur des entretiens menés avec des acteurs de la C.E.G.A.R. et du secteur personnes âgées du C.H.U., sur des réunions de la C.E.G.A.R. ou internes au C.H.U. auxquelles j'ai assisté ainsi que sur la lecture de plusieurs documents relatifs à la politique gériatrique.

A - Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique de réseau:

Le réseau ne se décrète pas. Aussi, est-il inévitable de rencontrer des difficultés dans sa mise en œuvre.

Les difficultés de la C.E.G.A.R. sont de plusieurs ordres. D'une part, elles tiennent aux positionnements et aux stratégies parfois différentes des acteurs qui composent le réseau et d'autre part à la difficile conduite d'une démarche de changement, notamment pour les directeurs d'hôpitaux qui en ont la responsabilité.

1 - De nombreux acteurs avec des stratégies parfois différentes :

La C.E.G.A.R. regroupe un grand nombre d'acteurs. Parmi ces acteurs, il y a les six établissements membres du réseau, qui ont chacun leurs propres fonctionnement et stratégie, même si deux groupes se distinguent plus particulièrement. Le C.H.U. d'une part et les cinq autres « petits » établissements d'autre part.

Mais les représentants des institutions ne sont pas les seuls acteurs, en effet, chaque individu membre du réseau agit en tant que représentant de son établissement mais aussi en tant que représentant de sa profession. A ce niveau, les positions et les stratégies sont elles aussi parfois différentes d'une profession à l'autre.

a) Des établissements avec des logiques différentes :

Afin de comprendre les différences de logiques et de points de vue entre le C.H.U. et les autres établissements membres de la C.E.G.A.R., une analyse de leurs motivations respectives à faire partie d'un tel réseau ainsi que de leurs craintes peut être très utile.

- ❖ Les motivations des établissements gériatriques à appartenir à la C.E.G.A.R. et leurs craintes :

Les entretiens individuels menés avec les directeurs des cinq établissements membres de la C.E.G.A.R., autres que le C.H.U., ont fait apparaître des motivations communes qui expliquent leur entrée dans la communauté d'établissement. Les craintes sont également partagées par tous.

Il est à noter que depuis la création de l'A.D.E.G.A.R., certains directeurs ont changé (deux sur cinq), mais ce changement n'a pas modifié la position des établissements concernés.

La grille qui a servi de support aux entretiens figure en annexe n°8.

➤ Les motivations :

Les établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise, membres de la C.E.G.A.R., sont de petite taille (entre 120 et 320 lits) comparativement au C.H.U.. Aussi, est-il légitime qu'ils recherchent dans la coopération entre établissements, une aide leur permettant de mieux assurer leur mission de prise en charge des personnes âgées.

Cette aide peut se situer à plusieurs niveaux :

- L'obtention de moyens supplémentaires de la part de la tutelle dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Les directeurs interviewés, conscients de la difficulté d'obtenir de la tutelle aujourd'hui des crédits pensent que le seul moyen d'y parvenir est de mettre en commun les moyens demandés. En effet, du fait de la politique menée par les pouvoirs publics, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation accordera plus facilement des crédits à une communauté d'établissements qui présente un véritable projet coordonné, qu'à chacune des structures dont les demandes risquent de se concurrencer.

La coopération devient donc une nécessité pour ces établissements s'ils veulent améliorer la qualité de leur offre en direction des personnes âgées. En effet, un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes a besoin de multiples compétences comme celles des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des assistantes sociales. Mais, aujourd'hui, bon nombre de petits établissements ne disposent pas de ce type de personnel, faute de moyens budgétaires. De part leur taille, ils n'ont pas besoin de recruter de tels professionnels à temps plein, alors quand ils demandent un quart ou un demi poste, ils ont peu de chance d'avoir les crédits et même si ils les obtenaient, ils ne parviendraient sans doute pas à recruter des agents avec la durée de travail proposée.

L'obtention des postes d'ergothérapeute et d'assistante sociale par la C.E.G.A.R. dès l'exercice budgétaire 2000 montre que ce travail de coopération a commencé à porter ses fruits. Cela tend aussi à démontrer que l'A.R.H. souhaite favoriser le fonctionnement et le développement de telles coopérations au sein de la région Haute-Normandie.

- Un partage de compétences entre les établissements et surtout une attente forte vis à vis du C.H.U. :

Tous les directeurs interrogés s'accordent à dire qu'une amélioration de la prise en charge des personnes âgées passe par l'échange de savoir-faire et de compétences entre les établissements. Par exemple, un partage de gardes médicales a été instauré entre deux

établissements de la C.E.G.A.R. : le Centre Hospitalier de Déville les Rouen et celui de Sotteville les Rouen.

Mais, c'est surtout vis à vis du C.H.U. que les attentes sont importantes. Les différents établissements sont demandeurs d'une aide dans les domaines comme l'informatique, le biomédical ou la maîtrise d'œuvre pour les travaux. En effet, avec les contraintes sécuritaires de plus en plus importantes, les établissements doivent savoir s'entourer de nombreuses compétences dans les domaines technique et logistique. Par ailleurs, le besoin en formation des personnels se fait toujours sentir et le C.H.U. pourrait en assurer une partie, notamment sur le plan médical, grâce aux compétences des PU-PH présents dans les services de gériatrie du C.H.U..

- Mais, il ne faut pas perdre de vue que même si les établissements ont la volonté de coopérer pour améliorer la prise en charge des personnes âgées sur l'agglomération, ils y sont aussi fortement contraints par leurs tutelles. En effet, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 a obligé les établissements publics de santé à s'engager dans un délai de trois ans dans une communauté d'établissements. Les établissements qui n'auraient pas satisfait à cette forte recommandation, avaient obligation d'en justifier dans un rapport adressé au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (cf article L 6121-6 du code de la santé publique). Par ailleurs, le projet de réforme de la tarification des E.H.P.A.D. prévoit que les établissements devront appartenir à un réseau gérontologique pour pouvoir signer la convention tripartite avec l'Etat et le Conseil Général. Aussi, ne pouvons-nous pas exclure ces contraintes des motifs qui ont poussé les établissements de l'agglomération à former un réseau, même si cela ne remet pas en question la motivation première des établissements qui conduit à leur adhésion complète aux objectifs de la C.E.G.A.R.. De plus, la contrainte réglementaire n'a jamais été citée en premier parmi les motivations exprimées par les directeurs interviewés.

➤ Les craintes :

Les représentants des établissements membres de la C.E.G.A.R. font également part de leurs craintes vis à vis de la communauté d'établissement qu'ils composent avec le C.H.U..

Les « petits » établissements craignent, en effet, d'être phagocytés par le C.H.U. et de perdre leur autonomie. Ils souhaitent bien évidemment le partage, la mise en commun des compétences mais refusent l'uniformisation des pratiques. C'est pourquoi, dans les différentes réunions de travail, ils insistent toujours pour conserver leurs projets propres, du

moment que ceux-ci sont en cohérence avec le projet de la C.E.G.A.R.. C'est le cas par exemple pour le projet médical de la communauté qui a été construit dans cet esprit.

Mais alors même qu'ils craignent pour leur indépendance, ils sont demandeurs, comme nous l'avons vu, d'aide de la part du C.H.U. et certains établissements vont même jusqu'à se plaindre de la lenteur avec laquelle le C.H.U. gère leurs demandes. Cette attitude se vérifie dans le domaine de l'informatique, où certains établissements attendent les nouvelles versions des logiciels développés par le C.H.U..

La plupart des établissements attendent en fait une clarification des objectifs du C.H.U. vis à vis de la C.E.G.A.R.. Plusieurs hypothèses sont formulées par les acteurs de la C.E.G.A.R. sur les intentions du C.H.U., mais elles peuvent se résumer en deux idées : certains pensent que le C.H.U. souhaite gérer directement l'ensemble des établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise alors que d'autres pensent qu'il préférerait abandonner ses lits d'hébergement de personnes âgées (Soins de Longue Durée et Maison de Retraite). Ces deux positions extrêmes ont bien-sûr des conséquences très différentes sur l'avenir de la C.E.G.A.R., mais pour l'instant, l'existence de ces doutes sur les souhaits du C.H.U. contribue à alimenter les craintes des établissements.

❖ Les motivations du C.H.U. à construire la C.E.G.A.R. :

Il convient de rappeler que le C.H.U., par l'intermédiaire de son ancien président de C.M.E., le professeur Hecketsweiler, auteur notamment du rapport du Conseil Economique et Social Régional de 1998 sur « Vieillesse et dépendance », est à l'origine de la création de l'A.D.E.G.A.R. La motivation première n'était pas celle de satisfaire aux obligations réglementaires en formant une communauté d'établissements à tout prix, car le C.H.U. était déjà engagé, à cette époque, dans de nombreuses complémentarités, notamment avec des hôpitaux de court séjour de la région.

La motivation résidait plutôt dans la volonté d'assurer une meilleure lisibilité dans la prise en charge des personnes âgées de l'agglomération. Les personnes accueillies dans les établissements gériatriques de l'agglomération de Rouen sont passées, pour une grande partie d'entre elles, par les services du C.H.U., que ce soit les urgences ou les services de médecine, notamment la médecine gériatrique aiguë. Ainsi, il était important pour le C.H.U. de nouer des contacts privilégiés avec les établissements qui constituent, en grande partie, sa filière d'aval. En effet, le C.H.U. souffre d'un manque de lits de soins de suite pour ses services actifs et par conséquent, beaucoup de patients soignés en court séjour au C.H.U. sont accueillis ensuite dans les services de Soins de Suite des établissements de la

C.E.G.A.R.. Il est donc important d'assurer une continuité dans la prise en charge de la personnes âgée. Ainsi, la coopération renforcée entre les établissements, au travers du partage des compétences et d'une harmonisation des pratiques ne peut être que bénéfique à la population prise en charge.

Le directeur général du C.H.U., Monsieur Guy Vallet, confirme cette motivation, en rappelant que le C.H.U. a un rôle à jouer dans l'amélioration de la coordination entre les institutions pour assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées dans l'agglomération rouennaise. Cela ne signifie pas que le C.H.U. veuille avoir la main mise sur les cinq autres établissements de la C.E.G.A.R., mais cela ne veut pas dire non plus qu'il souhaite abandonner la gestion de son secteur personnes âgées.

La direction du C.H.U. souhaite en fait jouer un rôle moteur dans la C.E.G.A.R, en voulant faire aboutir les projets de coopération, mais cette volonté se heurte parfois aux craintes des autres établissements et entraîne des blocages qui sont autant de freins à la mise en œuvre d'actions communes. De plus, ce rôle de moteur, porté par la direction n'est pas toujours évident à jouer, surtout quand il n'a pas toujours été relayé par tous les acteurs du C.H.U. concernés par le secteur des personnes âgées, pourtant impliqués de fait dans la communauté d'établissements.

b) Des professionnels aux avis partagés :

Même si en théorie, tous les professionnels de la gériatrie des différents établissements s'accordent pour dire que le travail en réseau est bénéfique aux personnes âgées, dans les faits, plusieurs voix discordantes s'élèvent, notamment à l'intérieur du C.H.U..

❖ au niveau des médecins :

S'il est vrai que l'initiative de la création d'un réseau entre les établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise revient à l'ancien président de C.M.E. du C.H.U., toute la communauté médicale du secteur des personnes âgées n'aurait apparemment pas été associée à cette démarche. Par conséquent, il a été difficile d'impliquer par la suite ces médecins dans la C.E.G.A.R.. Ce fût le cas notamment pour le médecin responsable de l'hôpital de Oissel, pourtant très impliqué dans la dynamique de réseau (cf. sa participation

active au réseau gérontologique du Rouvray). S'il approuvait la nécessité de créer un réseau entre les établissements, il était très critique sur les modalités de sa mise en place.

D'une part, il ne partageait pas l'un des quatre buts de la communauté inscrits dans la charte (alors que la charte avait été approuvée par la C.M.E.), qui stipule que « la communauté d'établissements doit favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population âgée ainsi que les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ». Le terme redéploiement déplaît en général aux médecins qui, regrettant déjà de ne pas avoir assez de moyens, ont peur de perdre des crédits au profit d'autres établissements. Il est à noter que cette formulation inscrite dans la charte n'est pas propre à la C.E.G.A.R., mais qu'elle se retrouve dans toutes les chartes constitutives de communautés d'établissements, puisqu'étant inscrite dans l'article n° L 6121-6 du code de la santé publique, relatif aux communautés d'établissements.

D'autre part, l'ouverture vers d'autres établissements extérieurs semblait être prématurée eu égard aux problèmes qui restaient encore à régler en interne au C.H.U.. En effet, le médecin pensait que ce serait difficile de construire un projet avec d'autres établissements alors que la réflexion sur la filière gériatrique du C.H.U. n'était pas encore complètement achevée. Mais aujourd'hui, on peut faire une constatation : un avant-projet médical relatif à la C.E.G.A.R. a été élaboré en concertation avec l'ensemble des médecins de chaque établissement, alors qu'au niveau interne du C.H.U., on attend encore un projet complet de la filière gériatrique. Est-ce à dire que finalement, il serait plus aisé de travailler avec des partenaires extérieurs qu'avec des collègues du même établissement ? Mais peut-être que cela tient tout simplement à l'histoire et aux souvenirs d'un passé parfois difficile qui encombrant les esprits aujourd'hui et qui rendent plus difficile la construction commune d'un nouvel avenir.

❖ au niveau des soignants :

Les cadres soignants du C.H.U. évoquent leurs difficultés, non pas à travailler avec les cadres des autres établissements, mais à construire un véritable projet de soins commun. Cela s'explique, selon eux, par les différences de moyens existants entre le C.H.U. et les autres établissements, notamment en terme de personnels d'encadrement. Ainsi, lors des premières réunions du groupe soignant, les discussions étaient le plus souvent focalisées sur les problèmes de moyens et empêchaient d'avancer. Mais, aujourd'hui, cela semble s'être amélioré, notamment du fait des projets en cours. En effet, au lieu de commencer tout de suite par l'écriture d'un projet de soins commun, les cadres soignants ont

décidé de commencer par écrire ensemble des protocoles portant par exemple sur l'hygiène ou la toilette des personnes âgées.

2 – La difficile conduite d'un projet transversal et d'une démarche de changement:

La politique du C.H.U. de Rouen se veut ambitieuse. En effet, elle vise à mener de front deux évolutions importantes : d'une part, l'harmonisation en interne des pratiques des trois sites du C.H.U. hébergeant des personnes âgées et d'autre part, la mise en place d'une politique de prise en charge coordonnée des personnes âgées sur l'agglomération rouennaise.

Si ce double objectif peut paraître difficile à atteindre, on comprend la nécessité de mener ces deux démarches parallèlement, puisqu'elles s'inscrivent dans la même logique. En effet, une politique d'agglomération ne peut se définir sans le C.H.U. et en même temps, celui-ci ne peut pas raisonner seul. La politique du C.H.U. doit s'insérer dans la politique de l'agglomération et le C.H.U. doit faire partie de la définition de la politique d'agglomération.

La difficulté de cette démarche de projet réside dans l'existence de ces deux réflexions à mener ensemble. Le directeur, en charge des personnes âgées au C.H.U., qui remplit également le rôle de secrétaire de la C.E.G.A.R. pour un an, n'a pas une tâche facile à accomplir.

Dans ce contexte, la conduite de projet est délicate à deux niveaux: d'une part, au niveau de la gestion de la C.E.G.A.R. et d'autre part, au niveau de l'articulation au sein du C.H.U. des réflexions internes et externes.

a) Le pilotage parfois difficile de la C.E.G.A.R.:

L'A.D.E.G.A.R., puis la C.E.G.A.R. à ses débuts, fonctionnait surtout grâce à la mobilisation des directeurs des différents établissements la composant. S'il est vrai que les relations étaient satisfaisantes, il fallait néanmoins passer à l'étape suivante et parvenir à associer réellement l'ensemble des acteurs. L'arrivée, il y a quelques mois, d'un nouveau directeur chargé des personnes âgées au C.H.U. a renforcé la volonté d'accélérer le travail en commun.

Réunir les membres de la C.E.G.A.R., toutes professions confondues, est chose facile, si le but est de les faire parler entre eux, échanger leurs avis sur la prise en charge des personnes âgées. Mais dès qu'il s'agit d'écrire, de formaliser des projets en commun, les

choses se compliquent et une méthodologie de conduite de projet s'impose. Il est préférable de ne pas censurer ce moment d'échanges, même si au début, il ne semble pas productif. Cette étape est en effet essentielle car elle permet aux participants d'évacuer un certain nombre de choses et de faire part de leurs difficultés dans l'exercice de leurs fonctions.

Mais, il faut quand même réussir à faire avancer les projets et pour cela il convient de trouver les bons relais dans le groupe. Pour avoir assisté à plusieurs des réunions de la C.E.G.A.R., où les directeurs, les médecins, les pharmaciens et les cadres soignants étaient présents, j'ai pu noter une réelle évolution dans l'implication des acteurs: En effet, des participants, au début assez critiques, sont devenus aujourd'hui moteurs et porteurs de projets. Ainsi, c'est parfois la personne la plus critique dans un groupe qui deviendra la plus efficace car si on lui demande de produire un travail écrit ou oral, elle passera de la position passive de la critique à la position active et sera tenue de proposer des idées.

Ce temps d'approche peut paraître long, mais il est incontournable si l'on veut avancer par la suite. En effet, il faut rappeler que ce projet de politique commune sur l'agglomération est un projet de longue haleine. On ne construit pas une politique pour un an, aussi, ne faut-il pas rater cette étape au risque de démotiver tout le monde.

b) La difficulté de mener simultanément les projets C.E.G.A.R. et E.H.P.A.D. au niveau du C.H.U.

Cette difficulté de mener parallèlement deux démarches de changement, s'observe tant au niveau des professionnels du C.H.U. qui participent aux deux projets, qu'à celui du directeur en charge de piloter les deux.

❖ Pour les acteurs du C.H.U. :

Outre les difficultés que nous avons déjà abordées et qui concernent les acteurs en tant que représentants de leurs professions, d'autres difficultés apparaissent, liées celles-ci à l'existence même de ces deux réflexions.

Tout d'abord, les différents participants aux deux démarches soulignaient, surtout au début, le manque de clarté des deux projets. Il faut rappeler que le véritable travail de groupe de la C.E.G.A.R. a commencé en même temps que la réflexion en interne au C.H.U.. Ainsi, beaucoup de projets écrits étaient demandés de part et d'autre, ce qui alimentait la confusion. On en était même arrivé, il y a quelques mois, à l'existence de huit documents différents, traitant du projet pour les personnes âgées, au niveau de l'agglomération ou au niveau du C.H.U., rédigés par des personnes différentes, essentiellement des médecins. On

trouvait ainsi des documents intitulés projet médical C.E.G.A.R., objectifs des médecins de la C.E.G.A.R., fonctionnement du réseau hospitalier d'agglomération de soins primaires, ou encore philosophie des soins aux personnes âgées au sein de la filière gériatrique. Ils étaient rédigés soit par un groupe de travail interne au C.H.U. soit par un groupe composé de membres de la C.E.G.A.R.. S'il est vrai que sur le fond, les mêmes idées revenaient, il n'existait aucune coordination entre ces réflexions.

Par ailleurs, les professionnels du secteur personnes âgées du C.H.U., faisant partie des deux projets, participent de fait à beaucoup de groupes de travail et de réunions, ce qui n'est pas toujours simple à gérer. De plus, au sein de la C.E.G.A.R., ils animent souvent des groupes de travail dont ils sont par conséquent les rapporteurs, chargés de faire la synthèse écrite des réflexions menées.

❖ Pour le directeur, chef de projet :

Le directeur, responsable des deux projets, joue le plus souvent le rôle d'interface entre la direction générale du C.H.U. qui a ses objectifs et qui attend des résultats rapides, les acteurs internes et les établissements extérieurs qui ont leur propres attentes.

Plusieurs types de difficultés apparaissent :

Ce chef de projet doit bien-sûr motiver l'ensemble des acteurs pour que les projets continuent d'avancer. Ceci n'est pas toujours simple, notamment quand des éléments extérieurs viennent perturber les échéances des projets. C'est le cas du groupe de travail interne au C.H.U. qui se réunissait à l'origine pour traiter des conséquences de la réforme de la tarification sur les structures hébergeant des personnes âgées au C.H.U.. Même si cette réforme pouvait représenter un prétexte pour amener les différents acteurs à réfléchir sur l'harmonisation de la politique gériatrique sur les trois sites du C.H.U., il a fallu continuer à mobiliser les participants à cette réflexion, en changeant l'angle d'attaque. Le groupe qui s'appelait "comité de pilotage sur la réforme de la tarification" s'intitule aujourd'hui "comité de pilotage sur les E.H.P.A.D. du C.H.U.".

Au niveau de l'animation des réunions C.E.G.A.R., il faut favoriser la concertation mais néanmoins faire en sorte que les choses avancent. De plus, il n'est pas toujours évident de faire parler tous les membres du C.H.U. d'une seule voix. Le C.H.U. ne doit pas apparaître non plus comme le leader dans ces réunions, même s'il veut en être le moteur.

Ces difficultés sont autant de facteurs qui empêchent le plus souvent le réseau de passer du stade de la réflexion commune à celui de l'action commune. Au niveau de la C.E.G.A.R., on peut constater que ces difficultés deviennent moins prégnantes au fur et à mesure que le travail en commun avance. Mais si l'on veut véritablement passer à une étape supérieure et que ce réseau se développe et se pérennise, un certain nombre de points sont à éclaircir et de nouvelles pistes sont à explorer.

B – Perspectives et propositions : comment rendre plus opérationnel le réseau ?

La politique de réseau développée par le C.H.U. de Rouen dans le domaine des personnes âgées a déjà beaucoup progressé et ne demande qu'à prendre de l'ampleur. Mais, si l'on veut ne pas se contenter de la satisfaction intellectuelle d'avoir créé un réseau, des actions sont à mener pour le renforcer. L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, qui passe par un développement de la politique de maintien à domicile, demande en effet de nombreux efforts et entraîne une redéfinition du rôle des hôpitaux. L'expérience d'un réseau de soins de proximité, menée à Oissel, est un premier pas vers un nouveau mode d'organisation de la réponse apportée aux personnes âgées mais ne doit pas restée isolée si l'on veut une politique cohérente sur l'agglomération rouennaise.

La pérennisation du réseau sur l'agglomération passe par trois axes principaux : tout d'abord, la définition et la mise en œuvre d'une stratégie claire et lisible de prise en charge des personnes âgées par la C.E.G.A.R., puis le développement d'actions de coopération concrètes et enfin une réflexion sur l'évolution du réseau notamment au travers de sa structure juridique.

1 – La définition et la mise en œuvre d'une stratégie claire et lisible de prise en charge des personnes âgées par la C.E.G.A.R.

Nous avons vu que les membres de la C.E.G.A.R. s'étaient mis d'accord sur les orientations d'un projet médical commun. Ils partagent ainsi un certain nombre de valeurs et d'objectifs communs.

Cette évolution est déjà une réussite mais se doit d'aller plus loin pour avoir un impact mesurable sur la prise en charge des personnes âgées.

L'objectif du réseau formé par les établissements de la C.E.G.A.R. est d'aboutir à la définition d'une politique globale de prise en charge des personnes âgées de l'agglomération. Pour atteindre cet objectif, la C.E.G.A.R. se doit de réfléchir aux solutions qui lui permettraient d'améliorer la cohérence de son offre et par conséquent sa répartition entre les établissements. Ainsi, une réflexion commune doit être menée sur l'adaptation de l'offre des établissements à la demande. C'est un objectif qui ne pourra s'atteindre qu'à moyen terme du fait des conséquences importantes qu'il aura sur l'activité des établissements, membres de la C.E.G.A.R..

L'analyse des décalages existants actuellement entre l'offre et la demande pourrait constituer un point de départ à la réflexion sur l'organisation future des établissements.

Tout d'abord, le degré de dépendance accru des personnes âgées accueillies dans les établissements de la C.E.G.A.R. et le contenu des listes d'attente témoignent d'une demande de médicalisation de plus en plus importante. Ce constat amènera les établissements à se poser des questions sur le nombre et la nature des lits d'hébergement dont ils auront besoin dans l'avenir pour s'adapter à la demande.

Par ailleurs, les structures actuelles ne semblent pas adaptées pour recevoir des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, alors que leur nombre devrait augmenter de façon considérable d'ici quelques années. La prise en charge de la démence pose en effet beaucoup de difficultés aux gériatres et notamment la maladie d'Alzheimer qui est bien une pathologie à part entière et non seulement une manifestation de la dépendance. C'est pourquoi, il faut de véritables professionnels pour la traiter. On dépasse ainsi largement le cas du simple hébergement. Les locaux ne sont en général pas adaptés à ces patients. C'est pourquoi, la mise en place d'unités de psychogériatrie est recommandée.

Une des questions que pourra se poser la C.E.G.A.R. est de savoir si chaque établissement doit développer de telles unités, ou si on doit concentrer la compétence et donc cette activité seulement sur quelques établissements. Une évaluation de la quantité de lits de psychogériatrie nécessaire sur l'agglomération devra aussi être menée.

Enfin, d'autres types de prise en charge devront également être envisagés à l'hôpital pour répondre aux besoins de la population âgée. Si l'on veut éviter les hospitalisations en urgence, les institutionnalisations précoces, le rôle de l'hôpital est d'être un des acteurs du

maintien à domicile. Pour se faire, c'est à lui de proposer des alternatives à l'hospitalisation, qui permettront de prévenir la dépendance et de retarder l'entrée définitive en institution. Le développement d'unités d'hôpital de jour, surtout pour les personnes commençant à manifester des troubles de la mémoire ou de l'orientation dans l'espace, semble leur être très bénéfique. De plus, la prise en charge de ces patients quelques jours par semaine, a l'avantage de soulager les familles et de permettre le maintien à domicile plus longtemps. Dans le même esprit, l'hébergement temporaire permet aux personnes âgées de faire face à des difficultés passagères mais également aux familles de « respirer » quelques jours dans l'année. Ces structures intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution sont encore rares en France. En effet, 566 établissements d'hébergement proposaient un accueil de jour en 1996, sur les 9 222 du territoire français. L'accueil temporaire est quant à lui un peu plus répandu, puisque 2 483 établissements le proposent, sans toutefois avoir de places réservées à cet effet.

Là encore, les établissements de la C.E.G.A.R. devront réfléchir à la répartition de ces types de prise en charge sur les différents sites et à leur mode d'organisation.

Mais la réussite de cette politique globale commune nécessite un positionnement clair et lisible du C.H.U. vis à vis des autres établissements de la C.E.G.A.R.. En effet, ces derniers ont besoin de cette clarification pour continuer à avancer. Il est vrai que les projets communs ont besoin d'un climat de confiance pour conduire à de véritables changements. La confiance est la pierre angulaire du réseau.

Par conséquent, le C.H.U. est amené à se poser les mêmes questions que la C.E.G.A.R. pour l'avenir de ses propres sites hébergeant des personnes âgées.

L'analyse des listes d'attente des personnes souhaitant entrer dans les E.H.P.A.D. du C.H.U. ainsi que les projections démographiques, nous renseignent sur l'évolution de la demande des personnes âgées. Aussi, peut-on remarquer qu'au C.H.U., les demandes d'hébergement en maison de retraite classique sont peu nombreuses, alors que les demandes de prises en charge médicalisées affluent. Cette évolution ne peut qu'entraîner une réflexion du C.H.U. sur sa capacité actuelle en lits d'hébergement de personnes âgées. En effet, une étude récente sur le degré de dépendance des personnes accueillies dans les lits de maison de retraite du C.H.U. montre qu'un nombre important de personnes, pourtant classées en G.I.R. 5 et 6, requièrent des soins techniques, ce qui signifie qu'elles devraient non pas séjourner en maison de retraite « section hébergement » mais en section de cure médicale. Ainsi l'offre actuelle du C.H.U. ne correspond plus à la demande et il serait certainement souhaitable que les lits d'hébergement de maison de retraite soient reconvertis

en lits de section de cure médicale ou en lits de long séjour. Cela permettrait au C.H.U. de se concentrer sur la prise en charge des personnes plus lourdement dépendantes.

Le C.H.U. devra aussi réfléchir à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et aux alternatives à l'hospitalisation traditionnelle. C'est l'établissement de Oissel qui a le plus anticipé ces évolutions puisqu'il dispose aujourd'hui de lits de long séjour classique, mais aussi d'une unité de psychogériatrie et d'un hôpital de jour (d'une capacité de 11 places). De plus, avec la mise en place du réseau gérontologique du Rouvray, ce site s'est engagé pleinement dans la politique de maintien à domicile. Il sera intéressant d'évaluer le fonctionnement de ce réseau et de proposer de le développer sur les communes où sont situés les autres sites du C.H.U. hébergeant des personnes âgées et pourquoi pas sur celles des autres établissements de la C.E.G.A.R..

Toutes ces idées vont dans le sens des réflexions menées aujourd'hui par le comité de pilotage des E.H.P.A.D.. Ainsi, ces évolutions ne risquent pas d'entrer en contradiction avec les médecins et les soignants du C.H.U. qui, de par leurs analyses, nous conduisent tout naturellement à nous orienter vers ces types de prise en charge.

Ces réflexions entraîneront automatiquement une redéfinition de la capacité en lits pour personnes âgées du C.H.U. et par conséquent des demandes de transformation de lits. Avant d'en arriver là une étude devra être menée pour quantifier le nombre de lits nécessaires, en partant de la capacité existante, en évaluant l'état de dépendance des patients accueillis aujourd'hui et en formalisant les souhaits des médecins et des soignants. De plus, il faudra repenser la répartition de ces lits par site. En effet, on est en droit de se demander si chaque site du C.H.U. devra accueillir de la psychogériatrie. A ce niveau, il convient donc de continuer le travail d'harmonisation des pratiques commencé sur les trois sites et de penser cette redéfinition de l'offre dans le cadre des réflexions de la C.E.G.A.R.. Toutefois, une transformation aussi importante de l'activité de ce secteur nécessitera des demandes de moyens supplémentaires, puisque la médicalisation entraîne un besoin en personnel plus important.

Mais nous avons vu que pour l'instant, le cadre de réflexion de la politique gériatrique du C.H.U. ne concernait que les prises en charge en Soins de Longue Durée et de Maison de Retraite. Ceci se vérifie en effet au niveau du comité de pilotage interne qui ne traite que des E.H.P.A.D. du C.H.U. et de la C.E.G.A.R., où là aussi ne sont évoqués que les hébergements de longue durée. Si une réflexion propre à ce secteur est nécessaire, il n'en

reste pas moins qu'il pourrait être intéressant de mener une réflexion plus globale en intégrant les services de Soins de Suite, de médecine gériatrique aiguë et les urgences. En effet, la personne âgée est présente dans beaucoup de services du C.H.U. et cela ne nuirait pas à la prise en charge de cette population que l'ensemble des professionnels en contact régulier avec des personnes âgées se rencontrent et échangent régulièrement sur leurs pratiques. Ces échanges pourraient contribuer à l'amélioration des circuits entre les différents services.

Le projet d'établissement du C.H.U. prévoit le découpage de l'activité médicale en pôles. Un pôle pour la médecine, y compris la médecine gériatrique, un pôle pour les soins de suite et un pôle pour l'hébergement des personnes âgées (Soins de Longue Durée et Maison de Retraite) sont prévus. Des directeurs seront référents sur les pôles. Etant entendu qu'un directeur peut être référent sur plusieurs pôles, il serait intéressant qu'un même directeur puisse être le référent sur ces pôles, où les personnes âgées sont présentes massivement afin de garantir une certaine cohésion dans leur prise en charge au sein du C.H.U..

Avant d'atteindre l'objectif de restructuration de l'offre sur l'agglomération, qui ne peut se réaliser qu'à moyen terme, des actions de plus court terme pourraient être initiées afin de renforcer l'activité du réseau.

2 – Le réseau au service d'actions concrètes de coopération:

La réalisation d'un certain nombre d'actions pourrait être envisagée à court terme afin de faciliter et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au sein et entre les six établissements de la C.E.G.A.R..

❖ Tout d'abord, le partage informatique des données médicales, concernant les patients qui passent d'un établissement à un autre, serait bénéfique à la fois aux médecins mais aussi aux personnes âgées. En effet, cela permettrait un gain de temps et une plus grande fiabilité dans les traitements d'information.

La réalisation de ce type d'échanges de données requiert une compatibilité dans les systèmes informatiques des différents établissements. La direction informatique de C.H.U. pourrait jouer un rôle d'expert, sans toutefois imposer son système mais en favorisant la cohérence des systèmes.

Si on veut aller jusqu'au bout de cette logique, l'idéal serait d'avoir un seul dossier du malade, donc un seul identifiant du patient quel que soit l'établissement dans lequel il séjourne. Mais ceci implique que l'on ait une seule et même structure juridique, ce qui signifie la création d'un S.I.H.

❖ Une autre action concrète qui pourrait se mettre en place serait la gestion commune de la liste d'attente des patients désirant intégrer les établissements de la C.E.G.A.R.

En effet, aujourd'hui, chaque établissement gère sa propre liste et il est fréquent de trouver bon nombre de personnes inscrites sur plusieurs listes en même temps. La gestion commune permettrait de coordonner les réponses et éviterait les mauvaises affectations. Cette action constituerait un progrès important pour la personne âgée en attente de réponse mais on sait déjà qu'une telle gestion commune sera difficile à mettre en place. Cette difficulté ne tient pas à la mauvaise volonté des établissements mais à un manque de temps. Il faut donc concevoir une nouvelle organisation. L'informatique, sans être la seule solution, pourrait certainement contribuer à la mise en œuvre de cette gestion commune. Mais pour atteindre cet objectif, le C.H.U. devra déjà parvenir à gérer de façon commune ses trois listes d'attente qui correspondent aux trois sites de C.H.U. Un travail est déjà en cours à ce sujet.

❖ La C.E.G.A.R., pour continuer à se développer, doit se faire connaître des différents acteurs de l'agglomération. Ainsi, une communication plus poussée doit être envisagée.

En effet, la communauté d'établissements est peu connue de certains partenaires que sont par exemple la D.R.A.S.S., la D.D.A.S.S., la ville de Rouen ou le Conseil Général. Avec ce dernier, une action a été menée en juillet en ce sens, puisque les six directeurs des établissements de la C.E.G.A.R. ont rencontré le directeur général des services du Conseil Général de Seine-Maritime pour présenter la C.E.G.A.R.. Cette démarche est importante, surtout qu'en ce moment beaucoup de projets de coordination, plus ou moins formalisés, voient le jour, ce qui rend le paysage un peu confus (même si l'objectif premier est sa clarification). Aussi, est-il intéressant de faire connaître le travail de fond qui est mené en commun par six établissements de l'agglomération rouennaise, qui rappelons-le, représentent à eux seuls une capacité d'accueil de personnes âgées de 1 370 lits¹⁵.

¹⁵ Cette capacité d'accueil correspond aux lits de Soins de Longue Durée et de Maison de Retraite (Section de Cure Médicale et Forfait Soins Courants). Les lits de Soins de Suite et de médecine gériatrique ne sont pas comptabilisés ici.

L'atteinte de ces objectifs à moyen terme et à court terme suppose que la C.E.G.A.R. fonctionne dans un cadre adapté à ses missions. Il est important que les décisions prises lors de réunions de travail puissent être relayées par les instances et traduites en plans d'actions.

Le réseau entre les établissements de l'agglomération rouennaise a pris tout d'abord la forme d'une association pour se transformer ensuite en communauté d'établissements. La C.E.G.A.R. a renforcé récemment ses instances en créant un conseil de communauté, un conseil de direction et un conseil scientifique et technique. Tout ceci dans le but de formaliser le travail en commun et de donner du poids aux décisions prises.

Mais, juridiquement, la forme de coopération choisie passe toujours par le mode conventionnel. Aussi, pourrait-on se demander aujourd'hui si la communauté d'établissements, fonctionnant avec des conventions, est un mode de coopération suffisant pour mener à bien une véritable politique commune d'agglomération.

Par conséquent, on peut se demander si le renforcement de l'action des acteurs du réseau passe par une autre forme juridique de coopération.

3 - Les pistes juridiques qui permettraient de renforcer l'action des acteurs du réseau :

Avant d'analyser les autres formes juridiques de coopération, il convient de faire un bref rappel du fonctionnement des communautés d'établissements.

La communauté d'établissements est une formule de coopération inter-hospitalière qui a été créée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. L'article L. 6121-6 du Code de la Santé Publique indique que « les communautés d'établissements sont constituées au sein d'un secteur sanitaire entre établissements assurant le service public hospitalier ».

Cet article décline les buts de la communauté et indique qu'une charte doit être élaborée et agréée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette charte doit fixer les objectifs de la communauté et indiquer les modalités juridiques de mise en œuvre choisies par les établissements. La circulaire DH/EO n° 97-277 du 9 avril 1997, relative aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements, fournit un certain nombre de renseignements sur ce point.

Les établissements doivent choisir leur modalité juridique de fonctionnement parmi celles fixées à l'article L 6134.1. Il existe, au terme de cet article, six possibilités :

- les conventions,
- le Syndicat Interhospitalier,
- le Groupement d'Intérêt Public,
- le Groupement d'Intérêt Privé,
- le Groupement de Coopération Sanitaire,
- la fédération médicale interhospitalière.

La C.E.G.A.R. a choisi de fonctionner avec des conventions multilatérales. Cela signifie, par exemple, que lorsqu'une personne est recrutée au titre de la communauté d'établissements, une convention de mise à disposition de l'agent est signée entre les établissements. Ce fut le cas pour le recrutement de l'ergothérapeute et de l'assistante sociale.

La convention est très probablement la formule juridique de coopération qui présente la plus grande souplesse et la plus grande liberté. Les établissements ne s'y sont d'ailleurs pas trompés puisque la convention représente aujourd'hui l'essentiel des actions de coopération (2900 sur les 3990 recensés par l'I.G.A.S.).

Il n'existe pas de texte législatif ou réglementaire qui la définit et qui la régit. La signature de conventions est un acte du directeur, qui par conséquent ne demande pas de délibération du Conseil d'Administration.

Mais cette souplesse entraîne aussi un certain nombre de limites.

Le système conventionnel ne permet pas de faire de la communauté une personne morale qui pourrait avoir son propre budget. Ainsi, quand des crédits sont alloués, l'A.R.H. les affecte à un seul établissement de la communauté, à charge pour lui de rémunérer l'agent et de gérer sa carrière. Son temps de travail est réparti sur plusieurs établissements et figure dans la convention signée entre les établissements concernés.

Sous cette forme, la communauté d'établissements n'est pas compétente pour prendre des décisions de façon autonome. En effet, même si elle dispose d'un conseil de communauté, celui-ci ne fait que proposer les axes d'une politique générale de coopération et de recherche de complémentarité aux instances délibératives des six établissements. Toutes ses délibérations sont soumises aux instances de chaque établissement. En effet, à ce jour, toutes les orientations et décisions de la C.E.G.A.R. ont été présentées aux C.T.E., C.M.E. et C.A. de chaque établissement. Chaque établissement gardant son entité juridique et son autonomie, il est normal que toutes les décisions de la C.E.G.A.R. soient approuvées par les instances représentatives.

Pour aller plus loin dans la complémentarité entre les six structures, nous pouvons envisager les autres formules juridiques énoncées dans l'article L. 6134.1 du Code de la Santé Publique.

Tout d'abord, nous pouvons exclure certaines formules juridiques du fait de la nature même des établissements membres de la communauté.

C'est le cas pour :

- le Groupement de Coopération Sanitaire :

Il ne peut être constitué que par des établissements de santé ne remplissant pas les conditions requises pour créer un Syndicat Interhospitalier (S.I.H.) et ici le S.I.H. est possible puisque ses membres doivent être des Etablissements Publics de Santé ou Privés à but non lucratif Participant au service Public Hospitalier.

Il est vrai que le Groupement de Coopération sanitaire est plus facilement utilisé pour la coopération avec les établissements privés à but lucratif.

- le Groupement d'Intérêt Economique :

C'est une personne morale de droit privé qui gère le plus souvent une activité commerciale dans le domaine de l'exploitation de matériels ou de la recherche.

- la fédération médicale inter-hospitalière :

Son objet est de permettre le rapprochement des activités médicales de deux ou plusieurs établissements publics de santé, ce qui signifie que seuls les E.P.S. sont concernés. Ainsi, cette formule ne convient pas à la C.E.G.A.R. qui comprend un établissement privé participant au service public hospitalier.

Au niveau de la composition, les deux formules restantes (le G.I.P. et le S.I.H.) pourraient s'appliquer à la C.E.G.A.R..

Mais, si l'on raisonne au niveau de l'activité pratiquée, le choix du G.I.P. peut devenir discutable. Le G.I.P. est une personne morale de droit public, dotée de l'autonomie juridique et financière, née du regroupement de personnes morales de droit public ou privé. La finalité poursuivie est d'exercer ensemble, pendant une durée limitée (entre cinq et quinze ans en moyenne), des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment des actions de formation ou pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités. La délimitation de l'objet du G.I.P. a beaucoup posé question, notamment pour savoir si un G.I.P. pouvait exercer les missions principales

des établissements de santé, à savoir les activités de soins. Dans un avis du 11 août 1995, le Conseil d'Etat s'est prononcé sans ambiguïté sur ce point en considérant « qu'un G.I.P. ne saurait en aucun cas être lui-même en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins qui sont, en vertu de l'article L. 711-1¹⁶ du code de la santé publique, celles de l'établissement de santé ». Cette solution se justifie au regard du risque de démembrement du service public hospitalier, la formule du syndicat interhospitalier étant plus adaptée dans un tel cas.

Le regroupement de l'ensemble de l'activité gériatrique des six établissements sous la forme d'un G.I.P. ne semble donc pas être recommandée. Par contre, on pourrait envisager de délimiter l'objet du G.I.P., en ne mettant en commun par exemple que les actions de formation. Mais à ce moment là la structure G.I.P. n'apporterait pas tellement plus d'avantages que les conventions multilatérales.

Ainsi, le Syndicat interhospitalier semble apparaître comme la seule véritable solution pour renforcer la coopération entre les six établissements membres de la C.E.G.A.R..

Le S.I.H. est considéré comme le mode privilégié de la coopération structurelle au sein du service public hospitalier. C'est un établissement public à caractère administratif et c'est la formule qui permet la coopération la plus approfondie entre établissements assurant le service public hospitalier. De plus, il permet de gérer des activités de soins.

Toutefois, si les textes préconisent son utilisation, son application à la C.E.G.A.R. peut poser certaines difficultés : d'une part, une difficulté inhérente au fonctionnement du S.I.H. lui-même et d'autre part une difficulté due aux craintes des établissements membres de la C.E.G.A.R, autres que le C.H.U..

Le premier type de difficultés tient au fait que la gestion d'un S.I.H. est aussi lourde que celle des établissements publics de santé, ce qui est souvent décrié par les établissements privés qui y participent. S'il exerce une activité de soins, il comprend les mêmes instances qu'un E.P.S., à savoir un Conseil d'Administration, une Commission Médicale d'Etablissement et un Comité Technique d'Etablissement. Par ailleurs, sa complexité est souvent renforcée par un Conseil d'Administration pléthorique, puisque chaque établissement le composant a des représentants désignés en fonction de sa taille. Si cette critique est souvent adressée aux S.I.H. regroupant deux établissements, on peut aisément imaginer ce que cela donnerait avec six établissements.

L'autre type de difficultés tient aux craintes exprimées par les représentants des « petits » établissements de la C.E.G.A.R.. En effet, les entretiens menés auprès d'eux ont fait

¹⁶ article L 711-1 devenu article L 6111-1 dans le nouveau code de la santé publique.

ressortir une certaine prudence vis à vis d'un éventuel S.I.H.. Les directeurs n'y seraient pas opposés, mais un S.I.H. signifierait la perte de l'entité juridique des établissements, et par conséquent de leur autonomie, et les présidents de Conseil d'Administration n'y sont pas forcément favorables.

La situation serait encore plus complexe pour l'établissement privé participant au service public hospitalier. En effet, le centre Médico-Social du Rouvray est géré au niveau national par la caisse de retraite du bâtiment, ce qui signifie qu'il ne dispose pas de conseil d'administration local et que l'éventuelle décision d'adhérer à un S.I.H. devrait être prise au niveau national.

A la lumière de ces réactions, on peut penser que le passage de la Communauté d'Etablissement vers le S.I.H. demandera du temps. Etant dans une démarche de projet, il est important de ne pas brûler les étapes. Il semble qu'il soit souhaitable de laisser fonctionner la C.E.G.A.R quelque temps sous cette forme avec ses nouvelles instances qui, rappelons le, ne sont créées que depuis le mois de juin 2000, avant d'envisager la création d'un S.I.H. Toutefois, il est nécessaire que cette forme plus poussée de la coopération demeure présente dans l'esprit de chacun.

La position du C.H.U. est claire. Il souhaite que la coopération fonctionne au sein de la C.E.G.A.R. sous sa forme actuelle, l'intérêt de la coopération n'étant pas la forme juridique choisie mais les résultats obtenus. Néanmoins, si ce fonctionnement montre ses limites, le C.H.U. serait favorable à l'adoption d'une solution plus intégrée.

CONCLUSION

La mise en réseau des professionnels et des compétences autour de la personne âgée devrait permettre une amélioration de sa prise en charge. L'action coordonnée des différents partenaires, notamment des établissements de santé, au sein d'une même agglomération est en effet essentielle pour assurer une offre cohérente.

Le C.H.U. de Rouen, en choisissant de reconsidérer sa politique gériatrique dans le cadre d'un travail en réseau avec les autres établissements de l'agglomération, s'inscrit pleinement dans cette démarche.

Pour mesurer l'efficacité d'une telle politique sur la satisfaction des besoins des personnes âgées, il conviendra d'évaluer le réseau mis en place. Pour se faire, des indicateurs de suivi devront être définis. Un travail de recherche est actuellement mené par un interne en médecine à l'hôpital de Oissel sur la détermination d'indicateurs d'évaluation pour le réseau gérontologique du Rouvray. Les premiers critères énoncés concernent la consommation en visites médicales, le taux d'hospitalisation et de réhospitalisation, le nombre de situations d'urgence, le taux de maintien à domicile, le coût des aides proposées, la satisfaction des personnes prises en charge.

Mais si l'ouverture des établissements de santé sur l'extérieur est indispensable à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, l'existence de relais solides en dehors des murs de l'hôpital est essentielle. En effet, le maintien à domicile des personnes âgées ne sera possible que si des relais existent sur tout le territoire et que l'ensemble est efficacement coordonné. Il est également important que les réseaux ne restent pas des expériences isolées, mais qu'ils se pérennisent tout en veillant néanmoins à éviter leur développement anarchique. La mise en place prochaine des Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (C.L.I.C.), préconisés par le rapport Guinchard-Künstler, devrait permettre d'avoir une vision clarifiée des actions de coordination.

La réponse qui sera apportée à la prise en charge des personnes âgées sera le reflet de la place que la société accorde à sa population âgée. La dimension éthique ne peut être absente de ce type de choix collectifs et comme le souligne S. POTTIEZ¹⁷, "la société a un devoir envers ceux que nous deviendrons tous". Mais, à côté du choix collectif, il ne faut pas

¹⁷ S. POTTIEZ, "L'éthique confrontée aux besoins de la personne âgée", La Revue de Gériatrie, Tome 19, n°2 Février 1994

oublier le choix individuel. En effet, la personne âgée, elle-même, ne doit pas être exclue des décisions qui seront prises concernant sa prise en charge, car, même âgée, elle reste avant tout un adulte dont les choix doivent être respectés.

BIBLIOGRAPHIE

❖ Ouvrages :

- ALBOU Philippe, «*L'image des personnes âgées à travers l'histoire* », Paris : Glyphe & Biotem éditions, Histoire, médecine et société, 1999

- BEGUE Renaud et HUMBERT Viviane, «*Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public* », Paris : Doin Editeurs et AP-HP, Les guides de l'AP-HP, 1994

- BRAMI Gérard, «*La nouvelle tarification des établissements pour personnes âgées* », Paris : Berger-Levrault, Collection Repère-âge, 2000

- BRAUN Théo et STOURM Michel, «*Les personnes âgées dépendantes : rapport au secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité Sociale* », Paris : La Documentation Française, 1988

- BUDET Michel et BLONDEL Françoise, «*La réforme de l'hospitalisation publique et privée* », 2^{ième} édition, Paris : Berger-Levrault, 1998

- CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., «*Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité* », Paris : Masson, 1998

- CLEMENT Jean-Marie, «*Mémento de droit hospitalier* », 8^{ième} édition, Paris : Berger-Levrault, 1998

- DELNATTE Jean-Claude et HARDY Jean-Pierre, «*La réforme financière des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes* », Rennes : E.N.S.P., 2000

- DIAMANT-BERGER Francis et KERANGALL Corinne, «*Les personnes âgées : pour une prise en charge globale* », Paris : Masson, 2000

- DUPONT Marc, ESPER Claudine, MUZZIN Louise, PAIRE Christian, «*Droit hospitalier* », Paris : Dalloz, 1997

- FNADEPA, «*Réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes* » Paris : Dossiers, études et documents, 1999
- HENRARD Jean-Claude et ANKRI Joël, «*Grand âge et santé publique* », éditions E.N.S.P., 1999
- HENRARD J.C., CLEMENT S., DERRIENNIC F., «*Vieillesse, santé, société* », Questions en Santé Publique, Editions INSERM, 1996
- HOUDART Laurent, LAROSE Stéphanie, BARRE Stéphanie, «*Traité de la coopération hospitalière* », Editions F. HOUDART, mars 2000
- «*L'état de la France* », Editions La Découverte & Syros, Paris, 1997

❖ **Rapports** :

- Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie, «*Rapport d'activité 1999* »
- Conseil Economique et Social de Haute-Normandie, «*Vieillesse et Dépendance en Haute-Normandie* », rapporteur : M. HECKETSWEILER, avril 1998
- Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, «*Rapport sur le vieillissement* », Les Cahiers du C.C.N.E. n°18, 1999
- Syndicat National de gérontologie clinique – «*Livre blanc : à savoir en gérontologie* », septembre 1997
- GUINCHARD-KUNSTLER Paulette, «*Vieillir en France : Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie* », Rapport à Monsieur le Premier Ministre, juin 1999
- SUEUR Jean-Pierre, «*L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité* », Rapport remis à Martine Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité, mai 2000

❖ **Mémoires :**

- MIZZI Violaine – « *Réorganisation de la filière gérontologique au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers : Enjeux et perspectives* », E.N.S.P., 1996
- OUALID Corinne – « *Le positionnement d'un C.H.U. dans la prise en charge gériatrique : problématique et propositions à travers l'exemple du C.H.U. de Montpellier* », E.N.S.P., 1993
- SUREL Véronique – « *De la mise place d'un réseau gérontologique à sa mise en œuvre : l'intégration des acteurs : l'exemple de Courbevoie* », E.N.S.P., 1995

❖ **Articles :**

- BADEYAN Gérard –COLIN Christel – "*Les personnes âgées dans les années 90*" – Etudes et Résultats, N° 40 novembre 1999, p.1-8
- CHAVANNE D., DOUCET J.-P., GAUVAIN J.-B., GIEN B., JEZEQUEL A., LEMMONIER J.-Y., PREVOT G., PRUDHOMME S., ROEHRICH B., "*Recherche de la qualité au sein des réseaux gérontologiques*" - La revue du généraliste et de la gérontologie, juin 1999, p.29-33
- DRUNAT Olivier, LUTZLER Pierre, HOLSTEIN Josiane – « *Intérêt du concept filières de soins pour les établissements hospitaliers : l'exemple de la gériatrie* » - Gestions Hospitalières, janvier 1997, p.45-49
- ETOURNEAU Claire – "*La prise en charge des personnes âgées stimule la logique de réseau*" – Décision santé, N° 153 novembre 1999, p.29-31
- GRISCELLI Claude – Président du colloque organisé par la Fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France le 4 novembre 1998 – « *L'hôpital de nos aînés : besoins et attentes de la personne âgée* », Techniques Hospitalières, n° 634 mars 1999, p.35-43
- LARCHER P. – "*Typologie des réseaux*" – La revue du Généraliste et de la Gérontologie, N° 61 janvier 2000, p.23-26
- LARMIGNAT Valérie – "*Réseaux gérontologiques : le temps de la maturité ?*" – Actualités Sociales Hebdomadaires, N° 2164 avril 2000, p.27-28

2- PELTIER Claire – *"Les réseaux : la médecine de demain"* – Bulletin de l'Ordre des Médecins, Mars 2000, p. 10-12

- POTTIEZ S. – *"L'éthique confrontée aux besoins de la personnes âgée"* – La revue de gériatrie, Tome 19, n°2 Février 1994

- RICHARD B., GESLOT D., SALIOT M. – *"Personnes âgées, Réseaux de soins au Québec"*– Gestions hospitalières, N° 276 mai 1988, p.337-340

- VETEL Jean-Marie – *« La place des personnes très âgées à l'hôpital »* - Techniques Hospitalières, n° 634 mars 1999, p.28-34

- VETEL Jean-Marie, CHAMPVERT Pascal, présidents des assises nationales du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées. – *"les réseaux et la coordination gérontologique"* – Revue hospitalière de France, N° 2 Mars – avril 2000, p.85-97

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

❖ Personnes interviewées :

➤ **Personnels membres du C.H.U. :**

- Monsieur Guy VALLET, Directeur Général,
- Monsieur Alain-Michel ROZIER, Directeur des Etablissements, en charge notamment du secteur des personnes âgées,
- Monsieur le Professeur Eric BERCOFF, PU-PH en Gériatrie, Président de la C.M.E.,
- Monsieur le docteur Yves MOYNOT, gériatre, chef de service du site de Oissel,
- Madame Jocelyne CHARTIER, Infirmière Générale en charge du secteur des personnes âgées,
- Monsieur Frédéric COSSON, cadre kinésithérapeute en charge du secteur des personnes âgées.

➤ **Personnes membres de la Communauté des Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise (C.E.G.A.R.) :**

- Monsieur Claude BERTRAND, Directeur du Centre Médico-Social B.T.P. « Le château blanc » de Saint Etienne du Rouvray,
- Monsieur Jean-Marie BIZOUARN, Directeur du Centre Hospitalier de Barentin,
- Monsieur Mostéfa MAACHI, Directeur du Centre Hospitalier « Les Jacinthes » de Déville-les-Rouen,
- Monsieur Gérard MASSON, Directeur du Centre Hospitalier « Durécu-Lavoisier » de Darnétal,
- Monsieur Régis THUAL, Directeur du Centre Hospitalier du Bois-Petit de Sotteville-lès-Rouen,

➤ **Autres personnes :**

- Madame Joëlle DI GIACOMO, inspecteur à la D.R.A.S.S., chargée des personnes âgées,
- Monsieur Robert FOUBERT, adjoint au maire de la ville de Rouen, chargé de l'action sociale et des personnes âgées,
- Monsieur Yves-Jean DUPUIS, Directeur Général adjoint des services du Conseil Général,
- Madame Fabienne MERY, Directeur des affaires générales et contentieuses du Syndicat Inter-Hospitalier d'Evreux-Vernon.

❖ **Participation à des réunions liées au thème des personnes âgées :**

- Toutes les réunions de la C.E.G.A.R. (depuis le mois d'avril 2000) – Réunions du Conseil de Direction et du Conseil Scientifique et Technique.
- Réunions du comité de pilotage du C.H.U. sur les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes,
- Réunion de service des cadres soignants du secteur des personnes âgées du C.H.U.
- Réunion du Comité de suivi du schéma de soins aux personnes âgées, pilotée par la D.R.A.S.S.
- Réunion de l'ADAGE n°18 (regroupant les communes de Oissel, Saint-Etienne et Sotteville).

❖ **Participation à un colloque :**

- « L'hôpital de nos familles : un partage au-delà des âges »

Colloque organisé par la Fondation « Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France », qui s'est tenu à Paris, le 14 juin 2000.

LISTE DES ANNEXES *[Non fournies par l'auteur]*

- **Annexe n°1:** Principales opérations de recomposition hospitalière en Haute-Normandie. Perspectives 1999-2001 (extrait du S.R.O.S.de Haute-Normandie 1999-2004).
- **Annexe n°2:** Schéma relatif à l'organisation du réseau gériatrique en Haute-Normandie (extrait du S.R.O.S. de Haute-Normandie 1999-2004).
- **Annexe n°3:** situation géographique des cinq sites du C.H.U. de Rouen.
- **Annexe n°4:** Situation géographique des six établissements de la Communauté Gériatrique de l'Agglomération Rouennaise (C.E.G.A.R.), représentant huit sites géographiques différents.
- **Annexe n°5:** Charte constitutive de la C.E.G.A.R..
- **Annexe n°6:** Article IV de la charte modifié: "Les instances de la Communauté d'Etablissements".
- **Annexe n°7:** Fonctionnement du réseau gérontologique du Rouvray.
- **Annexe n°8:** Grille d'entretien pour les directeurs des établissements de la C.E.G.A.R..