



EHESP

**Directeur d'établissements sanitaires
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **<2010 - 2011>**

Date du Jury : **<Décembre 2011>**

Impulser une démarche de coordination gérontologique :

**Une opportunité pour l'hôpital d'optimiser la prise
en charge des patients âgés**

L'exemple du Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR)

Emilie CHERUBIN

Remerciements

Je remercie chaleureusement **Mr Michel CALMONT**, Directeur général du CHR de la Réunion et **Mr Jean Jean-Marie CHOPIN**, Directeur du Groupe hospitalier Sud Réunion du CHR, pour l'accueil qu'ils m'ont réservé au sein de l'établissement.

Mes sincères remerciements à **Mr Frédo Darty**, mon maître de stage, Directeur chargé des affaires générales et du secteur gériatrique, pour son accompagnement, sa disponibilité, et pour toutes les ficelles du métier que j'ai découvertes à son contact.

Un grand merci à l'ensemble du **personnel de direction** du CHR Réunion, aux **patriciens hospitaliers** aux **cadres supérieurs de santé**, aux **cadres de santé des EHPAD**, du GHSR, pour leur accueil et leur disponibilité.

Merci à tous les acteurs du champ gériatrique avec lesquels j'ai eu plaisir à travailler: Mme **Christine DEGUIGNE**, Mr **Fabien CARRAFA**, Mme **Rolande MURAT**, Mme **Patricia COELIS**, Dr **Jean-Marc EYCHENE**, Dr **Safia AMODE**, Mme **Simone POIRIER**, Mme **Sylvie VITRY**, Dr **Jean PIOT**, Dr **Jean JOYET**, Mr **Philippe BOYER**, Mr **Christian BONNOT**, aux **Directeurs de CCAS et de CIAS**, aux **médecins hospitaliers et libéraux et autres professionnels de santé**, aux **associations et représentants des usagers et des familles d'accueil**, beaucoup trop nombreux pour tous les nommer. A chacun va ma gratitude pour la qualité des échanges et du travail réalisé dans le cadre de la démarche de coordination initiée sur le territoire.

Un immense merci à **Myrtha et à Jean et leurs nombreux amis** pour leur accueil si chaleureux et toute l'affection dont ils nous ont entourés.

Merci à **Robert** mon époux, pour tous les sacrifices consentis, pour sa présence et pour son soutien dans les moments difficiles.

Sommaire

Introduction.....	1
1. La coordination : un modèle d'organisation censé optimiser la prise en charge des patients âgés en perte d'autonomie	
1-1.La coordination entre nécessités et contraintes.....	5
1-1-1 La nécessité de prendre en compte les enjeux du vieillissement pour adapter les réponses	
A) Un vieillissement inéluctable de la population.....	5
B) Une problématique aux enjeux multiples.....	6
1-1-2 La nécessité de pallier à l'absence de transversalité du système de santé.....	10
A) Vers la fin de la partition juridique du système de santé ?.....	10
B) La fragmentation du système d'aides et de soins: un obstacle à la continuité du parcours de santé de la personne âgée.....	13
C) L'hôpital, un acteur majeur qui doit s'ouvrir sur son environnement.....	19
1-2 Impulser une démarche de coordination gérontologique: une initiative du GHSR	
1-2-1 La Réunion: un contexte particulier.....	21
A) Vers un papy boom réunionnais et une évolution des prises en charge.....	22
B) Des conditions socio-économiques particulièrement difficiles.....	24
1-2-2 La coordination gérontologique: un enjeu stratégique pour le GHSR.	
A) Le GHSR: un maillon essentiel mais un acteur parmi d'autres.....	27
B) La coordination: pour améliorer la qualité de la prise en charge à l'hôpital.....	31
C) La coordination: pour générer des gains d'efficience.....	33

2 Impulser une démarche de coordination : des ajustements à faire et des obstacles à surmonter	
2-1 Des ajustements pour assurer la coordination interne des acteurs.....	35
2-1-1 L'indispensable structuration de la filière de soins gériatriques.....	35
A) Restructurer l'offre de soins en direction des personnes âgées dans les différentes structures du GHSR.....	35
B) Améliorer l'articulation interne de l'accueil des patients âgés.....	36
2-1-2 Valoriser le travail de certains acteurs.....	36
A) Une insuffisante intégration de la gériatrie dans l'organisation polaire.....	37
B) Un défaut d'intégration des travailleurs sociaux dans les services.....	38
2-2 La coordination Gérontologique : des attentes mais des freins. Des solutions à mettre en œuvre	
2-2-1 Une démarche qui suscite des espoirs mais des obstacles restent à surmonter.....	40
A) Une enquête d'opportunité qui met en évidence des attentes fortes.....	40
B) Des pratiques actuelles qui ne débouchent pas totalement sur l'optimisation des parcours.....	41
C) Des difficultés structurelles: un frein à la fluidité des parcours de soins	43
2-2-2 Des préconisations pour mieux coordonner la prise en charge	
A) Améliorer la coordination interne	44
B) Mettre en place des outils pour renforcer la coordination.....	46
C) Innover en s'inspirant des expériences réalisées ailleurs.....	48
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALD	Affection Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ANAP	Agence Nationale d'appui à la Performance
AS	Assistante Sociale
AVC	Accident vasculaire cérébral
ARS OI	Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien
CASF	Code de l'Action Sociale et des familles
CSP	Code de la Santé Publique
CLIC	Centre Local d'Information et de coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'économie
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CCAS	Centre Communal d'Actions Sociales
CIAS	Centre Intercommunal d'Actions Sociales
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSG	Court Séjour Gériatrique
CMP	Centre Médico-Psychologique
DIM	Département d'Information Médicale
DRCS	Direction Régionale de la Cohésion Sociale
DGAS	Direction Générales des Affaires Sociales
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DPC	Développement personnel continu
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EVC	Etat Végétatif Chronique
EPR	Etat Pauci-Relationnel
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
GHSR	Groupe Hospitalier Sud Réunion
GIP SAP	Groupement d'Intérêt Public de Service à la Personne
HTA	Hypertension Artérielle

HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoires
HID	Handicap, Incapacité, Dépendance
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hyper Tension Artérielle
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régionale de la Santé
PA	Personnes âgées
PRS	Programme Régional de Santé
PSGA	Plan Solidarité Grand Age
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
RRF	Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle
RSA	Revenu de Solidarité Active
T2A	Tarifification à l'Activité
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SAD	Services à Domicile
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UMG	Unité Mobile de Gériatrie
UCC	Unité Cognitivo comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
URSG	Unité de recours et de soins gériatriques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes
Economiques	
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement
Economiques	
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades
Alzheimer	
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes	
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et
des statistiques	

« *In difficulty lies opportunity* »

Albert Einstein

Introduction

La montée en puissance du nombre de personnes âgées et le contexte permanent de finances publiques exsangues, questionnent déjà depuis de nombreuses années les pouvoirs publics sur les meilleures organisations à mettre en œuvre pour prendre en charge les besoins croissants en soins et en assistance de la population âgée.

Sous l'effet conjugué du vieillissement des classes d'âge du baby boom, de l'augmentation de l'espérance de vie, et d'une natalité en baisse, les personnes âgées de plus de 60 ans devraient voir leur part dans la population totale s'accroître de près de 50 % entre 2010 et 2050. Face à cette évolution démographique, et aux problématiques sanitaires et sociales liées au grand âge, la question du financement de la dépendance, définie comme l'incapacité à accomplir seul les gestes essentiels de la vie quotidienne, se pose avec une certaine acuité.

Les pouvoirs publics prenant conscience de l'ampleur du phénomène annoncé ont engagé d'importantes réformes portant notamment sur la médicalisation des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes, sur l'instauration en 2002 de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)¹, et la création en 2004, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)².

Malgré tout, la question du vieillissement de la population demeure toujours une source d'inquiétudes. Plusieurs interrogations restent en suspens : le vieillissement de la population va-t-il s'accompagner d'une augmentation mécanique du nombre de personnes âgées dépendantes ? Comment faire face à cet accroissement de personnes en perte d'autonomie ? Quelle organisation privilégier, pour assurer à la fois une prise en charge adéquate et une meilleure maîtrise des coûts ? Enfin, comment améliorer l'accompagnement de cette frange de la population de manière à retarder l'institutionnalisation ?

Ainsi, dans un contexte de raréfaction des finances publiques, la problématique de l'accroissement du vieillissement de la population représente un défi majeur qui nécessite que les organisations soient remises à plat.

¹ APA : l'allocation personnalisée à l'autonomie est une aide universelle spécifiquement destinée à couvrir les situations de dépendance. Elle est ouverte à toute personne âgée de 60 ans ou plus que l'évaluation d'une équipe médico-sociale a conduit à classer dans les catégories de dépendance de GIR 1 à 4. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet de classer de 1 à 6 les niveaux de dépendance (GIR 1 : très dépendant à GIR 6 : autonome).

² La CNSA , établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Le champ gérontologique est en effet fort complexe. Il met en jeu de multiples acteurs qui travaillent certes au service d'une même finalité, mais selon des logiques différentes voire divergentes, et surtout qui interviennent à l'intérieur de systèmes encore trop cloisonnés. La nécessité d'une prise en charge globale de la personne âgée compte tenu des problématiques propres au grand âge, de même que l'organisation actuelle du système de santé fondée sur une balkanisation des structures et des services, ont permis l'émergence et la légitimation du concept de coordination.

Du latin « *ordinatio* », coordonner signifie mise en ordre, le préfixe « co » indiquant une idée de pluralité. Dans le «Petit Robert», la coordination se définit comme « *l'agencement des parties d'un tout, selon un plan logique, pour une fin déterminée* ». Appliquée à la gérontologie, elle suppose une approche globale qui prenne en compte l'ensemble des dimensions du problème qu'elles soient d'ordre physiologique, sociologique, sociale voire environnementale.

Dès les années 60, le rapport Laroque faisait de la coordination, le principe fondateur d'une « véritable politique de la vieillesse ». L'exigence était de l'organiser en vue du maintien à domicile, afin de garantir la conservation du lien social entre les personnes âgées et la société. Cinquante ans plus tard, cette ligne directrice continue à orienter le choix des décideurs. Elle suppose de sortir des corporatismes pour mettre en place une organisation transversale à même de prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne âgée.

Face aux enjeux multiples du vieillissement, les pouvoirs publics ont donc fait de la coordination l'axe central sur lequel s'articulent les politiques publiques de la vieillesse. Elle apparaît comme un outil de pilotage indispensable à l'évolution du secteur gérontologique. Pour les professionnels, la coordination serait le moyen d'une action plus efficace et pour les financeurs un moyen de maîtriser les coûts en rationalisant le système. Aussi, comme un leitmotiv, l'injonction de coordonner revient de façon récurrente. Pourtant, force est de constater que la coordination est complexe et difficile à mettre en œuvre, et que les résultats observés ne sont pas toujours probants. Malgré tout, l'exigence de coordination s'est peu à peu imposée à des acteurs et à des usagers sans cesse confrontés à un système trop stratifié.

Parmi les multiples intervenants du champ gérontologique, l'hôpital est un acteur important et son mode d'organisation impacte la qualité de la prise en charge des patients âgés. Confronté depuis ces dernières années à d'importantes évolutions organisationnelles, budgétaires, technologiques, et à une crise de la démographie médicale, l'hôpital connaît de profondes mutations et s'est vu contraint d'adapter son organisation, en vue d'une plus grande efficacité et d'une meilleure réponse aux besoins des populations. Désormais tenu de soigner des patients âgés polypathologiques de plus

en plus nombreux et nécessitant une prise en charge complexe médico-psycho-sociale, l'hôpital ne saurait plus désormais limiter son action au seul aspect médical. Il se doit lui aussi de s'ouvrir sur son environnement, pour répondre aux besoins d'une catégorie de patients âgés toujours plus nombreux et nécessitant une prise en charge spécifique.

Mon stage de professionnalisation s'est déroulé à l'île de la Réunion, dans l'une des deux structures du Centre Hospitalier Régional (CHR) de l'île de la Réunion : le Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR). Etablissement multi sites regroupant 7 établissements dont 2 EHPAD, le GHSR situé au sud de l'île a signé une convention en 2007 avec le Centre Hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis de la Réunion, distant de 85 km, pour constituer le CHR de la Réunion. La fusion de ces deux établissements, préalable ministériel impératif à la création d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en 2012 dans l'île, vient juste d'être actée. La particularité du GHSR est sa situation de monopole sur le territoire sud de l'île, l'établissement ayant fusionné avec la quasi-totalité des structures sanitaires du territoire en 2007. Il en constitue l'établissement sanitaire pivot. Or, si le GHSR dispose d'une filière de soins gériatriques presque complète, la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital reste perfectible au regard de certaines difficultés constatées. C'est dans ce cadre qu'il m'a été demandé d'étudier la faisabilité d'une démarche de coordination gérontologique sur le territoire, sachant qu'une première tentative de formalisation initiée par l'hôpital avait échoué il y a six ans.

Je me suis donc posée la question de savoir en quoi, l'absence de coordination pouvait impacter la prise en charge des patients âgés dans le cadre de la filière de soins gériatriques ?

J'ai émis tout d'abord l'hypothèse que certaines difficultés relèvent d'un défaut de coordination interne. Cette première partie de mon investigation a été menée sur la base d'entretiens semi directifs avec plusieurs acteurs hospitaliers dont le chef de service des urgences, un collègue de 8 assistants sociaux intervenant dans les services accueillant des patients âgés, du gériatre de l'unité mobile de gériatrie (UMG) et des deux gériatres de l'hôpital de jour gériatrique et du court séjour gériatrique, du médecin du département d'information médicale (DIM), de 2 médecins coordonnateurs d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de plusieurs cadres de santé. J'ai tenté ensuite d'évaluer ce que l'absence de coordination avec les partenaires extérieurs impliquait en termes de difficultés de prise en charge hospitalière. C'est au travers d'une table ronde avec l'ensemble des acteurs du champ gérontologique du territoire, précédée d'une enquête d'opportunité que j'ai mené cette investigation.

Cette table ronde regroupait des gériatres hospitaliers, des médecins libéraux, un urgentiste, deux médecins coordonnateurs d'EHPAD, des associations intervenants auprès des personnes âgées, plusieurs centres communaux d'actions sociales (CCAS) très actifs, des établissements médico-sociaux privés gérant plusieurs EHPAD, des représentants des usagers et des familles d'accueil, des cadres de santé et des assistants sociaux hospitaliers, les équipes médico-sociales du Conseil général, un représentant de l'agence régionale de santé (ARS) et du Conseil général, le Directeur du GIP SAP (Groupement d'intérêt public, services d'aides à la personne), des représentants des deux établissements d'Hospitalisation à Domicile (HAD), d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de l'unité mobile de soins palliatifs.

L'objectif était, outre de déterminer l'opportunité de développer la coordination, d'appréhender les perceptions et les attentes des uns et des autres en la matière. Il s'agissait aussi de répertorier les difficultés rencontrées en raison d'une insuffisance de coordination et de repérer les éventuels blocages. Ainsi, il serait possible de relever les pistes d'évolution et de déterminer les articulations à développer entre la filière de soins gériatriques et une future structure de coordination.

C'est au travers de son ouverture sur son environnement que l'hôpital est appelé à relever le nouveau défi imposé par le vieillissement de la population. Il paraît donc important de déterminer premièrement, les enjeux généraux de la coordination gérontologique**(1)**.

A partir du travail de recherche effectué dans le contexte précis du GHSR, il convient également de mesurer l'impact que peut avoir le développement de la coordination gérontologique sur la prise en charge des patients âgés au sein d'un établissement de santé doté d'une filière de soins gériatriques et d'en tirer les conclusions en termes de préconisations. **(2)**

I. La coordination : Un modèle d'organisation censé optimiser la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

La prise en charge du grand âge nous replace au cœur de la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à savoir celle d'une santé globale : « *La santé ne consiste pas seulement en l'absence de maladie, mais est un état de complet bien être physique, psychique et social* ». Ainsi, la question de la coordination, si elle n'est pas exclusive au champ gériatrique, présente l'avantage dans ce secteur de mettre en évidence la nécessité de repenser l'organisation des soins en y incluant davantage de transversalité. Cette exigence d'une prise en charge globale concerne bien entendu le patient âgé mais également toute personne malade quelque soit son âge.

Toutefois, une difficulté reste à surmonter. Elle tient au fait que la transversalité doit s'opérer à partir d'un système qui s'est construit par strates et pour lequel il n'y a pas eu de véritable refondation. La coordination gériatrique apparaît donc tiraillée entre nécessités et contraintes **(1-1)**. Le GHSR, établissement pivot du territoire sud de la Réunion a pris l'initiative d'engager cette démarche sur son territoire. L'objectif recherché est d'optimiser la prise en charge des patients âgés au sein de sa filière des soins gériatriques. **(1-2)**

1-1 La coordination : entre nécessités et contraintes

Pour relever le défi du vieillissement auxquelles sont confrontées nos sociétés contemporaines il convient de prendre en compte les différents enjeux qui y sont associés, de manière à trouver des solutions adaptées **(1-1-1)**. La prise en charge des personnes âgées dépendantes parce qu'elle ne peut être de qualité sans une réelle coordination des actions de l'ensemble des acteurs, représente une opportunité de corriger les dysfonctionnements d'un système de santé trop cloisonné **(1-1-2)**.

1-1-1. La nécessité de prendre en compte les enjeux du vieillissement pour adapter les réponses

Le vieillissement de la population **(A)** constitue l'un des principaux enjeux auxquels la société va être confrontée durant les prochaines décennies **(B)**.

A) Un vieillissement inéluctable de la population

L'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoit à l'horizon 2050, un accroissement inéluctable du vieillissement de la population du fait de

la conjonction de 3 facteurs : l'augmentation de l'espérance de vie due aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions de vie, l'arrivée à des âges élevés des générations nombreuses d'après-guerre et un renouvellement plus limité des générations. Ainsi en 2050, une personne sur trois aura 60 ans ou plus, contre un peu plus d'une personne sur cinq en 2010. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait tripler entre 2000 et 2050 pour passer de 4,3 millions à 11,6 millions. Concernant le nombre des personnes de 85 ans et plus, celui-ci devrait quadrupler passant de 1,3 millions à 4,8 millions³.

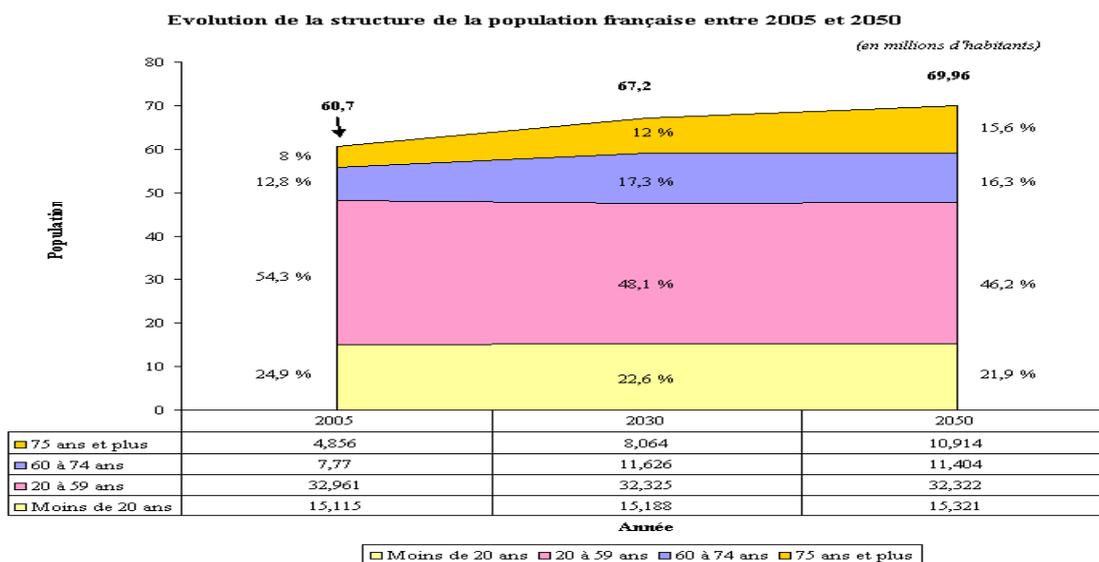


Figure 1 : Evolution de la structure de la population française entre 2005 et 2050

Source : PLFSS 2010-<http://Sénat.fr/rap/a09-091/a09-0915.html>

B. Une problématique aux multiples enjeux

Ce nouveau contexte démographique représente à la fois un défi social, sanitaire, économique pour nos sociétés contemporaines.

a) **Relever le défi sanitaire**

Les deux caractéristiques principales de la morbidité chez les personnes âgées de 65 ans et plus, sont la poly-pathologie (accumulation de plusieurs problèmes de santé chez une même personne) et la dépendance (nécessité de recourir à une autre personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne). La vieillesse s'accompagne en effet d'une progression des pathologies liées à l'âge, au premier rang desquelles figurent les

³ Olivier Léon « les projections régionales de population 2005-2030 », « revue économie et statistique », N° 408, 2007

démences et en particulier la maladie d'Alzheimer. ⁴ L'accroissement du nombre de personnes âgées va donc entraîner un changement de profil épidémiologique de la population lié à une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et de polyopathologies. La frange de la population la plus âgée peut être affectée de 4 à 8 pathologies à la fois !

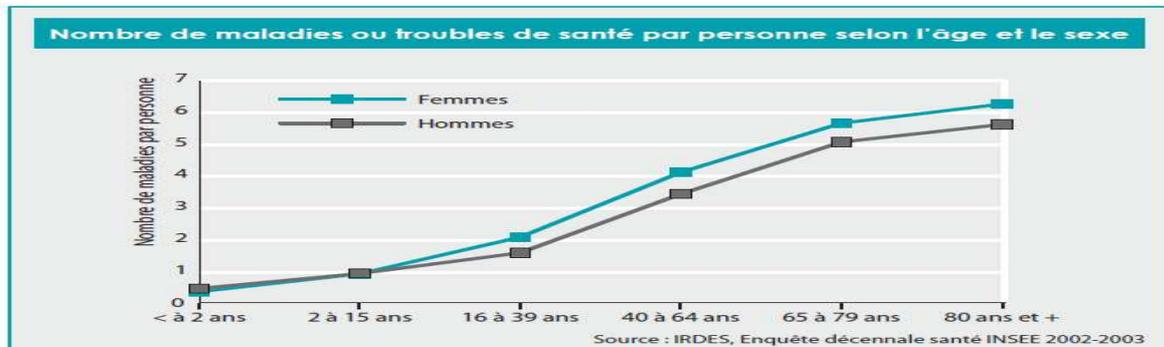


Fig. 2 : Nombre de maladies ou troubles de santé par personne selon l'âge et le sexe (source IRDES)

Concernant le problème de la dépendance, les résultats de l'enquête « handicaps, incapacités, dépendance » (HID) menée par l'INSEE, montre une nette accélération des taux de prévalence⁵ de la dépendance à partir de 80 ans et une progression continue de ces taux avec l'âge.

Taux de prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4) par âge et par sexe (source enquête HID)

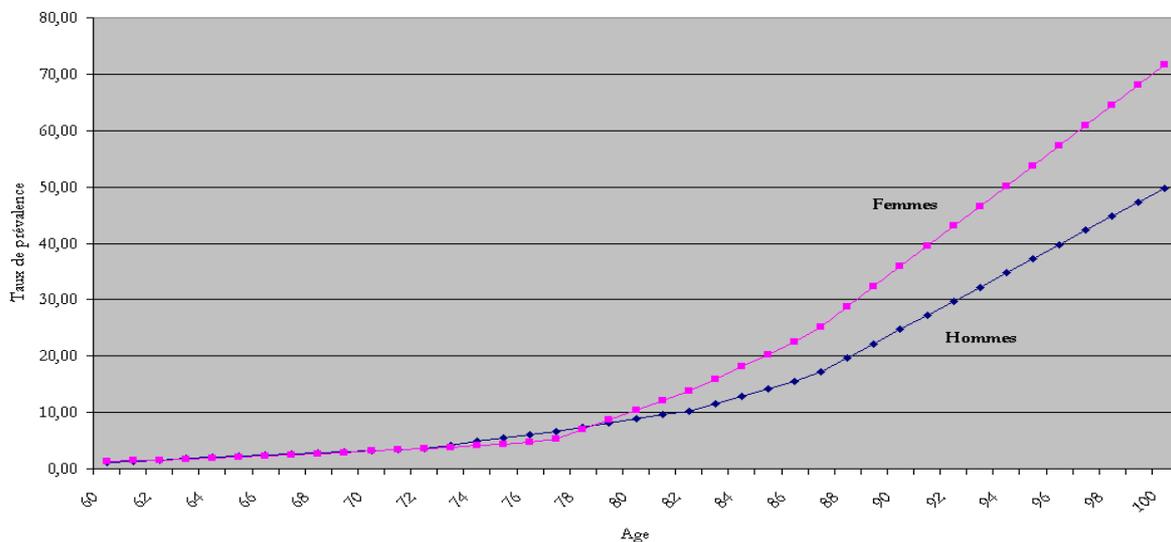


Fig. 3 : taux de prévalence de la dépendance par âge et par sexe (source Enquête HID)

⁴ Pathologie neurodégénérative, d'évolution progressive qui se caractérise par des troubles des fonctions supérieures, qui retentissent progressivement sur l'autonomie du sujet. Selon les données issues du Plan Alzheimer 2004-2007, la prévalence de cette pathologie passe de 1,5 % à l'âge de 65 ans à 30 % à l'âge de 80 ans⁴.

⁵ Taux de prévalence : proportion de personnes touchées dans une tranche d'âge

Le système de santé dans son ensemble va donc être pleinement impacté par ces différentes évolutions. Dans un contexte de maîtrise budgétaire et de crise de la démographie médicale, le défi consistera à développer les réponses les plus appropriées ainsi que les meilleures organisations capables de concilier à la fois, les besoins spécifiques d'aides et de soins individuels et l'intérêt collectif. La coordination gérontologique pourrait être l'une de ces réponses.

Cette progression massive du vieillissement présente également d'autres enjeux dont les conséquences dépendront largement des réponses apportées. C'est ainsi que le débat sur le financement de la dépendance, qualifié de « cinquième risque » est largement engagé au plan national en raison de son incidence financière.

b) Relever le défi financier

Si on ne cesse de s'émerveiller de l'allongement continu de l'espérance de vie, la prise en charge de la vieillesse est souvent perçue comme un « fardeau » et comme l'une des principales causes de la dérive des dépenses de santé. Il peut paraître normal de penser que l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans va s'accompagner d'un accroissement de la proportion de personnes souffrant de déficiences physiques ou mentales. Or, il existe aujourd'hui des incertitudes sur l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, l'âge moyen d'entrée en dépendance se rallongeant continuellement⁶.

Toutefois, si on ne peut envisager sur le long terme, une augmentation mécanique du nombre de personnes âgées dépendantes, on prévoit qu'à partir de 2030, les baby boomers fourniront un effectif élevé de grands vieillards (85 ans et plus).

Le nombre de personnes dépendantes pourrait alors augmenter d'environ 50 % par rapport à la situation actuelle »⁷. Cette montée en puissance du nombre des personnes âgées dépendantes, risque de grever très lourdement le budget des finances publiques. Les finances des Département déjà fortement sollicitées par le paiement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), seraient les premières concernées. Cette aide octroyée dans le cadre de la prise en charge de la dépendance, a favorisé la solvabilité des personnes âgées dépendantes à faibles ressources. Mais, une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publiée en

⁶ **Rapport « VIEILLISSEMENT, ACTIVITÉS ET TERRITOIRES À L'HORIZON 2030 »** : L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter. En 2030, elle sera de 82 ans pour les hommes et de 87 ans pour les femmes. Cet accroissement se fait dans de bonnes conditions : l'âge moyen des personnes dépendantes passera à 85 ans pour les hommes (79 actuellement) et à 88 ans pour les femmes (83 actuellement)

⁷ Ibid.

2010, atteste que le nombre des bénéficiaires ne cesse de croître, ce qui pose le problème de la pérennité des formes qui sont utilisées actuellement pour son octroi.

D'autre part, dans les trente prochaines années, la charge sociale risque de s'alourdir encore, si le taux d'encadrement dans les structures d'accueil devait être aligné sur celui des autres Etats Européens (180 000 postes supplémentaires)⁸.

Globalement si le scénario du statut quo prévaut, l'explosion des coûts sociaux liés à la prise en charge de la dépendance devrait atteindre plus de sept milliards d'euros (au lieu des trois milliards actuels) dont six à la seule charge des départements !⁹

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) estime pour sa part que « *la dépense individuelle moyenne en santé très élevée aux grands âges, s'explique par des inadaptation structurelles*¹⁰ » notamment liées à un défaut de coordination des soins.

c) Le défi de donner la priorité au maintien à domicile

Aujourd'hui, l'écrasante majorité des personnes âgées font le choix de vivre chez elles. Cette option est partagée par les pouvoirs publics qui ont fait du maintien à domicile une priorité, de sorte de retarder le plus tard possible l'institutionnalisation. Or, la qualité de l'aide apportée aux aînés constitue un enjeu fort du maintien à domicile qu'il convient de prendre en compte. Cette qualité passe nécessairement par une structuration de l'offre en direction des personnes âgées. Actuellement en effet, le maintien à domicile repose en très grande partie sur les aidants naturels (71 % des personnes âgées sont pris en charge par des aidants familiaux). Ceux-ci sont souvent atteints d'épuisement, notamment en cas de démence sénile de la personne âgée. Pour se maintenir le système devra, mettre en œuvre une politique volontariste en direction des aidants¹¹. Il devra aussi chercher une meilleure adéquation entre l'offre de services et de soins et les attentes et besoins du patient âgé et de son entourage. Pour prendre la mesure de cet enjeu, on peut simplement s'arrêter au rôle majeur joué dans le maintien à domicile, par les services d'aide à domicile. Ce secteur présente un manque criant de structuration¹² qui plaide là aussi en faveur d'une simplification et d'une coordination des acteurs¹³.

⁸ Ibid. : Pour dix pensionnaires, il y a quatre employés en France contre huit en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche, et douze en Suisse

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Une étude réalisée par France Alzheimer en 2010, révèle que le temps d'activité assumé par les aidants à domicile a été évalué en termes physiques à l'équivalent d'une journée de travail à plein temps de 6 h30, et cela 7 jours sur 7.

¹² Les services d'aide à domicile (SAD) chargés d'assurer des missions de type portage de repas, tâches ménagères, accompagnement social, animation, aide aux démarches administratives etc. constituent un vrai kaléidoscope aussi bien sur le plan statutaire (CCAS, privé lucratif, associations etc.) que tarifaire (mandataire, prestataire, « gré à gré »)

La volonté de porter des réponses satisfaisantes au problème du vieillissement de la population a entraîné la mise en place de nombreux dispositifs et services au fur et à mesure de l'émergence des besoins. Toutefois, la nécessité de développer leur coordination s'est imposée, de sorte de parvenir à une plus grande cohérence d'un secteur qui s'est construit par strates successives. Malgré tout, un certain nombre de contraintes liées au cadre juridique et aux spécificités du système de santé, limitent les effets escomptés.

1-1-2. La coordination : La nécessité de pallier à l'absence de transversalité du système de santé

L'organisation des soins et des services en direction des personnes âgées en perte d'autonomie est marqué par un cloisonnement juridique entre les différents secteurs de prise en charge **(A)**. La dispersion des acteurs institutionnels, de même que la multiplicité des intervenants et l'empilement des dispositifs **(B)** sont autant de facteurs qui contrarient la mise en œuvre d'une organisation visant à une prise en charge coordonnée et globale du patient âgé. L'un des enjeux majeurs de la coordination concerne l'articulation entre l'hôpital et les autres acteurs de la prise en charge **(C)**

A) Vers la fin d'une partition juridique du système de santé ?

L'un des obstacles à la prise en compte du besoin d'une prise en charge globale et transversale de la population âgée réside dans la dichotomie entre les secteurs sanitaire, social et médico-social **(a)**. La volonté des pouvoirs publics de corriger ce dysfonctionnement s'est exprimée avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) dont le mot d'ordre est le décroisement. **(b)**

a) Un vieux clivage entre les secteurs sanitaire et social

La loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 avaient consacré juridiquement l'hôpital comme établissement sanitaire et social. Toutefois, depuis 1970, le champ sanitaire est organisé par des textes qui lui sont propres. En effet, la fracture entre les secteurs sanitaire et social est intervenue avec la loi N° 70-1318 du 31 décembre

¹³ L'absence de lisibilité pour l'utilisateur contribue à des pertes de chances et à l'alourdissement du fardeau des aidants qui peinent à trouver le bon interlocuteur et la bonne réponse à leurs besoins.

1970, portant réforme hospitalière. La promulgation de la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui organise surtout la prise en charge médicalisée des personnes âgées est venue conforter ce cloisonnement. De plus, des champs juridiques distincts portés respectivement par le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code de l'action Sociale et de la Famille (CASF) fixent désormais les règles des deux secteurs.

Par la suite, les lois de décentralisation de 1982 et 1986, sont venues renforcer ce cloisonnement, avec le transfert des compétences de l'action sociale au Département. Celui-ci est considéré désormais comme le niveau pertinent pour structurer l'offre. Ce rôle de chef de file sera par la suite, pleinement confirmé avec l'Art 56 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales qui met fin, au co-pilotage Etat-Département dans le domaine de l'action sociale.

Ce cloisonnement institutionnel apparaît comme un frein à la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente de prise en charge de la dépendance. Toutefois, la volonté des pouvoirs publics de mettre en place un pilotage unifié du système de santé a été réaffirmée en 2009, avec la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires¹⁴.

b) mais une volonté de mettre en place un pilotage unifié avec la loi HPST

Selon le nouvel article L. 6111-1 du code de la santé publique, les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif « *participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent* ». Le cloisonnement devrait donc s'estomper progressivement avec la montée en puissance des Agences Régionales de Santé (ARS) instituées par la loi HPST.

Ce sont dorénavant les ARS qui ont compétence pour garantir l'articulation et la cohérence de l'offre sanitaire et médico-sociale. Elles doivent assurer une gestion transversale de l'ensemble du système de santé, ceci avec le concours possible de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Ainsi, le projet trajectoire, expérimentation réalisée sur la base d'un partenariat entre l'ANAP et les ARS d'Ile de France, de Pays de la Loire et du Languedoc-Roussillon met en évidence le changement de paradigme qui va s'opérer à l'avenir en matière de parcours de soins des personnes âgées. Ce projet part du constat de la grande complexité du parcours de santé des

¹⁴ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

personnes en perte d'autonomie, à l'origine d'une perte de chance pour ces patients. Il vise à mieux comprendre les ruptures qui émaillent actuellement le parcours de santé des personnes âgées de manière à définir des parcours plus appropriés.

Ce projet recouvre 2 volets : Le volet « PANORAMA » qui valorise des expériences innovantes de structuration de parcours de santé des personnes âgées et le volet « agir sur le décroisement » en appui à 3 ARS. Pour ce dernier volet, l'étude est réalisée avec l'implication des acteurs de terrain de façon transversale sur le sanitaire et médico-social, et porte plus particulièrement sur les personnes âgées fragiles ou vulnérables du territoire dont la complexité des parcours est généralement soulevée. En premier lieu, un diagnostic partagé est réalisé par les acteurs. Il porte sur la cartographie de l'offre, son organisation sur le territoire et l'analyse des flux ou parcours des personnes. En second lieu, une feuille de route est définie qui comprend les objectifs opérationnels à atteindre.

Ainsi, dans son intervention à Géront'expo, « ***l'impact de la loi HPST, le point de vue d'une ARS*** », le directeur du pôle médico-social de l'ARS Ile-de France a insisté sur le fait que dorénavant, l'offre est subordonnée et établie sur la base d'un diagnostic préalable des besoins de la population, des ressources et services disponibles, et d'une analyse des écarts aux vues des objectifs définis. Selon lui, cette mise en œuvre des parcours de santé suppose l'intégration de 2 dimensions : le choix privilégié de la prévention primaire et secondaire pour faire diminuer les hospitalisations évitables et la création d'une synergie entre les intervenants de la prise en charge pour organiser une offre de santé de proximité, par le biais de contrats territoriaux entre les acteurs. L'article L. 1435-4 CSP dispose en effet, que pour conduire ces évolutions, l'Agence Régionale de Santé peut proposer aux différents acteurs de la prise en charge, d'adhérer à des contrats territoriaux, ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

Ainsi, le décroisement entre les différents secteurs de la prise en charge devrait créer les conditions nécessaires à l'amélioration de l'organisation de l'offre et favoriser ainsi des parcours de soins plus efficaces.

L'ARS dispose pour cela de plusieurs outils et leviers d'actions :

-La fongibilité asymétrique¹⁵

-Le projet régional de santé¹⁶ (PRS).

- Une commission de coordination des politiques publiques dédiée au secteur médico-social (2° de l'article L. 1432-1 CSP), et placée auprès des ARS.

¹⁵**Fongibilité asymétrique** : Les ressources affectées aux établissements médico-sociaux ne peuvent servir au financement d'établissements relevant du secteur sanitaire. L'inverse en revanche est possible théoriquement. Mais à ce jour, il n'existe pas d'outils référencés permettant aux ARS de mettre en œuvre cette option.

¹⁶A travers le plan stratégique régional de santé (PRS), les planifications hospitalière, ambulatoire et médico-sociale doivent faire l'objet d'une approche commune

Cette commission est compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Ainsi, les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, ne sont d'ailleurs arrêtés par le président du conseil général, qu'après concertation avec le préfet et l'ARS dans le cadre de cette commission. Les travaux de préparation du Schéma régional d'organisation médico-social (SROMS), effectués dans le cadre de la préparation du PRS, devraient aussi être l'occasion de l'élaboration d'un diagnostic partagé entre l'ARS et le Département, sur les modalités de la coordination sur le territoire.

Il est encore trop tôt pour évaluer l'apport de la loi HPST sur la rationalisation de l'offre de services et de soins. On peut tout de même se demander si, en instituant ce nouveau niveau de régulation régionale de l'organisation médico-sociale, sans opérer une refonte du système, la loi n'aurait pas ajouté un degré de complexité supplémentaire. La difficulté vient du fait qu'il n'y ait toujours pas un seul niveau de décision et que des zones de chevauchements de compétences perdurent. Le maintien des différents outils de planification et de programmation du secteur illustre bien cette réalité¹⁷.

En outre, au niveau régional, le pilotage des politiques sociales ne relève toujours pas de l'ARS. Une nouvelle ligne de démarcation a en effet, été créée entre le médico-social et le social avec la création d'une nouvelle instance régionale: la Direction Régionale de la Cohésion sociale (DRCS) à qui a été confiée cette mission.

B. La fragmentation du système d'aide et de soins : un obstacle à la continuité du parcours de la personne âgée

En France, le système d'aide et de soins aux personnes âgées est lui aussi particulièrement morcelé. La coordination des actions aux différents niveaux de la prise en charge est rendue difficile et ne permet pas la fluidité du parcours de santé de la personne âgée. La solution pourrait venir d'une intégration des services.

a- Des financeurs multiples

Le Financement des trois secteurs relevant de la prise en charge du sujet âgé fait appel à des sources différentes. Ainsi, si le secteur sanitaire relève exclusivement de l'assurance maladie, les sources de financement des secteurs social et médico-social sont en revanche variées. Cette fragmentation du financement est à l'origine de tarifs variables selon le lieu où la personne est prise en charge, chacun des secteurs ayant des règles

¹⁷ Il existe deux processus parallèles de planification de l'offre de services: le PRS dont un des éléments est le SROMS (échelon régional) et le schéma d'organisation social et médico-social (échelon départemental). Il existe également un processus de programmation porté par le PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Le PRIAC dresse les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. Cette multiplication d'outils ne favorise pas la cohérence de l'action.

différentes pour répondre à un même niveau de besoins. Elle est un obstacle supplémentaire à l'émergence d'une gamme de réponses adaptées aux besoins des personnes âgées.

	Type de prise en charge	Financement
HAD (Hospitalisation à domicile)	Hospitalisation dont la prise en charge est assurée par un médecin généraliste	Assurance Maladie (ONDAM sanitaire)
SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)	Soins infirmiers : escarres, pansements, toilettes médicalisées etc.	Assurance Maladie (ONDAM médico-social)
EHPAD	Hébergement médicalisé	Assurance Maladie : (forfait soins) Conseil Général : (forfait dépendance) Usager : (hébergement)
SAD (services d'aides à domicile)	Aide à la vie quotidienne : habillage, ménage, repas etc.	Conseil Général APA : GIR 1 à 4 Sécurité Sociale (branche vieillesse) : GIR 5 et 6

Fig. 4 : sources de financement et tarifs variables selon le type de structures assurant la prise en charge

b- Un foisonnement d'acteurs

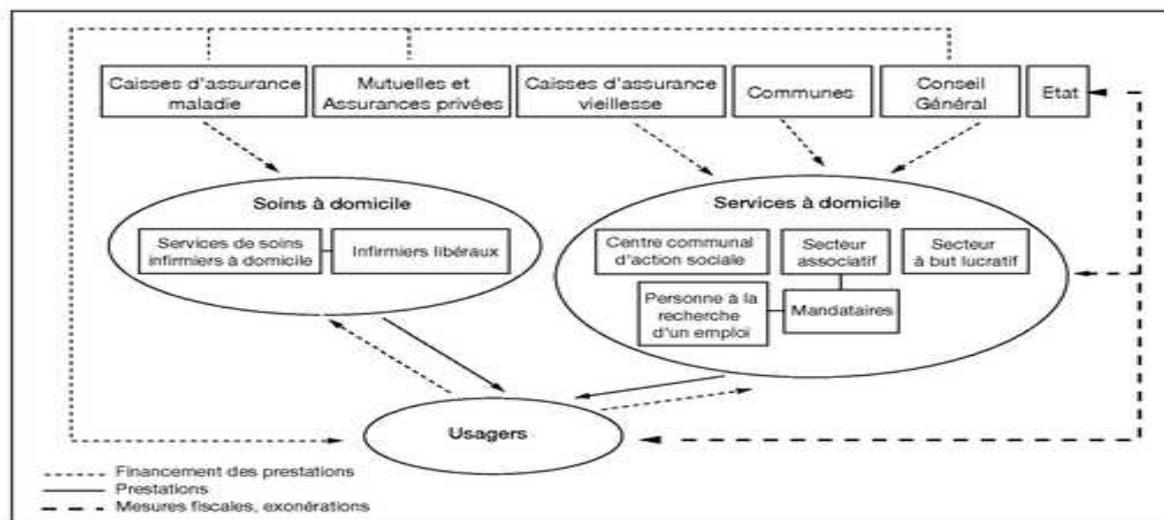
Autre élément de complexité, le système de soins et d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie en France se caractérise par un foisonnement d'acteurs. Ils proviennent de milieux divers, ont des intérêts, des cultures professionnelles et des logiques financières parfois très éloignées, et travaillent parfois dans un contexte de concurrence. Aussi, dans un tel système, l'exigence de placer l'utilisateur au centre du dispositif de prise en charge, prôné par la loi du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, semble plutôt difficile à satisfaire. Selon ses besoins, la personne âgée pourra en effet avoir recours à des :

- * **professionnels du champ sanitaire** (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, HAD),
- * **professionnels du champ médico-social** (EHPAD, équipes médico-sociales du Département, SSIAD, etc.),
- * **acteurs informels** (aidants familiaux, bénévoles, associations),
- * **professionnels du champ social** (travailleurs sociaux, SAD¹⁸ etc.).

¹⁸ Les services d'aide à domicile (SAD) chargés d'assurer des missions de type portage de repas, tâches ménagères, accompagnement social, animation, aide aux démarches administratives etc. constituent un vrai kaléidoscope aussi bien sur le plan statutaire (CCAS, privé lucratif, etc.) que tarifaire (mandataire, prestataire)

L'analyse de l'ossature des services de soins et d'aides à domicile en France (fig.2) permet d'avoir une meilleure idée de la complexité de l'organisation actuelle du système et de « l'opacité des circuits de financement »¹⁹.

Graphique 2
Les services de soins et d'aide à domicile en France



Ainsi, concernant précisément cette question du financement, dans son rapport « *Les personnes âgées dépendantes* » de 2005, la Cour des Comptes reconnaissait que « *la mise en place de la CNSA, loin de conduire à une simplification des circuits financiers, en avait accru la complexité* »²⁰.

Cette juxtaposition de services se traduit aussi par une lisibilité de plus en plus réduite pour l'utilisateur qui rencontre de nombreuses difficultés pour trouver le bon interlocuteur et pour s'orienter dans le système. Il est admis que la fragmentation du système présente « *quatre grands clivages entre le secteur sanitaire et social, l'ambulatoire et l'institutionnel, le formel et l'informel et entre les soins de longue durée versus les soins aigus* »²¹. Cela nuit à la continuité des services et est un obstacle à la prise en charge globale des personnes âgées. Il en résulte une utilisation parfois injustifiée de ressources coûteuses générées notamment par des hospitalisations inappropriées et/ ou, la réalisation d'examen redondants²².

¹⁹ Rapport de la Cour des Comptes 2005 : « Les personnes âgées dépendantes »

²⁰ Rapport Cour des Comptes 2005, les personnes âgées dépendantes : « *Les forfaits soins des établissements ne seront plus seulement financés par l'enveloppe médico-sociale de l'ONDAM mais bénéficieront aussi d'une partie des recettes nouvelles créées avec la CNSA. Ces deux sources de financement obéissent à des logiques et ont des dynamiques différentes, ce qui en rend le pilotage difficile* ».

²¹ Henrard JC. Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. *Santé Société et Solidarité*. 2002;2:73-82.

²² Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « vieillissement, longévité et assurance maladie », avril 2010.

Les conséquences sont lourdes sur le plan financier et sur le plan humain. Les ruptures dans la prise en charge sont parfois à l'origine de perte de chance fonctionnelle voire vitale chez la personne âgée dépendante. Le HCAAM, reconnaît ainsi que le défaut de coordination peut avoir des « *conséquences humaines et thérapeutiques décevantes, quelque fois dramatiques* »²³.

La fragmentation du système serait à l'origine de la difficulté à coordonner l'action des multiples intervenants auprès de la personne âgée en perte d'autonomie. Cette coordination est pourtant indispensable pour assurer le continuum de soins et d'aides nécessaire pour la mise en œuvre d'un parcours de soins sans rupture. Pour tenter de corriger cette fragmentation du système, plusieurs dispositifs visant la coordination des actions ont été créés. Toutefois, leur superposition au fil du temps, n'a fait que brouiller un peu plus la lisibilité du système.

c- Un empilement de dispositifs de coordination

L'idée de coordination est ancienne (1962 : rapport Laroque), mais sa formalisation avec des outils juridiques permettant sa mise en œuvre, est plus récente. Dans tous les cas, il s'agit de rationaliser l'offre, en créant du lien entre les acteurs de sorte que ceux-ci, peu habitués à collaborer le fassent, dans une optique d'efficience et d'amélioration de la qualité de la prise en charge. La coordination vise à créer, par le biais de l'interdisciplinarité et de la coopération, une synergie d'actions entre les acteurs.

En France, la construction des outils de coordination s'est faite au coup par coup en fonction des besoins repérés ou des problématiques rencontrées. On peut retenir de façon chronologique les tentatives de l'administration centrale de mettre en place des programmes sectorisés et coordonnés dans les années 1970. Ils ont été suivis par la création de postes de coordonnateurs et d'instances locales de coordination en 1982. Puis, le début des années 1980 est marqué par la mise en place des Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) avec des infirmiers coordinateurs pour répondre aux besoins de la population dépendante vivant au domicile.

Par la suite, la circulaire de juin 2000 instaure les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)²⁴. Ils peuvent être portés soit par des associations, des communes, des centres communaux d'actions sociales (CCAS), des centres intercommunaux

²³ Ibid.

²⁴ La circulaire DAS-N°2000-310 relative aux centres locaux d'information et de coordination met en place les CLIC. Il s'agit de guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation à destination des personnes âgées de plus de 60 ans et de leur entourage et des professionnels. Trois niveaux de labellisation sont définis selon l'importance des missions exercées.

d'actions sociales (CIAS), des Conseils Généraux voire des hôpitaux. Mais, cette variabilité des porteurs conduit à des logiques très disparates de fonctionnement.

Il convient de noter, qu'avec la mise en place des CLIC, 2 dispositifs départementaux (les équipes médico-sociales du conseil général et celles des CLICs) peuvent désormais assurer l'évaluation des besoins de la personne âgée et la mise en œuvre et le suivi du plan d'aide. Cela a conduit à des difficultés d'articulation, en raison d'un chevauchement de compétence. A cause de cela, les personnes âgées peuvent subir des évaluations redondantes alors qu'elles sont déjà en situation de fragilité.

Le réseau de santé gérontologique²⁵, est un autre dispositif de coordination. Il appartient à la catégorie des réseaux de santé dont l'objet a été spécifié par la loi du 04 mars 2002²⁶ : « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ». En fait, le réseau de santé gérontologique a pour ambition de coordonner le travail de chaque professionnel au bénéfice de l'usager avec une formalisation des règles.²⁷ Conscient des possibles difficultés d'articulation entre ces deux derniers dispositifs, les autorités sanitaires recommandent une coopération étroite entre CLIC et réseau de santé sur un territoire donné. Chacun des deux dispositifs doit, par le jeu d'interactions, permettre à l'autre d'accomplir plus efficacement ses missions spécifiques²⁸, l'objectif commun étant de faciliter le décloisonnement. Toutefois, puisque ces deux dispositifs fonctionnent de façon parallèle, alors même que leurs objectifs sont proches, sous des autorités et avec des financements différents²⁹, leur juxtaposition peut apparaître comme une nouvelle source de confusion.

Bien que le problème de la continuité des services se pose pour tous les soins et services de santé, il présente une acuité plus grande encore pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Se référant à des expériences étrangères (Canada etc.), l'idée d'une intégration des services s'est progressivement imposée en France pour solutionner l'absence de réponses coordonnées.

d- L'intégration des services : une solution aux problèmes de continuité ?

Ce nouveau mode d'organisation vise à corriger la fragmentation du système.

²⁵ Le réseau de santé gérontologique²⁵ s'adresse prioritairement à des personnes de 75 ans et plus, souhaitant rester à leur domicile, et souffrant de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique

²⁶ Loi du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin.

²⁷ Schweyer F.-X., « le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie pratique* N°11, 2005.

²⁸ Lettre circulaire N°DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 octobre 2004 relative au CLIC et au réseau de santé gérontologique

²⁹ Le réseau de santé s'inscrit dans le cadre de l'organisation du système de santé alors que le CLIC relève de l'organisation du schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale.

On distingue trois degrés d'intégration, qui vont de la liaison à l'intégration complète.

La liaison: correspond au niveau le plus faible d'intégration. Les organisations collaborent mais restent indépendantes. Elle se limite à la formulation de protocoles de collaboration ou de transfert systématique d'informations pour assurer la continuité des services.

La coordination: repose sur la concertation des différents acteurs d'une région qui acceptent de renoncer à une partie de leur autonomie au profit d'une approche régionale. Les différentes structures mettent en place des procédures pour solutionner les problèmes de discontinuité des services.

L'intégration: prévoit la prise en charge des personnes par une équipe multidisciplinaire au sein d'une structure centrale qui fournit aux usagers d'un territoire l'ensemble du continuum de services requis. L'intégration vise donc une simplification des démarches, un accès facilité aux soins, aux services et aux prestations pour l'utilisateur. Elle se caractérise par l'installation de guichets uniques où convergent toutes les demandes relatives à l'accueil, à l'information et à la gestion des situations. Elle vise aussi à renforcer la coordination des intervenants grâce à une meilleure articulation des structures de soins et d'accompagnement, de manière à proposer des parcours de prise en charge personnalisés, des réponses graduées et adaptées à chaque situation. Dans le cas de situation dite complexe³⁰, un référent unique, « le gestionnaire de cas³¹ », apporte une réponse globale adaptée à l'utilisateur.

Le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a donc posé le principe de l'intégration des services comme réponse à la fragmentation du système. La mise en place des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) vise la prise en charge coordonnée des personnes âgées en situation complexe par l'intégration des services et par l'instauration de la gestion de cas. Initialement destiné aux malades Alzheimer, il devrait s'adresser à terme à toutes les personnes âgées. L'avenir dira si le déploiement de ce nouveau dispositif aura contribué à améliorer la coordination ou au contraire à augmenter la confusion en rajoutant un dispositif supplémentaire.

C'est donc dans ce cadre très atomisé que la coordination gériatrique prend aujourd'hui tout son sens, notamment pour l'hôpital, qui est invité à s'ouvrir sur son environnement. En effet, il reste fort à faire, la faiblesse des actions de coordination affectant aussi bien la qualité des soins dispensés à l'hôpital, que la qualité des services délivrés hors les murs.

³⁰ Problèmes médicaux psycho-sociaux

³¹ Il s'agit d'un coordonnateur intervenant dans tous les secteurs de la prise en charge, correspondant unique de la personne et des aidants, responsable de la prise en charge globale, interlocuteur direct de la PA et de son médecin traitant

C. L'hôpital : un acteur majeur qui doit s'ouvrir sur son environnement

Compte tenu de l'importance des malades âgés dans la population hospitalisée, il est nécessaire d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées **(a)**, et d'ouvrir l'hôpital sur son environnement **(b)**.

a) La filière de soins gériatriques : un moyen d'adapter l'offre de soins hospitaliers aux besoins des populations âgées fragiles

La part des personnes âgées dans la clientèle hospitalière va en s'accroissant. Actuellement, près du tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, avec une incidence très élevée au-delà de 80 ans³². En outre, plus des deux tiers des admissions à l'hôpital non programmées concernent également cette tranche d'âge. Parallèlement, on constate une progression sensible du nombre de patients gériatriques³³ recourant à l'hôpital et une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS), avec l'avancée en âge.

L'hôpital public est donc confronté de nos jours à un vrai dilemme. Il doit accueillir de plus en plus de personnes âgées fragiles qui nécessitent une prise en charge spécifique. Cependant, l'activité hospitalière s'oriente essentiellement autour des soins aigus et hyperspécialisés à portée curative et les modes de prises en charge qu'il propose sont identiques pour tous. Compte tenu de l'importance des malades âgés dans la population hospitalisée, et parce que l'hospitalisation n'est pas sans risque sur l'évolution de l'état de santé du patient âgé gériatrique, il est apparu nécessaire d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques de ce public. Ainsi, pour répondre à ce besoin d'une prise en charge globale et graduée qui tienne compte du caractère évolutif des besoins de santé de la personne âgée gériatrique, la circulaire du 28 mars 2007³⁴ a instauré dans les établissements de santé, les filières de soins gériatriques. L'une des orientations retenue par le Plan Solidarité Grand Age (PSGA), est d'« Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite »³⁵. La filière gériatrique telle que prévue par le PSGA, s'appuie en priorité sur l'organisation hospitalière. Le PSGA indique : « Il faut pour cela réorganiser l'accueil des patients âgés à l'hôpital, grâce à une filière de soins qui permette

³² PSGA

³³ Patient gériatrique : personne âgée fragile présentant un risque de dépendance physique, psychique ou sociale. Nécessite une prise en charge hospitalière adaptée afin d'éviter l'installation ou l'aggravation de la dépendance.

³⁴ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

³⁵ PSGA

une prise en charge globale de la personne âgée qui tienne compte de sa fragilité, la préservation de son autonomie et son retour au domicile dans les meilleures conditions ».

Au sein de la filière gériatrique, le patient âgé peut bénéficier d'une palette de prises en charge gériatriques dans le cadre d'hospitalisations programmées ou non, et en fonction du niveau de complexité de sa situation.

La filière doit comporter au minimum :

- **une unité de court séjour gériatrique** : dotée d'une équipe multidisciplinaire, capable d'accueillir directement, sans passer par les Urgences, les patients en provenance du domicile ou des EHPAD. C'est le noyau dur de la filière.

- **une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques** : pour assurer la rééducation du patient âgé en vue de son retour au domicile ;

- **une équipe mobile de gériatrie** : A l'interface entre la ville et l'hôpital, l'unité mobile de gériatrie (UMG) apparaît comme un acteur clé d'une politique visant à privilégier le maintien à domicile. Composée d'une équipe pluridisciplinaire (gériatre, assistante sociale, infirmière, secrétaire), l'UMG intervient aux urgences et dans les services de spécialité, à la demande, pour conseiller, informer et former les équipes soignantes de manière à ce que se développe une culture gériatrique au sein de ces services.

L'UMG réalise également une évaluation globale des personnes âgées et intervient dans l'orientation et l'aide à l'organisation de la sortie d'hospitalisation des personnes âgées. L'objectif est donc d'améliorer la prise en charge pour faire diminuer les admissions inappropriées et le taux de réadmission.

- **une unité de soins de longue durée (USLD)** : assure l'hébergement et les soins de personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale continue.

- **un pôle d'évaluation gériatrique** comprenant un hôpital de jour, des consultations gériatriques et des consultations-mémoire. Ces dernières ont pour objectif d'améliorer le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer.

b. La nécessaire articulation de la filière gériatrique avec les autres partenaires

Le parcours de soins de la personne âgée ne doit donc plus être improvisé au gré des aléas des différentes prises en charge, mais il doit être structuré. Il s'agit pour l'hôpital de modéliser les différents parcours de soins possibles du sujet âgé, dans une dynamique territoriale de coopération avec les autres acteurs de terrain se situant en amont et en aval de l'hospitalisation. L'objectif est d'éviter les ruptures dans la prise en charge si préjudiciables à ces âges.

La prise en charge du patient âgé à l'hôpital pour être en adéquation avec l'esprit de la circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, doit donc viser une articulation entre l'hôpital, la médecine de ville, les acteurs du médico-social et sociale ainsi qu'avec les associations de patients. Il s'agit de garantir une continuité et une fluidité du parcours des personnes en perte d'autonomie dans le réseau de prise en charge.

1-2 : Impulser une démarche de coordination gérontologique : une initiative du GHSR

La volonté du GHSR de s'engager dans une dynamique de coordination de l'action des acteurs du champ de la gérontologie s'appuie sur une réalité sanitaire et socio-économique spécifique **(1-2-1)** et sur la volonté de l'établissement d'améliorer son efficacité et la qualité de sa prise en charge des patients âgés **(1-2-2)**.

1-2-1: La Réunion : un contexte particulier

Notre étude a été cantonnée au territoire sud de l'île de la Réunion³⁶ qui se compose de 11 communes allant des Aviron à St-Philippe en passant par le cirque de Cilaos et les communes de l'Entre Deux et du Tampon. Ce territoire regroupe près de 40 % de la population réunionnaise. Toutefois, une analyse de la situation démographique **(A)** sanitaire et socio-économique **(B)** globale du Département permettra de mieux comprendre les enjeux d'une démarche de coordination sur ce territoire.

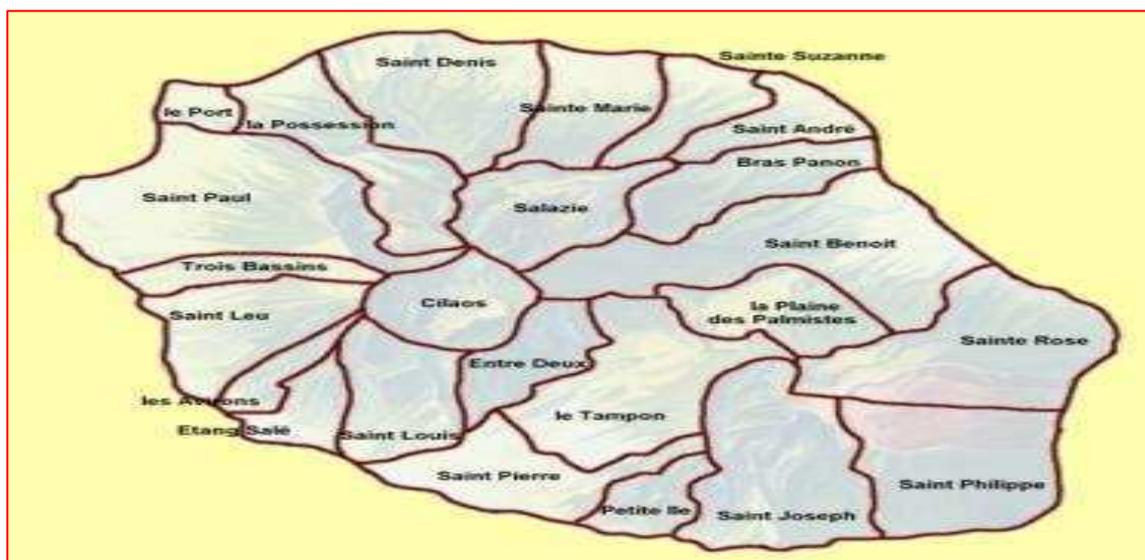


Fig. 5 : carte de l'île de la Réunion (source Internet)

³⁶ **L'île comporte 3 territoires de santé : Le territoire sanitaire Nord-est (39% de la population), le territoire sanitaire Ouest (22%% population), le territoire sanitaire Sud (39% population soit 325 000 habitants).** Le territoire sud regroupe les communes, de Saint Leu, Les Aviron, Etang Salé, Entre Deux, St Louis, Le Tampon, Cilaos, St Pierre, Petite Ile, St Joseph et St Philippe.

A) Vers un papy boom réunionnais et une évolution des prises en charge

Située dans l'hémisphère Sud, entre l'Équateur et le tropique du Capricorne, la Réunion est distante de 9 180 km de Paris. Le vieillissement actuel de la population réunionnaise est d'abord le résultat des forts gains d'espérance de vie depuis la départementalisation en 1946. À cette époque, l'espérance de vie à la naissance était d'environ 50 ans. Le progrès médical, le recul important des maladies infectieuses et parasitaires tel que le paludisme sont quelques-uns des facteurs de l'amélioration des conditions de vie des Réunionnais. En 2007, l'espérance de vie était en moyenne de 82 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes³⁷, ce qui représente un gain de 25 à 32 ans en 60 ans.

A l'horizon 2040, la population de l'île devrait dépasser le million d'habitants et le Département resterait un des plus jeunes de France avec la Guyane et Mayotte³⁸. Si aujourd'hui, la part des personnes âgées à la Réunion représente encore une part peu importante de la population, celle-ci vieillira comme partout ailleurs, mais de manière beaucoup plus rapide.

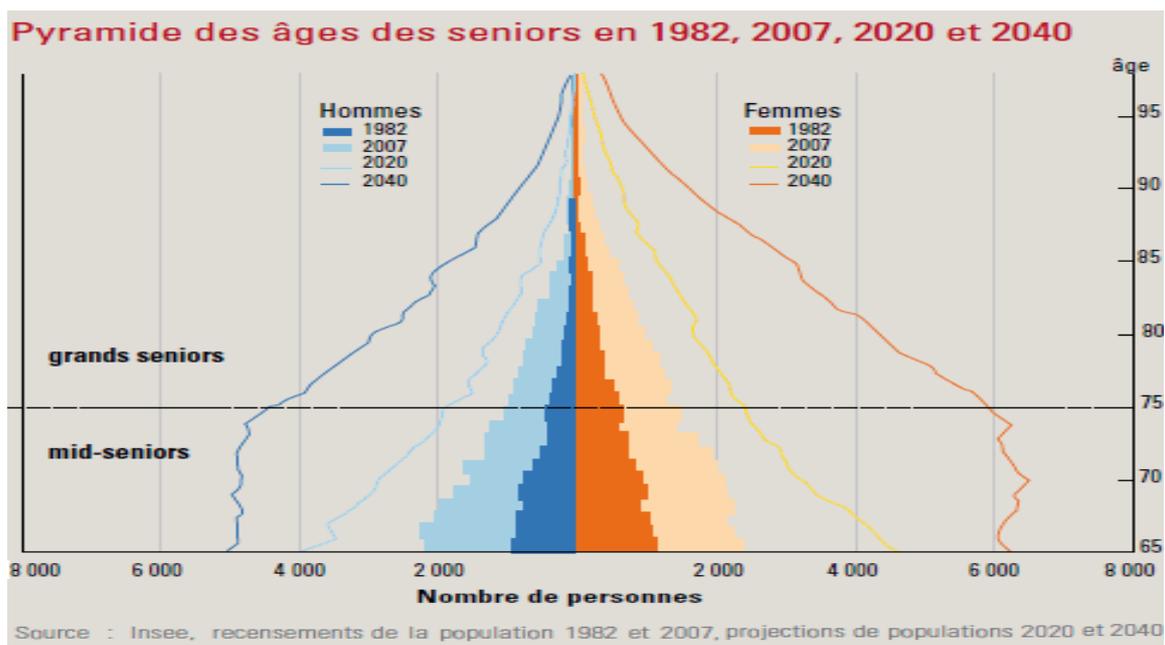


Fig.6 : Pyramide des âges des séniors, source INSEE

Ainsi en 2040, 25% de la population aura plus de 60 ans contre 11 % aujourd'hui. Les plus de 80 ans seraient eux, 4,5 fois plus nombreux et représenteraient alors 6 % de la

³⁷ Source INSEE

³⁸ La population réunionnaise est beaucoup plus jeune que la population métropolitaine : 37 % des Réunionnais et 34 % des Réunionnaises ont moins de 20 ans, contre respectivement 26 % et 24 % en Métropole. A l'inverse, un peu plus d'une personne sur dix est âgée d'au moins 60 ans à La Réunion contre plus d'une personne sur cinq en métropole.

population³⁹. Il convient de noter une concentration de personnes âgées sur le territoire sud, où se déroule notre étude, région fortement plébiscitée par les retraités.

A la Réunion, l'orientation générale est aussi de privilégier, à la fois sur le plan des politiques publiques et du point de vue des attentes de la population, la prise en charge des personnes âgées dans leur cadre de vie. Il s'agit de leur permettre de continuer à vivre dans leur environnement naturel et d'éviter autant que possible l'institutionnalisation. Toutefois la solidarité familiale serait en perte de vitesse⁴⁰, les « gramounes »⁴¹ vivent en effet de plus en plus seuls. La Réunion réputée pour l'exercice de la solidarité familiale est également touchée par un recul de cette forme de prise en charge. Ainsi, 17 % des seniors vivent seuls aujourd'hui contre 11 % en 1982, un phénomène qui risque de s'amplifier dans l'avenir. Pour y pallier, une politique offensive qui vise à accorder une place de plus en plus importante à la prise en charge dans les familles d'accueil est donc menée par le Département.

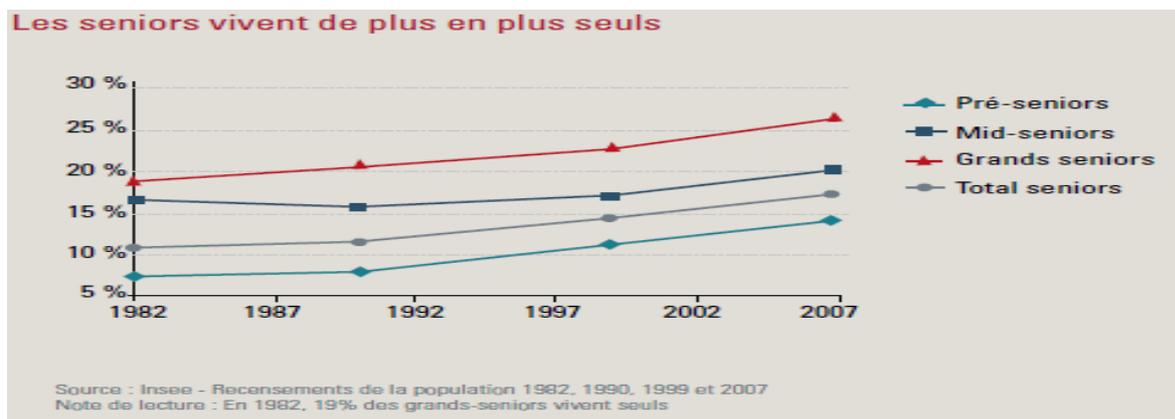


Fig.7 : Analyse de l'évolution du mode de vie des seniors source : INSEE

C'est également sur le territoire sud que l'on note le plus grand nombre de familles d'accueil. La vie en institution quant à elle reste marginale, puisqu'elle ne concerne aujourd'hui que 4 % des personnes âgées d'au moins 75 ans. L'enquête EHPA 2007 notait d'ailleurs au cours de ces dernières années un recul de l'âge d'entrée en institution. Ce département d'outre-mer doit donc lui aussi anticiper et se préparer à faire face à un accroissement massif de sa population âgée et dans ce contexte de pénurie des finances publiques, mener une réflexion sur les organisations à privilégier.

³⁹ Source INSEE

⁴⁰ Ined-Insee ; enquête Migrations, famille, vieillissement 2010. Les seniors vivent plus souvent seuls aujourd'hui. La vie en famille reste néanmoins largement majoritaire, principalement en couple. Mais il est plus rare aujourd'hui de vivre sans conjoint aux côtés de ses enfants ou d'un autre membre de sa famille,

⁴¹ Personnes âgées en créoles réunionnais

Se pose d'ores et déjà la question de la prise en charge de la dépendance liée à la vieillesse en termes du nombre de structures d'hébergement à prévoir, de l'offre de soins et de services à développer et à organiser, et de la politique gérontologique à privilégier.

B) **Des conditions socio-économiques particulièrement difficiles**

L'analyse de l'environnement socio-économique de la Réunion permet de mieux mesurer l'impact futur du vieillissement de la population dans cette région. Cela doit aider à anticiper le phénomène à venir. En effet, aujourd'hui la pression sur les finances du Département de la Réunion est considérable en raison du poids particulièrement lourd des aides relevant de l'action sociale.

La pauvreté et la précarité pèsent en effet lourdement sur le budget du Département, ce qui limite le développement d'une politique plus affirmée en direction des personnes âgées. Quelques chiffres permettent de mieux brosser le tableau.

a) **Précarité et poids écrasant des dépenses sociales à la Réunion**

En 2010, près 33% de la population active réunionnaise contre 8,7% en France est touchée par le chômage dont 55% sont des jeunes. Dans les 30 à 40 ans à venir, ces futurs seniors risquent d'avoir de faibles niveaux de retraite, d'où un alourdissement prévisible de la charge relative aux différentes aides en direction des aînés accordées par le Département.

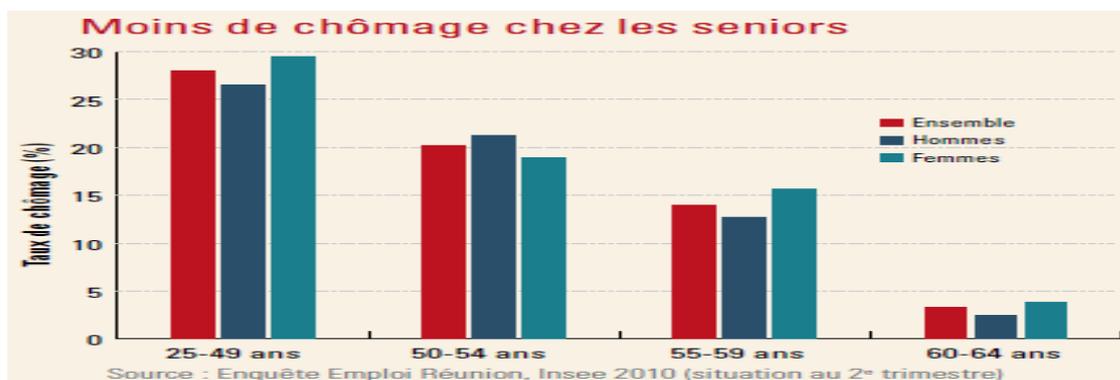


Fig.8 Distribution de la répartition du chômage dans la population réunionnaise source INSEE

Environ 10 % de la population active soit 86705 personnes, touchent actuellement le RSA. En 2006, 40,4 % de la population est éligible à la CMU contre 6,8 % en France métropolitaine et un peu moins de 17 % vit en dessous du seuil de pauvreté⁴². A la même

⁴² Source : Etat de santé de la population de la Réunion- indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique- Rapport 2008.

date, le nombre de bénéficiaires de l'APA à la Réunion était de 11 907 personnes de 60 ans et plus, soit 14,7% de cette tranche d'âge, contre seulement 6,7% en métropole.

Une précarité qui augmente avec l'âge des personnes âgées :

51% des personnes âgées, soit un senior sur deux vivent en dessous du seuil de pauvreté⁴³ avec une concentration de leur présence dans le sud (37%). En 2008, 45% des personnes âgées dépendent du minimum vieillesse pour vivre contre 5,4 % en Métropole (source INSEE), la moitié du total des revenus de retraite étant issue des ces allocations⁴⁴. Parmi les plus de 90 ans, huit personnes sur dix vivent avec le minimum vieillesse et 90 % des résidents d'EHPAD bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement. Ce contexte de grande précarité a été un facteur déterminant qui a conduit le Département à axer sa politique en direction des personnes âgées sur le maintien à domicile ou le placement des personnes âgées en famille d'accueil et à limiter le nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.»⁴⁵. Toutefois, ce choix est déterminé aussi par des « enjeux d'équilibre des solidarités familiales et de proximité, soutenues par les ressources perçues (retraite, APA) par la personne âgée et redistribuées dans l'entourage proche »⁴⁶.

b) Net retard structurel de l'offre médico-sociale

Le maintien à domicile constitue une priorité affirmée de longue date par le Département, qui lui permet d'amortir l'investissement important que représentent la création et le fonctionnement de nouveaux établissements d'hébergement. En effet, la grande majorité des résidents étant bénéficiaires de l'aide sociale départementale en raison du contexte économique et social particulièrement difficile de l'île, toute augmentation du nombre de places entraîne une multiplication proportionnelle des dépenses départementales à court et moyen terme. Dans cette région, le sous équipement est donc flagrant, l'offre d'hébergement se limitant à environ 57 places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, tandis que la moyenne métropolitaine s'établit à 157⁴⁷. D'une manière

⁴³ En 2008, le seuil de pauvreté national (à 60 % du niveau médian) : 950 Euros/mois

⁴⁴ Le minimum vieillesse : complément de retraite visant à garantir à la personne âgée un revenu minimum

⁴⁵ Extrait du Schéma Départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007-2011

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Source : DRASS Réunion enquête EHPA 2007.

générale, l'offre de services et de soins à la Réunion en direction des personnes âgées dépendantes est inférieure à la moyenne nationale⁴⁸.

D'autres facteurs viennent renforcer l'idée que le vieillissement de la population réunionnaise constituera un défi encore plus difficile à relever qu'en France métropolitaine et nécessitera là aussi de l'imagination pour mettre en œuvre les organisations les plus adéquates.

c) Des facteurs de risques plus importants à La Réunion

Les chiffres les plus récents (2003), publiés par l'Observatoire Régionale de la Santé (ORS) de La Réunion montrent que l'on observe des taux plus importants à la Réunion pour l'ensemble des facteurs de risque pouvant entraîner un tableau de dépendance. Parmi ces facteurs de risque:

L'hypertension : on observe une nette surmortalité liée à l'hypertension artérielle (HTA) à la Réunion. Le taux comparatif de mortalité en 2003 est nettement supérieur à celui de la métropole : respectivement 46,6 contre 18,0 pour 100 000 habitants.

Diabète : Le diabète, connu comme étant un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), est un véritable problème de santé publique à la Réunion. La population réunionnaise est en effet beaucoup plus touchée par le diabète qu'en métropole, que ce soit en termes de morbidité ou de mortalité. La prévalence du diabète est près de 4 fois supérieure à la métropole (11,2% contre 3%). Les complications liées au diabète en particulier les plaies du pied et/ou amputations entraînent des taux de recours hospitaliers 7 fois supérieure à la situation métropolitaine. Ainsi, la Réunion se situe parmi les régions où le taux d'admission en allocation longue durée (ALD) est le plus élevé⁴⁹.

AVC⁵⁰ : A la Réunion, la mortalité par AVC est supérieure de 117% à la moyenne nationale. La Réunion est la région de France qui a l'indice de mortalité par AVC le plus élevé, quelque soit le sexe.⁵¹

Surpoids et obésité : Environ 1 personne sur deux est concernée (49%)

⁴⁸ Cf. tableau en annexe 1

⁴⁹ Source : Etat de santé de la population de la Réunion- indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique- Rapport 2008.

⁵⁰ Les AVC sont un facteur de risque de démence, et la démence étant elle-même un facteur de risque d'AVC : leurs incidences sont donc liées. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et peuvent donc être indirectement des facteurs de risques de la Maladie Alzheimer.

⁵¹ Source de l'ensemble des données de morbidités : « *Tableau de bord, la maladie d'Alzheimer et troubles apparentées à la Réunion* », ORS Réunion 2008

Dans ces conditions, l'avenir augure d'un vieillissement prévisible de la population, avec un taux de personnes dépendantes beaucoup plus important que dans l'hexagone. Déjà, on note un taux de dépendance psychique en forte augmentation dans les EHPAD et une entrée en dépendance plus précoce. Ainsi, plus encore qu'ailleurs, il convient qu'à tous les niveaux de la prise en charge, le vieillissement de la population puisse être anticipé. Cela passe nécessairement par une optimisation de l'utilisation des moyens et donc par la mise en place d'une organisation cohérente et coordonnée des acteurs.

Le Groupe Hospitalier Sud Réunion, conscient de l'importance des enjeux liés à une prise en charge de qualité des personnes âgées, s'est engagé depuis déjà plusieurs années dans une dynamique d'amélioration de sa prise en charge.

1-2-2 La coordination : Un enjeu stratégique pour le GHSR

Le GHSR, acteur incontournable, intervient aux côtés d'acteurs multiples **(A)**. La structuration de l'offre par le biais de la coordination présente pour cet établissement des enjeux importants d'amélioration en termes de qualité de la prise en charge **(B)**, et d'efficience **(C)**.

A) Le GHSR : un maillon essentiel, mais un acteur parmi d'autres

Le GHSR est l'acteur pivot de santé du territoire. Dans la prise en charge des patients âgés, son action ne peut se concevoir qu'en complémentarité des autres acteurs.

a- Le GHSR, une gamme variée de services en direction des personnes âgées

Le Groupe Hospitalier Sud Réunion dont l'entité juridique est basée à St-Pierre comporte 5 centres hospitaliers :

- **L'hôpital de St- Pierre** : 640 lits et places,

-**L'hôpital de St-Joseph** dispose de 49 lits ventilés comme suit : 17 lits de Court séjour gériatrique, 2 lits de soins palliatifs, 4 lits de gérontopsychiatrie et 22 lits de médecine polyvalente. Il dispose également de 4 lits d'hôpital de jour d'évaluation et d'orientation gérontologiques avec prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

-L'hôpital du **Tampon** : L'hôpital du Tampon développe une activité de rééducation et de réadaptation fonctionnelle (RRF) en hospitalisation complète, de semaine ou de jour, (67 lits). Le plan directeur du Tampon prévoit en outre, la création à compter de 2013, d'une

unité d'éveil de 8 lits et une unité de 8 lits dédiés à des patients en état végétatif chronique (EVC) ou en état pauci-relationnel (EPR)⁵².

De plus, l'hôpital du Tampon dispose d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 49 places et d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)⁵³ de 6 lits qui a démarré son activité en 2011. La capacité de l'UCC devrait passer à 12 lits à terme, après mise en œuvre du plan directeur début courant 2013. Dans le cadre du plan directeur, il est prévu également la création d'une unité d'hébergement renforcée (UHR)⁵⁴ de 16 lits et la diminution du nombre de lits de l'USLD à 33

L'hôpital de St-Louis a son activité essentiellement orientée vers la médecine polyvalente (47 lits).

-Hôpital de Cilaos : L'autorisation des 15 lits de Soins de Suite et de Réadaptation n'ayant pas été renouvelée, un projet de reconversion est en cours d'étude.

-2 EHPAD localisés sur les communes de Saint-Joseph et de Saint-Louis d'une capacité totale de 130 lits sont rattachés au GHSR. Les 2 EHPAD ont comme projet la création de places en accueil temporaire. Celui de Saint-Joseph a également répondu à un appel à projet pour l'ouverture d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Concernant plus précisément l'activité liée à la prise en charge des personnes âgées, les exigences réglementaires invitant les établissements à organiser leurs activités en direction des personnes âgées dans l'optique d'une prise en charge optimum, globale et graduée, ont conduit le GHSR à amorcé en 2006 la mise en place d'une filière de soins gériatriques. La filière de soins gériatriques du GHSR possède aujourd'hui la quasi-totalité des équipements prévus par la circulaire du 28 mars 2007, à l'exception d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques.

⁵² La définition d'un état végétatif chronique et celle d'un état pauci-relationnel font l'objet de discussions scientifiques. Ces patients ne sont plus en situation de coma : ils présentent des phases d'éveil avec trouble de la conscience mais dans tous les cas, une altération sévère des possibilités d'interaction avec l'environnement.

⁵³ UCC : unité de prise en charge en SSR de patients en provenance du domicile ou d'EHPAD, atteints de la maladie Alzheimer et ou maladies apparentées et présentant notamment des troubles comportementaux. Le programme d'activité mis en œuvre peut conduire à la réduction de ces troubles

⁵⁴ 'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) constitue une nouvelle offre dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée présentant des troubles comportementaux. L'architecture et l'organisation des espaces figurent parmi les principaux critères qui caractérisent une UHR ainsi que la possibilité de réaliser des activités adaptées.

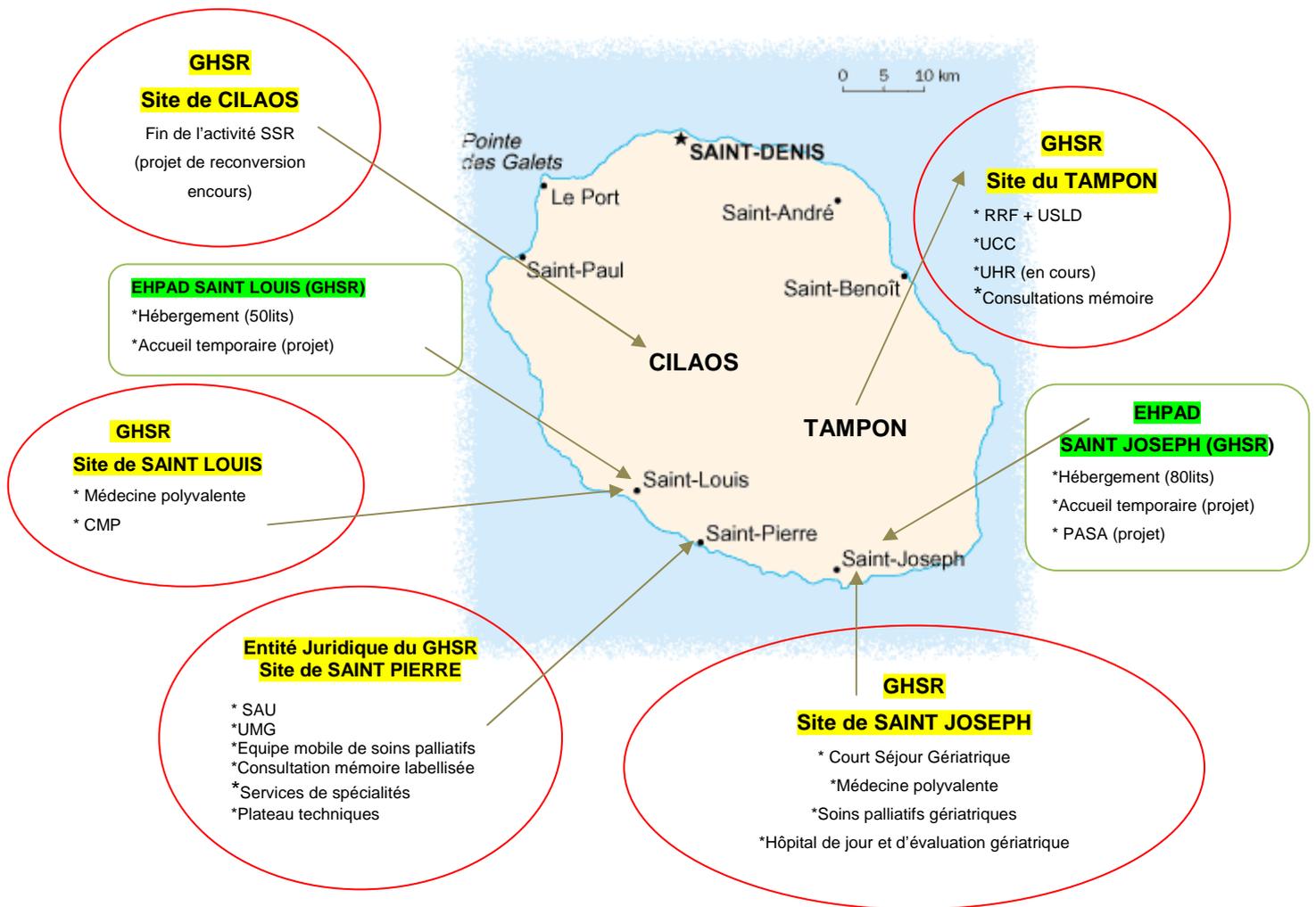


Fig.9 : La filière gériatrique du GHSR
(Cartographie Emilie CHERUBIN)

b). L'environnement du GHSR

Le GHSR couvre donc la presque totalité de l'offre sanitaire sur son bassin de santé. D'autres établissements interviennent sur ce versant de l'offre :

▪ **Les autres structures sanitaires du territoire**

- La Clinique St-Joseph**, est une clinique privée spécialisée dans les soins de suite (SSR polyvalent) de 80 lits et places,
- La clinique Durieux**, clinique privée disposant de 51 lits de chirurgie et 21 lits d'obstétrique,
- 2 structures d'hospitalisation à domicile** (AURAR HAD et ARAR), de 40 places au total complètent l'offre sanitaire.

Concernant l'état des lieux de l'offre libérale :

D'une manière générale, la démographie médicale et paramédicale libérale du Sud de la Réunion⁵⁵ est sous dimensionnée par rapport à la France métropolitaine.

- ✓ **Médecins généralistes.....301** (répartition inégale sur le territoire)
- ✓ **Dentistes.....163**
- ✓ **Médecins spécialistes.....134**
- ✓ **Infirmiers libéraux.....475** bonne couverture partout)
- ✓ **Masseurs kinésithérapeutes... .392**
- ✓ **Psychomotriciens..... .11**
- ✓ **Ergothérapeutes.....0** (présents exclusivement à l'hôpital)
- ✓ **Pédicures podologues..... 16**

L'offre sociale

-**Les centres communaux d'actions sociales (CCAS)** des 10 communes assurent diverses missions auprès des personnes âgées de leurs secteurs (accompagnement social et administratif, animation, accueil, orientation et information).

Le CCAS de St-Pierre et celui de St-Joseph et du Tampon ont mis en place une politique en direction des personnes âgées très offensive et très active, dans certains domaines de la prise en charge, comme l'aide aux aidants, l'organisation de journées de formation d'information ou de réflexion, etc.

-**Les médecins des actions de santé du conseil général**, sont chargés de l'évaluation personnalisée des personnes âgées, en vue de l'éligibilité à l'APA.

-**Plusieurs organismes privés portés par des associations** assurent aussi des missions de services d'aides à la personne sur le territoire., dont l'association Réunion Alzheimer

La coordination gérontologique qui implique pour l'hôpital une ouverture sur son environnement, en vue d'une meilleure articulation de ses missions avec celles des autres acteurs, couvre des enjeux de qualité et d'efficience pour le GHSR.

B. La coordination : pour améliorer la qualité de la prise en charge à l'hôpital

Le GHSR, a conclu un partenariat avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)⁵⁶, et l'Agence Régionale de Santé de

⁵⁵ Source : Fichier ADELI, ARS OI Mai 2011, Direction de la stratégie et de la performance

⁵⁶ ANAP : Groupement d'intérêt public créé le 16/10/2009 ayant intégré le GMSIH, la MAINH, la MEAH, est chargé de l'accompagnement stratégique des établissements dans leur recherche de performance

l'Océan Indien (ARS OI) en vue d'inscrire la performance au cœur de son projet d'établissement. Une des orientations stratégiques : « *Favoriser le parcours global du patient sur le territoire* », concerne l'amélioration du parcours des usagers dans les différentes filières de prise en charge. Concernant la prise en charge du public âgé, cela passe nécessairement par une meilleure coordination de l'hôpital avec les acteurs extérieurs intervenant en amont **(a)** et en aval **(b)** de la prise en charge hospitalière.

a) Améliorer les relations avec l'amont de la prise en charge

La mise en place d'un processus de coordination permettrait au GHSR d'améliorer l'admission des patients âgés par le Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU). Ce service reste la porte d'entrée principal de l'hôpital pour de nombreux patients âgés. En 2010, au GHSR, les personnes âgées de plus de 75 ans ont représenté 10 % des passages aux urgences⁵⁷. Or, les temps d'attente pour orienter et prendre en charge les personnes âgées on le sait, sont trop importants et délétères pour l'autonomie de cette population fragile. Une organisation coordonnée avec l'amont (médecin généraliste, professionnels paramédicaux libéraux, réseau de soins) devrait permettre en améliorant la communication entre la ville et l'hôpital de faire diminuer le nombre de passages au SAU et favoriser les hospitalisations directes par le court séjour gériatrique de manière à limiter les conséquences fonctionnelles délétères de l'hospitalisation.

De plus, dans le cadre d'une coordination gérontologique, la mise en place de plan de soins et d'aides personnalisés devrait favoriser la prévention des situations de crise et limiter les entrées catastrophe aux urgences.

b) Améliorer les relations avec l'aval de la prise en charge

L'une des grosses difficultés de la prise en charge hospitalière des personnes âgées concerne la réinsertion au domicile après un séjour à l'hôpital. La qualité de la prise en charge doit être optimum et la durée de l'hospitalisation doit être limitée si on souhaite maintenir le degré d'autonomie du sujet âgé et éviter l'aggravation de la dépendance. Pour ce faire, l'hôpital doit nécessairement travailler en lien étroit avec l'aval (HAD, SSIAD, SAD, professionnels libéraux, EHPAD etc.) pour accompagner la sortie du patient et permettre qu'elle se fasse dans les meilleures conditions. En cas de réinsertion au domicile trop précoce ou dans de mauvaises conditions, les rechutes sont possibles et la ré-hospitalisation est inévitable avec en ligne de mire le spectre de l'aggravation de la dépendance. L'examen du nombre de passages aux urgences du GHSR de la population de 75 ans et plus en 2010, met en évidence des taux de ré-hospitalisations importants, ce qui laisse supposer des marges possibles d'amélioration. Il conviendrait d'éviter des

⁵⁷ Sur 42 272 passages aux urgences il y en a eu 4333 pour des patients de + de 75 ans. Soit 10%.

sorties d'hospitalisations trop précoces voire mal préparées qui fragilisent le patient âgé et conditionnent ces ré-hospitalisations.

Nombre de PA de 75 ans et + venus aux urgences durant l'année 2010	Nombre de passages aux urgences
564	3
178	4
87	5
37	6
15	7
7	8
2	9
3	10
1	11
1	12

Fig.11 Fréquence de passage aux urgences du GHSR pour personnes âgées de 75 ans et plus en 2010
(source DIM GHSR)

Ce constat d'une gestion perfectible des sorties d'hospitalisation par l'établissement a d'ailleurs été fait par plusieurs Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS) qui déplorent une anticipation insuffisante de l'hôpital concernant l'évaluation sociale des personnes âgées hospitalisées. « *Souvent c'est le vendredi à midi, que l'on constate que le patient ne peut pas réintégrer le domicile et que l'hôpital nous sollicite pour une solution* ». Améliorer cette gestion constitue un enjeu sur le plan de la qualité des services rendus à l'utilisateur. La Haute Autorité en Santé (HAS), a d'ailleurs complété la dernière version de son manuel de certification avec 3 nouveaux indicateurs de qualité spécifiques aux personnes âgées dont celui de la « *gestion des points de transit : entrées – transferts – sorties* ». Le GHSR qui doit effectuer sa certification en 2012, doit donc, dans cette optique, chercher à mettre en place une organisation qui favorise la fluidité du parcours de la personne âgée hospitalisée afin d'éviter les réserves des experts sur ce point. En outre, la gestion de l'organisation des sorties d'hospitalisation des personnes âgées hospitalisées est capitale pour l'hôpital quand on sait l'importance que représente la durée moyenne de séjour (DMS) en matière de gestion budgétaire.

C. La coordination : pour générer des gains d'efficience

Selon un médecin urgentiste, lors de l'orientation de la personne âgée dans les services, ne va pas de soi. On note parfois une réticence des services à prendre en charge les patients âgés poly-pathologiques., souvent mis à l'index, car perçus comme embolisant les lits de spécialité (phénomène des bedblockers). En effet, selon les données issues du PMSI du GHSR, les DMS des patients âgés sont nettement supérieurs à ceux d'autres tranches d'âge. L'accroissement du vieillissement de la population représente donc un enjeu financier pour l'établissement qui devra prendre en charge à l'avenir des patients âgés polypathologiques de plus en plus nombreux.

Les raisons qui peuvent entraîner des difficultés à organiser la sortie d'hospitalisation, chez la personne âgée en perte d'autonomie, et donc être à l'origine de l'augmentation de la DMS à l'hôpital, sont nombreuses. Il peut s'agir de l'attente d'un diagnostic complémentaire, de l'impossibilité du retour à domicile en raison d'inadaptation du logement, du temps nécessaire à la mise en place d'aides sociales ou de mesure de protection ou encore de manque de places en structures d'aval. Or, la DMS intervient directement dans la performance économique de l'établissement.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A), a entraîné en effet de nouvelles logiques de rationalisation des coûts qui contraignent les établissements à être encore plus vigilants dans la maîtrise de cette donnée médico-économique. L'obligation est faite à tout établissement de santé d'analyser ses activités médicales et les coûts qui s'y rattachent. Le séjour de chaque patient est en effet classé au sein d'un Groupe Homogène de Malades (GHM), les différentes pathologies étant regroupés en fonction de leur DMS. A chaque GHM, est associé son pendant financier désigné par un Groupe Homogène de Séjour (GHS) auquel correspond un tarif national remboursé par l'Assurance Maladie. Une grande fluidité dans la gestion des lits s'impose donc comme un impératif essentiel de gestion financière des pôles.⁵⁸ L'accueil des patients âgés gériatriques pour lesquels les DMS sont nettement plus élevées, apparaît dès lors comme peu rentable, car les forfaits alloués ne prennent pas en compte les complications générées par les difficultés sociales. Jusqu'à récemment les tâches supplémentaires liées à la prise en charge des personnes âgées n'étaient pas valorisée dans la T2A⁵⁹.

⁵⁸ Pour un GHM donné, la DMS est encadré par une borne haute et une borne basse. Ainsi, quelle que soit la durée de séjour comprise entre les bornes basse et haute, la recette de l'hôpital sera la même. Aussi, plus le séjour se rapproche de la borne basse, plus il est rentable et inversement.

⁵⁹ Prise en compte de l'âge dans la T2A : La dernière version (V11) de la tarification intègre l'âge comme complément de complication et de morbidité associée (**CMA**).

Le développement de la coordination gérontologique devrait forcément permettre de mettre en place une organisation visant à faciliter la sortie d'hospitalisation du patient d'autant que comme l'a énoncé le HCAAM⁶⁰, un séjour prolongé en hospitalisation complète, au-delà du temps nécessaire concourt à la perte des capacités d'autonomie des patients.

La coordination apparaît donc comme un enjeu majeur pour l'hôpital aussi bien en termes de la qualité de la prise en charge que de l'efficience. Le GHSR s'est donc positionné pour tenter de mobiliser les acteurs locaux autour d'une réflexion sur l'opportunité d'engager une démarche qui permettrait d'instaurer un partenariat formalisé au travers d'une structure de coordination.

⁶⁰ « Assurance maladie et perte d'autonomie », contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées séance du 23 juin 2011

2- Impulser une démarche de coordination : des ajustements à faire et des obstacles à surmonter

La bonne volonté ne suffit pas pour faire aboutir une démarche de coordination gériatologique. Elle nécessite la mobilisation et l'adhésion du plus grand nombre d'acteurs. Cette volonté est souvent contrariée par des logiques de pouvoir, s'appuyant sur des cultures professionnelles ou des modalités de fonctionnement différentes. A l'hôpital comme ailleurs ces logiques conditionnent les perceptions des uns et des autres. Pour mener à bien cette démarche de coordination, il convient donc en premier lieu de repérer les dysfonctionnements internes à l'établissement **(2-1)**, puis les contraintes liées à l'environnement qui pourraient peser sur la démarche**(2-2)**, dans le but d'envisager les moyens à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif fixé **(2-3)**.

2-1. Des ajustements pour assurer la coordination interne des acteurs hospitaliers

Le travail à l'hôpital est profondément divisé. L'hyperspécialisation des soins entraîne un cloisonnement entre les acteurs, qui est préjudiciable notamment lorsque la prise en charge requière de la transversalité, comme c'est le cas pour les patients âgés.

La volonté d'envisager la coordination comme axe d'amélioration de la prise en charge sur le territoire de santé inclut en premier lieu une meilleure coordination des acteurs hospitaliers qui passe par une structuration de la filière de soins gériatriques **(2-1-1)** et par la valorisation du travail de certains acteurs **(2-1-2)**.

2-1-1 L'indispensable structuration de la filière de soins gériatriques

Si la mise en place d'une filière de soins gériatriques a permis une avancée significative dans la prise en charge des patients âgés à l'hôpital, certaines insuffisances relatives à l'organisation de l'offre de soins en direction des patients âgés dans les différentes structures du GHSR **(A)**, de même que le défaut d'articulation de l'accueil des personnes âgées dans les services **(B)** obèrent l'atteinte des objectifs fixés pour la filière gériatrique.

A. Restructurer l'offre de soins en direction des personnes âgées au sein des différentes structures du GHSR

L'une des missions de la filière de soins gériatriques définie dans la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002, est celle de la continuité des prises en charge sanitaires.

Comme indiqué ci-dessus, le GHSR dispose depuis 2009, répartie sur plusieurs de ses sites, d'une grande partie de la filière de soins gériatriques. Mais, actuellement, l'activité de médecine polyvalente est répartie sur 2 établissements satellites, l'hôpital de Saint-Joseph et l'hôpital de Saint-Louis. Ils sont distants respectivement de 20 et 15 km du site de Saint Pierre. Il n'existe donc pas à ce jour, d'activité de médecine polyvalente sur le site siège du GHSR où est localisée le SAU. Le problème c'est que l'absence de service de médecine à orientation gériatrique sur l'établissement siège peut entraîner des hospitalisations par défaut, dans des services de spécialité, peu formés à la culture gériatrique. Cette configuration éclatée n'est donc pas anodine. Pour exemple, le service de court séjour gériatrique, élément central dans la filière(CSG) est situé sur le site de Saint-Joseph à une vingtaine de kilomètres de l'établissement siège où se trouve le SAU. Or, ce tronçon de route est réputé pour être très souvent congestionné. Le temps pour aller de Saint-Pierre à Saint-Joseph peut être multiplié par 2 voire par 3 en cas de grosse affluence. Quand on sait que l'importance des délais dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, on comprend l'incidence d'une telle configuration. De plus, selon le chef de service des urgences, il n'est pas rare que des patients que l'on souhaite orienter vers le CSG, refuse de s'y rendre, car l'hospitalisation sur le site de Saint-Joseph les éloignerait trop de leurs domiciles, ce qui risquerait de provoquer pour eux, une situation d'isolement durant l'hospitalisation. Ce sentiment est renforcé par la représentation que certains usagers se font de la qualité des soins délivrée par les différentes structures. Certains usagers pensent en effet que l'on est mieux soigné à l'hôpital de Saint-Pierre, ce qui explique aussi leurs réticences à aller sur un autre site.

L'absence de SSR gériatrique sur le territoire Sud représente également une autre difficulté qu'il est actuellement difficile de contourner et qui impacte l'organisation de la sortie d'hospitalisation des patients âgés. Ainsi, pour certains patients les DMS dans les services de spécialité et de court séjour gériatrique explosent. Cette réalité est pourtant incompatible avec une gestion médicalisée des coûts et avec une démarche de prévention de l'aggravation de la dépendance du sujet âgé. Il existe bien une activité de SSR polyvalente délivrée par une clinique privée, la clinique de Saint Joseph, mais l'offre demeure toutefois très insuffisante au regard des besoins.

B. Améliorer l'articulation interne de l'accueil des personnes âgées

Une autre difficulté de la prise en charge de la population âgée aux urgences se situe, une fois l'admission prononcée, au niveau de l'orientation dans les services.

Outre les délais d'attente particulièrement longs aux urgences, on note souvent un engorgement de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cet engorgement

est dû aux difficultés que rencontre le SAU pour orienter les personnes âgées dans les différents services.

Le problème vient de l'absence de secteur aigüe pour la prise en charge de patients âgés polypathologiques sur le site de Saint-Pierre, et de la difficulté de les placer dans les services de spécialité.

Ainsi, il faudrait soit organiser le transfert vers les services de gériatrie extra muros, ce qui risque d'être mal toléré par le patient âgé, soit orienter celui-ci vers un lit disponible dans un service de spécialité. Mais dans ce cas de figure, la présence du sujet âgé est parfois mal vécue par les professionnels du fait de la présence de pathologies multiples et/ou de problèmes sociaux intriqués. Ainsi, la plupart des services de spécialités aurait des réticences à accepter une personne âgée de crainte qu'elle ne reste trop longtemps dans le service. In fine, les malades âgés sont très souvent hospitalisés aux lits-porte.

Le chef de service des Urgences relate que *«Il n'y a pas à Saint-Pierre, de service dédié à l'aigüe et au post aigüe pour les patients âgés polypathologiques. Or, on ne peut envoyer en périphérie des personnes âgées en phase aigüe. Ainsi, l'hospitalisation d'une personne âgée à l'UHCD, peut atteindre 10 jours, alors que cette unité est conçue pour des séjours de 24 h maximum. Or, certains actes comme les gestes de réanimation ne sont pas facturés. La prise en charge d'un alcoolique qui revient à 800 Euros, tombe à 28 Euros dans le cas d'une personne âgée. Il faudrait recentrer le service porte (UHCD) sur son activité (intoxication, ivresse aigüe etc.). Le paradoxe, c'est que pendant 10 jours, ce sont les urgentistes qui s'occupent des personnes âgées. Ce n'est pas à notre service de supporter seul, cette situation »*. Il convient toutefois de noter que la situation s'est un peu améliorée avec la mise en place de l'UMG ; Cette unité intervient chaque matin aux urgences pour orienter au mieux, les personnes âgées hospitalisées au service « porte ».

2-1-2. Valoriser le travail de certains acteurs

Deux écueils liés à l'image véhiculée par la gériatrie (A) et au sentiment de manque de reconnaissance ressenti par certains assistants sociaux doivent aussi être levés.

A. Une insuffisante intégration de la gériatrie dans l'organisation polaire

Le GHSR, a organisé son activité autour de 10 pôles cliniques et médicaux-techniques, et un pôle management commun aux 2 établissements du CHR de la Réunion. Sur ces 10 pôles, il n'y a aucun ancrage fort de la prise en charge gériatrique. Celle-ci se caractérise au sein de l'établissement en effet, par une intégration larvée au sein de divers pôles.

Ainsi, l'USLD est intégré au pôle des « *sciences neurologique et de la chirurgie faciale* ». D'autres services (CSG, UMG etc.) sont eux intégrés au pôle des « *médecines médicales* ». Concernant les EHPAD rattachés au GHSR, ils ne font simplement partie d'aucun pôle et ne bénéficient donc pas de cette dynamique d'efficience. Un autre dysfonctionnement observé est que l'UMG intervient quelque fois à l'extérieur de l'établissement à la demande de tiers, mais n'intervient pas au niveau des EHPAD, alors que cela avait été acté lors de la signature des conventions tripartites de 2^e génération.

La prise en charge psychiatrique des sujets âgés pose également problème, du fait de la non identification au sein du pôle de « *santé mentale* » d'une composante gériatrique. Ainsi, en EHPAD les patients gérontopsychiatriques ne bénéficient actuellement pas de consultations régulières permettant de prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. Ils sont pris en charge uniquement au moment des crises au sein des consultations médico-psychologiques de secteur (CMP).

Toutes ces difficultés relatives à la prise en charge des personnes âgées, pourraient trouver une explication dans la faible valorisation d'une discipline dont la reconnaissance a été tardive⁶¹, et qui souffre d'un manque de prestige aussi bien auprès des soignants que du corps médical. La gériatrie est de fait, souvent considérée comme le parent pauvre des disciplines médicales au sein de l'hôpital. Ce sentiment est d'ailleurs fortement perçu et partagé par certains gériatres du GHSR qui peinent parfois à asseoir leur légitimité auprès des autres confrères. Ainsi, après plus de 2 ans de fonctionnement, certains services sont encore réticents à faire appel à l'UMG, qui pourrait pourtant les aider à développer une approche gériatrique indispensable à la prise en charge du sujet âgé. « *Nous sommes parfois perçus comme des gestionnaires de la sortie d'hospitalisation, alors que nous pouvons apporter un avis gériatrique qui peut s'avérer déterminant pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées prises en charge*».

B. Un défaut d'intégration des travailleurs sociaux dans les services

La question de l'évaluation sociale qui conditionne la sortie d'hospitalisation et qui garantit la fluidité du parcours du sujet âgé hospitalisé se pose aussi avec une certaine acuité à l'hôpital. Sa résolution passe par une meilleure intégration des travailleurs sociaux hospitaliers au sein des équipes.

Il existe en effet des liens problématiques entre service social et services de soins. En pratique, au GHSR, l'évaluation sociale est faite à la demande du service et n'est pas systématique.

⁶¹ La gériatrie n'est devenue une spécialité médicale qu'en 2004

L'Assistant Social affecté à un service ne voit pas systématiquement tous les patients qui pourraient relever d'une évaluation sociale, d'autant que les assistants sociaux sont missionnés sur plusieurs services à la fois. L'évaluation sociale est donc faite à la demande du personnel soignant. Or, souvent cette demande intervient le jour même où la sortie du patient est programmée. Cela génère des tensions importantes et des incompréhensions quand les problématiques sociales freinent le projet de sortie. Ainsi, dans le service de neurologie, les plus de 65 ans représentent 63% des hospitalisés. Or, le volet social est insuffisamment pris en compte, le service social étant appelé à la dernière minute. Il convient de noter toutefois, que pour quelques rares services, les modalités de sortie sont différentes. Ainsi, à l'USLD, lors de l'admission, une consultation systématique avec les familles est organisée pour préparer le retour à domicile, les aides humaines et financières à mettre en œuvre et même l'aménagement du domicile avec l'ergothérapeute. Le sentiment d'une vision réductrice du travail social est malgré tout souvent ressenti par la grande majorité des assistants sociaux qui déplore que leur travail se réduise souvent à trouver des places pour libérer les lits et organiser les sorties d'hospitalisation.

La difficulté viendrait de l'absence de concordance entre le temps médical, qui est soumis à la logique de la T2A et le temps social qui prend en compte le temps de constitution des dossiers d'aides ou de demande de protection, celui-ci étant tributaire des administrations concernées. *« Il faut environ 2 mois pour mettre en place l'APA ou une mesure de protection pour un incapable majeur. Les choses sont encore plus compliquées aujourd'hui depuis que l'expertise n'est plus gratuite. Avec le nouveau texte sur les incapables majeurs, l'expertise coûte aujourd'hui entre 160 et 360 euros, et cela rallonge les délais de mise en œuvre de la protection ».*

L'absence de communication est également un point d'achoppement. Pour assurer la coordination des actions, la communication est en effet, primordiale. Or, certains assistants sociaux regrettent ne pas être invité aux staffs, alors que ce pourrait être un espace d'échanges, où les différentes problématiques pourraient être abordées.

Cependant, comme dans le cas de la gestion des sorties d'hospitalisation, de rares exceptions existent. Ainsi, au CSG, les assistantes sociales interviennent dès l'entrée du patient, participent régulièrement aux différents staffs, et ont des échanges importants avec l'équipe. On peut dire que d'une manière générale, il existe au sein du service social, un sentiment de manque de reconnaissance et de légitimité. La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance n'a pas arrangé les choses. Elle a en effet entraîné l'atomisation du service social dans les différents services de soins. Les assistantes sociales relèvent désormais du pôle où elles sont affectées, et sont placées directement sous l'autorité du chef de pôle et de son équipe. Cela aurait dû normalement favoriser la transversalité de la

prise en charge, mais sur le terrain, les professionnels ont le sentiment d'un affaiblissement de leur rôle propre. Cette atomisation du service social liée à l'organisation polaire révèle la profonde mutation qui s'est opérée dans un secteur d'activité qui participe en premier chef à l'efficience de l'établissement par sa capacité à organiser la sortie du patient âgé.

2-2. La coordination Gériatologique : des attentes, des freins, mais des solutions à mettre en œuvre...

Si la coordination doit conduire à une amélioration de la prise en charge pour l'ensemble des acteurs, plusieurs difficultés doivent être surmontées (2-2-1). Du point de vue du GHSR, les solutions à envisager doivent aussi bien concernées l'organisation interne que les relations qu'il convient de développer avec les autres partenaires (2-2-2).

2-2-1. Une démarche qui suscite des espoirs mais des obstacles restent à surmonter

L'enquête d'opportunité mise en œuvre dans le cadre de cette étude, met en évidence des attentes importantes en matière de coordination (A). Toutefois, la stratégie mise en œuvre par certains acteurs mériterait d'évoluer davantage vers une logique d'optimisation du parcours de soins des personnes âgées (B.) Les problématiques structurelles ne sont pas à négliger. Elles constituent un frein au développement d'une démarche de coordination sur le territoire (C).

A. Une enquête d'opportunité qui met en évidence des attentes fortes

A partir de l'envoi d'un questionnaire et de l'organisation d'une table ronde, il s'agissait de déterminer l'opportunité ou non de s'engager dans cette démarche en évaluant les différentes perceptions des acteurs, leur degré d'implication ainsi que leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge hospitalière.

Organismes	Personnes ressources	Tél Mail Adresse	Vos missions auprès des PA	Seriez-vous favorable à une démarche de coordination sur le territoire ? Y participeriez-vous ?	Quels sont vos partenaires actuels ? Quels types de partenariat Avez-vous mis en place ?	Quelle serait pour vous la plus value qu'apporterait une structure de coordination gériatologique sur le territoire ?	Etes-vous satisfait de la prise en charge hospitalière des personnes âgées ? Qu'est-ce qui doit changer ?

Fig.12 : Questionnaire ayant sous tendu l'enquête d'opportunité réalisée auprès d'une quarantaine d'acteurs du champ gériatologique

Le premier constat révélé par cette étude est que les acteurs se connaissent mal et ignorent l'étendue et la nature de l'offre de soins et de services existant sur le territoire, d'où une sous utilisation des possibilités offertes ! Il apparaît également que les acteurs rencontrent dans la plupart des cas, des difficultés dans l'exercice de leurs missions liées à un défaut de coordination, qu'il s'agisse des médecins et autres professionnels libéraux, des CCAS, des structures d'aval ou encore des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Concernant plus spécifiquement la prise en charge hospitalière, celle-ci est souvent pointée du doigt par de nombreux acteurs pour lesquels les attentes en direction du GHSR sont grandes, l'établissement représentant un maillon essentiel de la structuration de l'offre de soins. Ainsi, certains médecins libéraux questionnés mettent en avant les difficultés qu'ils rencontrent pour communiquer avec l'hôpital et seraient favorables à la mise en place d'outils permettant de faciliter la transmission des informations en temps réel entre l'hôpital et la ville.

Du côté des CCAS et du CIAS, un défaut d'articulation du secteur sanitaire d'avec le secteur social est constaté. La coordination, permettrait de mieux anticiper et organiser les sorties d'hospitalisation et favoriser le maintien à domicile. L'organisation d'actions de formations à partir des ressources hospitalières est également fortement souhaitée.

La clinique St Joseph qui développe une activité de soins de suite et de réadaptation, attend de la coordination pour sa part, une structuration du parcours de la personne âgée au travers de la filière de soins, afin d'éviter l'engorgement de ses services. Quant aux partenaires des structures d'hébergement privées, ils attendent une plus grande ouverture du GHSR sur le secteur médico-social et souhaitent une intégration de l'ensemble des EHPAD publics et privés dans la filière de soins gériatriques jugée trop centrée sur l'hôpital. L'objectif serait de pouvoir faire bénéficier à toutes les personnes âgées, quelque soit leur provenance, de l'ensemble des ressources disponibles de la filière. Ainsi, la coordination se traduirait par l'intégration dans la filière de soins gériatriques des partenaires de l'HAD, des EHPAD, du SSIAD, voire des professionnels de santé libéraux et notamment des médecins généralistes, acteurs incontournables de la continuité de la prise en charge.

B. Des pratiques actuelles qui ne débouchent pas totalement sur l'optimisation du parcours de soins des patients âgés

Toutefois, au moment où débute le projet d'engager une réflexion sur l'état de la coordination, certains acteurs collaborent déjà selon un mode informel et un certain nombre d'entre eux semblent s'en satisfaire. Ils ne voient pas forcément l'utilité d'aller plus loin.

Ainsi, des relations de travail existent entre certains gériatres du GHSR avec certains médecins des actions de santé du Conseil général chargés de l'évaluation gériatrique et de la mise en place et du suivi du plan d'aide et de soins.

Quelques rares médecins libéraux avec qui les gériatres de l'hôpital sont en relation ont eux aussi bien compris l'apport de la filière et adressent leurs patients directement au CSG. Cependant, la majorité des médecins généralistes, peu sensibilisés à la culture gériatrique, ne se sont pas encore inscrits dans une telle démarche.

On note également un certain scepticisme de certains médecins des actions de santé du Département quant à la nécessité de la démarche initiée. Cette réaction pourrait s'expliquer par la survenue de possibles enchevêtrements de compétences entre les équipes médico-sociales du Département et la future structure de coordination, si celle-ci venait à voir le jour.

De rares CCAS impliqués dans l'action gérontologique de leurs communes, et s'étant fortement positionnés sur ce secteur se sont montrés eux aussi réticents à envisager le développement d'une démarche de coordination gérontologique sur le territoire, au motif que ce qui se fait actuellement est suffisant. Or, il faut reconnaître que la portée de leurs actions est limitée car elles ne s'inscrivent pas dans une logique de territoire où les expériences s'enrichissent mutuellement, mais qu'elles restent cantonnées au territoire communal. Les enjeux de pouvoirs pourraient expliquer ces réticences.

La coopération informelle telle qu'elle existe actuellement représente un atout indéniable, propice au développement d'une coordination aboutie. Il n'en demeure pas moins que, plus que l'optimisation du parcours de soins de la personne âgée, ce sont les échanges et la facilitation du travail de quelques professionnels entre eux, qui sont favorisés. En effet, le parcours de soins peut se définir comme les différentes étapes que le patient va suivre dans le système de santé et qui seront déterminées par l'état de ses besoins et l'évolution de sa maladie. Inscrire l'optimisation du parcours de soins de la personne âgée comme axe majeur de l'action gérontologique territoriale permettrait d'améliorer la continuité des parcours, ainsi que la qualité de la prise en charge grâce notamment à la communication et au partage d'informations entre les acteurs.

Instauré par la loi du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie, le parcours de soins coordonné a pour objectif de rationaliser les interventions des professionnels de santé en plaçant le médecin traitant comme acteur pivot du dispositif de prise en charge et d'orientation du malade dans le système de santé. Or, si on se réfère aux taux élevés de passage aux urgences des patients âgés, on peut dire que la coordination informelle telle qu'elle est pratiquée ne permet pas encore au médecin généraliste de jouer ce rôle de filtre et d'orientation. Trop souvent, les patients sont adressés aux urgences, sans que le médecin traitant n'ait pu joindre l'hôpital.

Pour plusieurs médecins de ville, « *l'organisation hospitalière semble très hermétique, et il est très difficile d'entrer en contact avec les médecins hospitaliers* ». Ce que l'on constate c'est que souvent, ces deux catégories professionnelles travaillent en vase clos et s'ignorent. Du côté du GHSR, les griefs ne manquent pas non plus. Ainsi, on déplore que les patients soient souvent dirigés vers les urgences sans autres formalités. Parfois, ceux-ci arrivent sans qu'il n'y ait aucune information sur leurs antécédents cliniques, ce qui peut être à l'origine de perte de chances. Les hospitalisations à caractère social, (ex : besoin de répit chez l'aidant), où le patient est orienté soit par ses proches, soit par le médecin de ville, placent également l'établissement face à des choix qui peuvent s'avérer délétères pour l'usager. L'absence d'outils de communication entre le secteur hospitalier et les autres acteurs, ne permet donc pas la continuité de la prise en charge et témoigne que l'on est encore loin d'une ouverture de la ville sur l'hôpital et vice et versa. Il y a donc fort à faire pour enclencher un processus qui permettrait une collaboration effective et efficace entre les acteurs.

C. Des difficultés structurelles : un frein à la fluidité du parcours de soins

S'interroger sur l'opportunité de développer une démarche de coordination nécessite de se pencher également sur les insuffisances de l'offre de soins et de services. La grosse problématique de la continuité du parcours de soins des patients âgés sur le bassin de santé du GHSR, tient à la faiblesse du nombre de structures d'aval sur le territoire. Concernant l'hospitalisation à domicile, il existe à ce jour 2 structures de HAD, pour un total de 40 places pour les patients du territoire! Un chiffre dérisoire quant on sait l'importance des besoins. L'hospitalisation à domicile permet en effet la prise en charge sur leur lieu de vie de malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques. L'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation peut être ainsi raccourcie voire évitée.

Autre difficulté, l'absence de service de soins de suite et de réadaptation gériatrique sur le territoire constitue un frein important à la fluidité des parcours. La clinique St-Joseph dispose certes de 80 place de SSR polyvalents, mais la structure présente des DMS très élevées pouvant atteindre 6 mois voire plus pour certains patients dont le retour à domicile n'est pas possible. Concernant l'accueil temporaire ou de jour, ce type de prise en charge tarde à se développer sur le territoire. Actuellement une structure privée, la Fondation Père FAVRON propose 15 places d'accueil de jours, et se propose de compléter l'offre par 15 places supplémentaires en 2012. Le problème de rentabilité de ces structures serait à l'origine de la frilosité des acteurs pour s'engager à les créer. D'une manière générale, faute de place d'aval, on assiste à un engorgement des services

hospitaliers de spécialité, du court séjour gériatrique, et du SSR, ce qui n'est pas sans incidence sur la dépendance des patients âgés.

L'impulsion lancée par le GHSR pour développer une démarche de coordination sur le territoire a permis la mise en place six mois plus tard, d'une association chargée de porter une structure de coordination assurant à la fois les missions d'un réseau de santé gérontologique et d'un CLIC. Toutefois, compte tenu de la conjoncture économique, la garantie du succès de la démarche initiée n'est pas garantie.

En effet, même si le développement d'une coordination sur le territoire sud a été acté dans le dernier schéma gérontologique de la Réunion, force est de constater que le sort des 2 CLICS installés sur les 2 autres territoires de santé en 2006 et aujourd'hui menacé, faute d'un financement pérenne n'engage pas à la confiance. Ces 2 CLIC connaissent en effet, des difficultés de fonctionnement dues à un moratoire sur leur financement depuis 2 ans. Ainsi, la volonté des acteurs de terrain de créer une structure de coordination sur le territoire sud, pourrait se heurter à des difficultés de financement, même si à ce jour le Département semble voir d'un bon œil ce qui a commencé à émerger. Le GHSR se doit donc de trouver des solutions simples pour faire évoluer la prise en charge, selon le diagnostic qui a été réalisé ;

2-2-2 Des préconisations pour mieux coordonner la prise en charge

Dans l'attente de l'aboutissement du projet de coordination, le GHSR doit dès à présent procéder à des réajustements internes visant à optimiser la prise en charge des patients âgés au sein de la structure **(A)** et mettre en œuvre un certain nombre d'outils pour faciliter sa collaboration avec les partenaires extérieurs **(B)**.

A) Améliorer la coordination interne

La coordination interne passe par la réorganisation de l'offre de soins en direction des personnes âgées au sein des différents établissements composant le GHSR **(a)** et par une plus grande assise de la gériatrie auprès de l'ensemble des acteurs **(b)**

a) Restructurer l'offre de soins au sein de l'institution

Dans la prise en charge du sujet âgé, l'éclatement géographique du GHSR sur plusieurs sites pose un certain nombre de problèmes déjà évoqués. Aussi, pour améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles au sein de la filière de soins gériatriques, il conviendrait de réorganiser l'offre de soins au sein des différentes structures composant l'établissement.

Cela passe d'une part, par la création au niveau du SAU, d'une unité spécialisée d'hospitalisation de courte durée gériatrique permettant d'accueillir, les patients âgés poly pathologiques, qui ne présentent pas de problèmes médicaux aigus, mais pour lesquels le retour à domicile n'est pas possible dans l'immédiat.

L'hospitalisation dans cette unité spécifique, avec un personnel sensibilisé à la culture gériatrique, garantirait une prise en charge de meilleure qualité permettant d'éviter des hospitalisations par défaut ou des sorties d'hospitalisation trop précoces pouvant déboucher sur des ré-hospitalisations multiples et donc sur la fragilisation de la personne âgée dépendante.

Une réorganisation des services avec l'ouverture d'un service de gériatrie aigue à Saint-Pierre et le transfert des lits de médecine polyvalente de Saint-Louis sur le site de Saint-Pierre est également indispensable pour un fonctionnement cohérent de la filière gériatrique. Cette option fait actuellement partie du projet de restructuration de l'établissement, mais ne devrait intervenir que dans les dix prochaines années !

Les lits de médecine polyvalente libérés à Saint-Louis pourraient ainsi faire l'objet d'une demande de transformation en lits de SSR gériatriques, compte tenu de la faiblesse actuelle de cette offre sur le territoire. En outre, l'établissement pourrait également se positionner sur des activités d'HAD voire de SSIAD pour se garantir une certaine autonomie, ce qui lui permettrait de mieux gérer les sorties d'hospitalisation des personnes âgées.

En attendant, sur la base de la concertation, il conviendrait de trouver un consensus entre les chefs de pôle, sur le nombre de lits devant être réservés dans chaque pôle pour l'hospitalisation des personnes âgées ne pouvant pas être transférées sur les sites extérieurs.

Concernant la prise en charge des patients âgés aux urgences, pour limiter le temps d'attente trop long, il conviendrait d'améliorer la gestion des flux en mettant en place grâce à des tableaux de bord, des circuits différents qui prennent en compte l'âge des patients et leur état de santé. Il est en effet primordial de détecter dès leur arrivée et d'orienter rapidement les patients âgés fragiles pour éviter les complications.

b) Donner à la gériatrie ses lettres de noblesse et inscrire dans le projet d'établissement, la coordination gérontologique comme axe stratégique de développement

Dans un contexte de vieillissement de la population, il convient de donner à la gériatrie ses lettres de noblesse. Cela pourrait se concrétiser par la création d'un pôle gériatrie

dans lequel les EHPAD adossés à l'établissement seraient intégrés. Ce pôle regrouperait l'ensemble des services spécialisés dans la prise en charge du patient âgé.

Ceci permettrait d'asseoir la légitimité des professionnels concernés et d'avoir une meilleure lisibilité des actions entreprises et des moyens déployés pour améliorer la prise en charge dans ce secteur.

Dans la mesure où les personnes âgées représentent une part importante de la clientèle hospitalière, l'ensemble du personnel soignant et médical devrait être sensibilisé, si ce n'est formé à la prise en charge gériatrique.

Ces préconisations n'ont de sens que si l'établissement fait le choix de développer une véritable culture gériatrique au sein de l'institution en inscrivant cette option comme un des axes du plan de formation. En janvier 2012, le CHR de la Réunion, qui a signé en 2011 une convention de partenariat avec l'université, doit devenir le 32e CHU de France. Or, depuis plusieurs années, le Pr Bruno LESOURD, Pr de gériatrie et de nutrition au CHU de Clermont-Ferrand intervient régulièrement à la Réunion dans le cadre des journées gérontologiques organisées par le CCAS de Saint-Joseph. Un partenariat entre le CHU de la Réunion et celui de Clermont-Ferrand pourrait être développé, en vue de mettre en place des actions de formation en direction des professionnels notamment dans le cadre du développement professionnel continu (DPC)⁶².

Comme nous l'avons démontré, la coordination gérontologique représente pour le GHSR, un enjeu stratégique d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients âgés en perte d'autonomie et d'efficience. L'initiative prise par le GHSR pour développer la coordination gérontologique sur le territoire doit maintenant jouir d'une reconnaissance institutionnelle. Le processus de coordination mériterait d'être conforté, par un engagement fort de l'établissement, qui l'inscrirait comme objectif stratégique du projet d'établissement du GHSR sur la base d'une contractualisation négociée avec les autorités de tutelle, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette contractualisation devrait se faire sur la base d'une évaluation fine de la filière de soins gériatriques, qui permettrait de repérer les axes possibles d'amélioration, et les évolutions à envisager dans le cadre de la coordination.

B) Mettre en place des outils pour renforcer la coordination

Selon H. MINTZBERG, dans sa théorie des organisations, «*Toute activité humaine organisée doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division*

⁶² L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation médicale continue (FMC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le développement professionnel continu (DPC), applicable à toutes les professions de santé. Le DPC a été adopté en juillet 2009 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Emilie CHERUBIN- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2011

du travail entre les tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour l'accomplissement du travail ».

La prise en charge des personnes âgées, qui associe des acteurs multiples travaillant au service d'une même finalité, obéit à cette règle et nécessite le développement d'outils permettant la coordination des actions.

a) développer des outils de communication et de partage d'information

En interne, le fonctionnement optimum de la filière repose fondamentalement sur le partage de l'information entre les acteurs des différents services chargés de prendre en charge ce public fragile. Les insuffisances dans la prise en charge gériatrique peuvent en effet conduire à des dommages irréversibles pour le patient âgé. Ainsi, dans les services de spécialités la prise en charge des patients âgés n'est pas optimum, faute d'une culture gériatrique partagée. Il conviendrait d'une part d'affirmer le rôle de l'UMG, chargé de développer cette approche dans l'établissement, en sensibilisant l'ensemble des personnels aux problématiques de la personne âgée. Actuellement l'UMG intervient le matin du lundi au vendredi aux urgences, pour les patients couchés dans les lits de l'UHCD. Dans les services, elle intervient seulement à la demande, mais le constat que l'on peut faire aujourd'hui c'est que tous les services n'ont pas intégré les missions de l'UMG dans leur fonctionnement.

Selon un protocole défini et validé en CME, un système d'alerte, à destination de l'UMG, pourrait être mis en place au niveau des services, de manière à déclencher une évaluation globale standardisée (**EGS**)⁶³, chaque fois que cela s'avérerait nécessaire. Le dossier patient, dont la gestion est assurée dans l'établissement par le logiciel « crossway hôpital », pourrait être utilisé à cette fin. Des informations relatives à l'état de fragilité du patient âgé, pourraient y être consignées dès l'admission aux urgences, ce qui pourrait favoriser le déclenchement de l'alerte.

Concernant la coordination externe, la continuité du parcours de soins de la PA souffre d'une absence d'articulation entre les professionnels de ville et ceux de l'hôpital. Cela entraîne des dysfonctionnements qui créent des difficultés dans la prise en charge aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Pour faciliter cette articulation la solution pourrait consister à mettre en place un numéro unique en direction des médecins généralistes leur permettant de rentrer en contact rapidement avec les services de gériatrie. Les modalités de la mise en œuvre de ce service resteraient à définir.

D'autre part, le jour de la sortie d'hospitalisation de la personne âgée, les documents nécessaires à la continuité de la prise en charge devrait être remis de manière

63

systématique. En retour, l'hôpital devrait pouvoir être informé, par les professionnels assurant la prise en charge en ville, des données relatives à la situation sanitaire des patients âgés recourant à l'hôpital. Une analyse médico-économique des données relatives à la prise en charge des personnes âgées serait souhaitable pour évaluer l'impact des mesures mises en œuvre.

b) Anticiper l'évaluation sociale et renforcer les liens avec les acteurs du domicile

Actuellement, les partenaires externes et un nombre importants d'assistants sociaux hospitaliers se plaignent d'une insuffisante anticipation de l'évaluation sociale des personnes âgées hospitalisées. Ces évaluations tardives sont à l'origine de sorties d'hospitalisation insuffisamment préparées, à l'origine d'un taux de ré-hospitalisations particulièrement élevés chez les patients âgés. Il conviendrait de développer des liens avec les acteurs du maintien à domicile (médecins généralistes, HAD, SSIAD, SAD, aidants, associations) pour préparer le retour au domicile dans de bonnes conditions sanitaires, environnementales et sociales. La mise en place et l'utilisation d'outils dès l'admission à l'hôpital de la personne âgée, permettant d'appréhender le niveau de complexité de la personne et les aides à prévoir pour sa prise en charge sanitaire et sociale en dehors de l'hôpital mériteraient d'être développées. Le positionnement des travailleurs sociaux doit être aussi réévalué au sein des différents services. Là aussi, un système d'alerte doit être envisagé pour permettre une évaluation sociale lorsque cela est nécessaire, dès l'admission dans le service du patient.

En outre, la transition entre soins hospitaliers et soins à domicile pourraient être rendue possible grâce à un renforcement de l'unité mobile de gériatrie par **la mise en place en son sein, d'une équipe spécifiquement dédiée au retour à domicile qui travaillerait en lien avec les acteurs du domicile** (SSIAD, HAD, médecins traitants, aidants familiaux, services d'aides à domicile, CCAS). Le retour sur investissement pourrait là aussi être évalué. Actuellement, les moyens humains de l'équipe mobile ne lui permettent pas de réaliser cette mission. Depuis son installation, l'activité de l'UMG s'est décuplée, sans que ses effectifs aient été revus. Le renforcement de l'UMG pourrait aussi lui permettre d'étendre son activité aux EHPAD publics et privés du territoire, voire intervenir en extra hospitalier à la demande des autres partenaires de la filière.

Enfin, dans le cadre de la coordination des acteurs, l'expansion des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), et de la e-santé : (domotique, téléassistance, télémédecine etc.) ouvre des perspectives intéressantes en termes de services pour le maintien à domicile et le partage d'informations. Une voie

d'avenir dans laquelle l'hôpital devra impérativement s'inscrire, pour lui permettre de parvenir à une organisation la plus efficiente possible.

C) Innover en s'inspirant des expériences réalisées ailleurs

Au CHU de Limoges, une forme de parcours de soins innovant a été réalisée, au travers de la création d'une unité de recours et de soins gériatriques. (URSG) Dans cette région, l'insuffisance du personnel paramédical 24H/24 en EHPAD, rend difficile dans les situations d'urgence, la prise en charge des pathologies aiguës déjà diagnostiquées tels le déséquilibre d'un diabète insulino-dépendant, voire les troubles du comportement.

Fort de ce constat, l'URSG a été créée dans l'optique de privilégier les relations entre l'hôpital et les EHPAD et de jeter un pont entre ces 2 secteurs qui s'ignorent d'habitude. L'objectif visé est d'éviter les ruptures dans la prise en charge si préjudiciable en termes de perte d'autonomie pour le résident âgé. Il s'agit d'une unité de 15 lits dotée d'une équipe pluridisciplinaire disposant d'une expertise gériatrique qui assurent la continuité des soins médicaux et infirmiers avec une surveillance paramédicale continue. Le médecin traitant ou le médecin coordonnateur contacte le médecin de l'unité. Une fiche de continuité du projet de vie individualisé du résident est établie de manière à assurer la continuité du projet de vie du résident d'EHPAD. L'admission se fait directement dans l'unité de soins et de recours gériatriques après que l'EHPAD se soit engagé à reprendre son résident dans un délai de 10 jours. Ainsi, sur la base d'expériences réalisées dans d'autres établissements, une réflexion pourrait être menée, pour déterminer le moyen de mieux intégrer les EHPAD ou tout autre acteur, dans la filière de soins gériatriques. Une des pistes d'amélioration consiste en effet à s'enrichir de l'expérience des autres en tenant compte de la réalité du terrain.

Conclusion

Comme l'ensemble des autres pays de l'OCDE, la France est confronté au phénomène du vieillissement de sa population. La prise en charge du sujet âgé représente l'un des défis majeurs du XXIème siècle auxquelles sont confrontées nos sociétés contemporaines. En France, pour faire face aux nombreux enjeux attachés à cette problématique, les pouvoirs publics ont répondu au fil des ans, au coup par coup, selon l'émergence des besoins. Mais, cela a conduit à la mise en place d'un système aujourd'hui très stratifié et cloisonné qui répond mal à la nécessité d'une prise en charge globale du sujet âgé.

L'un des axes majeurs de la prise en charge des personnes âgées retenu par les autorités sanitaires est de favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible. A cette fin, de nombreux dispositifs ont été mis en place et le champ gérontologique composé de multiples acteurs s'est organisé, de manière un peu anarchique, autour de ce principe. Toutefois, la lourdeur du système est tellement contre productive que depuis bientôt cinquante ans, la coordination est sans cesse mise en avant dans la recherche d'une plus grande cohérence du système. Beaucoup voit en elle, le remède aux dysfonctionnements générés par le système lui-même.

Parmi les nombreux acteurs intervenant dans le champ de la gérontologie, l'hôpital se caractérise par sa position dominante dans le système. Il y joue un rôle essentiel, car il se trouve au carrefour des prises en charges, dans la mesure où il intervient quand l'équilibre fonctionnel et /ou vital des patients âgés est menacé. Cependant, il est notoire que l'hôpital souffre d'hospitalocentrisme et qu'il a du mal à s'ouvrir sur l'extérieur.

De nos jours, le contexte d'une démographie vieillissante, contraint le secteur sanitaire à une remise en cause. En effet, la prise en charge du patient âgé place l'hôpital dans une situation de dilemme. Il s'agit de sortir d'une vision exclusivement centrée sur le soin pour se tourner vers une vision plus large qui prenne en compte l'ensemble de la personne et de ses besoins. Pour y parvenir l'hôpital doit d'une part revisiter son organisation interne. Il doit aussi s'inscrire encore davantage dans une recherche de collaboration, avec les autres acteurs. L'enjeu est de taille puisque le secteur sanitaire va devoir surmonter deux obstacles importants dans les décennies à venir : la mutation progressive de la nature des besoins de sa clientèle, liée à son vieillissement, et d'autre part la crise de l'offre de soins. La coordination gérontologique représente donc pour l'hôpital une opportunité de s'adapter aux évolutions à venir. Elle implique d'une part que l'hôpital entre dans une logique de décloisonnement interne.

Cette indispensable collaboration et cette nécessaire complémentarité des acteurs hospitaliers entre eux, ne remet pas en cause l'hyperspécialisation des soins. Elle doit toutefois devenir le soubassement d'une nouvelle manière de concevoir la prise en charge. Il est important que chaque aspect de celle-ci, qu'elle soit sanitaire ou sociale, soit abordé avec le même intérêt, reconnu nécessaire et respecté par tous.

Puisque la mission première de l'hôpital est de soigner, l'hôpital se doit aussi de travailler en lien étroit avec ceux qui offre des prestations complémentaires aux soins.

La coordination donne donc à l'hôpital l'occasion de repenser sa mission, et de la voir, non pas comme une entité isolée, mais comme étant un élément d'un tout, interconnecté aux autres éléments de l'ensemble, utile à un moment donné, mais devant passer le relai quand cela s'avère nécessaire. D'ailleurs, le développement des alternatives à l'hospitalisation pourrait progressivement modifier le paysage de l'offre de soins. Ainsi, au delà de la prise en charge de la personne âgée, c'est celle de tout patient quelque soit son âge qui doit être impactée par ces nouvelles logiques de travail.

Ce travail sur la démarche de coordination, abordée sous l'angle de l'hôpital m'a amenée à mieux prendre conscience de la richesse du métier de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette vision globale, que les ARS sont appelées à faire valoir, est de fait une dimension de ce métier. Le fait d'avoir travaillé avec des acteurs issus d'horizons divers, de culture professionnelles distinctes fonctionnant selon des logiques différentes, mais tous animés de la même volonté de servir les intérêts de la personne âgée, m'a permis de comprendre, que c'est ensemble que l'on pourra avancer dans le bon sens. La personne âgée a quelque chose à nous réapprendre, c'est que l'être humain est un tout, et non pas un ensemble d'organes placés simplement les uns à côté des autres. Pour autant, le simple fait de dire qu'il faille coordonner l'action des acteurs ne signifie pas que c'est chose aisée. La complexité vient du fait que les intérêts des uns peuvent s'opposer à ceux des autres. Or, la coordination suppose de parler un même langage, d'être dans une même tonalité. Elle nécessite que l'objet vers lequel on tend soit placé au-dessus des intérêts particuliers.

Les maisons pour l'intégration pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), dont le déploiement s'est effectué cette année dans toute la France après une phase d'expérimentation de 2 ans, sont sans doute un petit pas de plus dans le sens d'une gestion du système de santé centrée sur l'utilisateur. Leurs mises en place doit aboutir normalement à une intégration des tous les services.

Toutefois, même si le succès n'est pas totalement garanti et risque d'être mitigé, ce qui compte, c'est que peu à peu les mentalités et les manières de voir évoluent, pour une meilleure prise en charge des missions dévolues à chacun.

A la Réunion, où a été menée cette étude, un appel à projet a été lancé en mars dernier et le projet retenu propose une MAIA régionale couvrant les 3 territoires de santé de l'île. L'autre particularité est que cette MAIA va s'adresser à l'ensemble des personnes âgées dépendantes et non pas aux seuls malades Alzheimer. Le projet de coordination impulsé par le GHSR bien avant le lancement de cet appel à projet, prend alors tout son sens. Car compte tenu de la faiblesse des moyens humains prévus dans le cahier des charges de la MAIA (un pilote et 2 gestionnaires de cas), il sera indispensable que sur chacun des 3 territoires de l'île, la coordination soit organisée et effective. La MAIA, qui ne vise pas d'après le cahier des charges à faire table rase de l'existant, pourrait s'appuyer sur ces 3 entités pour coordonner l'offre de soins et de service en direction des personnes âgées sur l'ensemble du Département. De la Réunion.

Bibliographie

Ouvrages

De Haro A., *CLIC et réseaux gérontologiques*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2007, 90 pages.

Schweyer F.-X., Levasseur G., Pawlikowska T., *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*, 2ème édition, Paris, ENSP, 2004, 111 pages.

Amyot J.-J., *Développer la coordination gérontologique. Stratégies, dispositifs et pratiques*, Paris, Dunod, 2006, 282 pages.

Amyot J.-J., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris, Dunod, 2007, 1456 pages.

Veysset-Puijalon B., Bouquet B., *La coordination gérontologique : demande d'hier, enjeu pour demain*, Fondation de France, Dijon, 1992, 163 pages.

Articles

Dupont O., « Les "MAIA" : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires », *Gérontologie et société*, n°132, mars 2010, page 129.

Le Sommer-Père M., « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société* n°100, 2002/1, pages 49-63.

Leroux P., Dufourg D., « Création d'un réseau gérontologique. Joies et difficultés d'une aventure », *Gérontologie et société* n°100, 2002/1, pages 111-122

Amyot J.-J., « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers » *Vie sociale*, n°1, mars 2010, page 25.

Schweyer F.-X., « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11, 2005.

Argus D., « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France » *Gérontologie et société*, n°132, 2010, pages 103-110.

Blanchard N., « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ? » Inserm Montpellier, *Retraite et société*, n°43, 2004, pages 166-186.

Colvez A., Gay M., Blanchard N., Fages D. « La coordination gérontologique pour qui, pourquoi, comment ? », Fondation nationale de gérontologie, *Gérontologie et société* n°100, 2002, pages 25-34.

Mauriat C., « Impact des stratégies des acteurs professionnels sur la construction d'un réseau de santé. Cas d'un réseau gérontologique parisien », *Gérontologie et société*, n°124, 2008, pages 165-182.

Trouvé H., Couturier Y., Saint-Jean O., Somme D., « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? », *Géographie, Economie, Société*, n°12, 2010, pages 31-52.

Etudes-Dossiers-plans

CNSA, *Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits MAIA*, 2011, 26 pages.

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, *Plan Solidarité - Grand âge*, 2006.

De Stampa M., Vedel I., *Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile*, Evaluation du modèle d'intégration COPA, Appel d'offre HAS, CNSA, juin 2010, 93 pages.

DRESS, *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*, Dossiers solidarité et santé, n°1, janvier-mars 2003, 106 pages.

Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Etude du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour la Fondation Paul Bennetot, février 2011, 241 pages.

DREES, « Les bénéficiaires de l'Aide Sociale départementale en 2009 », *Etudes et Résultats publiés en 2010, Ministère de Travail, de l'Emploi et de la Santé, Octobre 2010.*

HCAAM : « *Vieillesse, longévité et assurance maladie : Constats et orientations* », Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avril 2010.

Rapports

Haut comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit « Rapport Laroque », 1962

Bur Y., *Conclusion des travaux de la mission sur l'ARS*, Rapport d'information n°697, Assemblée Nationale, février 2008, 168 pages.

Thierry M., Palach J.-M., *Une société pour tous les âges*, Rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 80 pages.

HAS, Rapport d'évaluation : « *le recours à l'hôpital en Europe* », mars 2009

IGAS, Rapport de synthèse : « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », mai 2011

HCAAM, Rapport du 23 juin 2011, « *Assurance Maladie et perte d'autonomie* », Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées,

Mémoires – Thèses

Marx.s- « *la coordination gérontologique : acteurs et enjeux, l'exemple de la Bourgogne* » Mémoire ENSP inspecteur de l'action sanitaire et sociale, février 2001

Gallet.B- « *Le développement d'un réseau gérontologique autour de l'hôpital local de Belleville* » Mémoire Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, ENSP 2003

Santonja-Fabre M.L- « *Un regard sur la coordination gérontologique, l'expérience de l'hôpital de Pont Saint-Esprit* », Mémoire Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, ENSP 2008

Salma Chabid . J- « *modélisation et analyse de l'organisation et du fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile* », Thèse de doctorat de l'école des Arts et Manufactures, spécialité génie industriel, janvier 2008

Textes officiels

- Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

- Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales
- Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
- Loi n°2009- 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
- Circulaire DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques
- Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM/2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
- Circulaire interministérielle du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure n° 4 du plan Alzheimer : déploiement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA)

Sites Internet

- Site CNSA : www.cnsa.fr
- Site CLIC info : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>
- Site ORS Réunion : <http://www.ors-reunion.org/-Etudes>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : La prise en charge des personnes âgées à la Réunion en quelques chiffres

ANNEXE 2 : Forces et faiblesses de l'organisation en direction des personnes âgées à la Réunion

ANNEXE 3 : Densité des médecins libéraux par commune à la Réunion pour 100 000 habitants au 01/01/2007

ANNEXE 4 : Densité des infirmiers libéraux par commune pour 100 000 habitants à la Réunion au 01/01/2007

ANNEXE1 : La prise en charge des personnes âgées à la Réunion en quelques chiffres

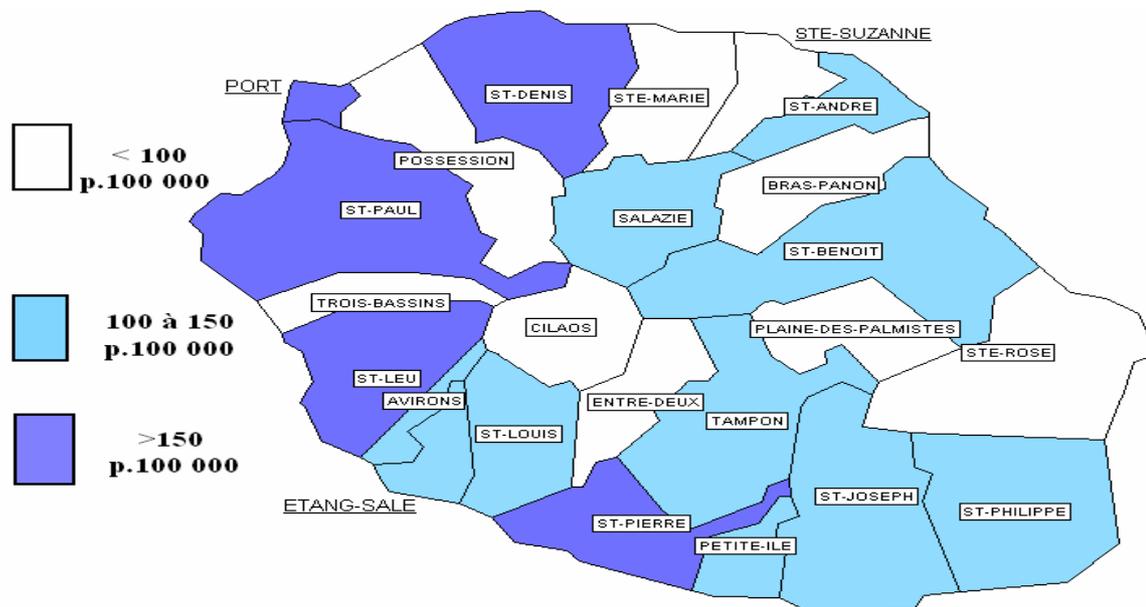
DONNEES	CHIFFRES	OBSERVATIONS
Superficie	2500 Km2	
Recensement de la population au 1 ^{er} janvier 2010	825 000 habitants	Moyenne d'âge : 32 ans La Réunion demeure la plus jeune région de France avec la Guyane et Mayotte
Population de 75 ans et plus	Les plus de 75 ans représentent 2,8 % des habitants de la Réunion contre 7,7 % en métropole	Les seniors devraient représenter 20% de la population réunionnaise en 2040 avec 219 000 personnes
*Centres hospitaliers *Centre hospitalier spécialisé *SSR gériatrique	4 1 absence	4 UMG (unités mobiles de gériatrie) 4 CSG (court séjour gériatrique) Gros problème pour la prise en charge en aval de l'hospitalisation des PA
Hôpital local	Absence	Il n'existe aucun hôpital local dans l'île
Médecins généralistes libéraux	106 pour 100 000 habitants contre 115 en métropole	Densité médicale légèrement inférieure à la métropole
CCAS	Chaque commune a mis en place un service en direction des aînés en sus de l'initiative privée	Portage de repas, services d'aide à la personne,
HAD SSIAD	ADSR / ARAR 2	2 Organismes pour toute l'île
EHPAD	17	Les structures d'hébergement collectif pour personnes âgées sont peu nombreuses à La Réunion : elles offrent 47 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, contre 127 en métropole
USLD	2	EHPAD +USLD : 1150 places au total
Familles d'accueil	En 2010 on compte 454 familles d'accueil pour 793 places dont 758 places en permanent et 35 places en temporaire	Concernant l'accueil familial, la répartition est inégale dans le département, le nombre de familles d'accueil étant nettement plus important dans le sud

ANNEXE 2 : Forces et faiblesses de l'organisation actuelle en direction des PA

FORCES	FAIBLESSES
Hébergement permanent	
19 établissements EHPAD et USLD (1150 places)	Insuffisant+++ : 47 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, contre 127 en métropole
Hébergement temporaire – accueil de jour	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La maison d'accueil de jour pour personnes âgées dépendantes de la Croix Rouge à Saint-Denis ➤ L'accueil de jour Alzheimer de la fondation Père Favron à Bois d'Olive ➤ 35 places d'accueil temporaire en famille d'accueil ➤ UCC au TAMPON pour la stabilisation des patients ➤ projet PASA EHPAD Saint-Joseph ➤ Projet UHR à l'USLD du Tampon 	<p>Développement insuffisant des offres alternatives :</p> <p>Le développement de la formule d'accueil temporaire en établissement préconisé pour le repos des aidants pose notamment problème (rentabilité....)</p>
Coordination gérontologique et lieux d'information	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ le centre local d'aide aux personnes âgées à domicile (CLAP du CCAS de St-Pierre ➤ L'unité de coordination des aides à domicile à St-Joseph ➤ 1 CLIC de niveau 1 dans l'Ouest ➤ 1Clic de niveau 1 à St-Denis ➤ Association ORIAPA ➤ Les CCAS, ➤ Les services des actions de santé du Conseil général, ➤ Le département de l'action sociale de la Caisse générale de Sécurité sociale ➤ Réseau gérontologique informel dans le Sud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Certaines difficultés de fonctionnement des CLIC de l'Ouest et du Nord ➤ Dans le Sud, existence d'un réseau mais informel, qui ne couvre pas toutes les communes du Sud. Peu de lisibilité pour l'utilisateur et ses aidants. L'alourdissement du fardeau des aidants qui peinent à trouver le bon interlocuteur et la bonne réponse à leurs besoins. ➤ Problèmes de cloisonnement ville/ l'hôpital au détriment de la prise en charge du patient âgé (perte de chances fonctionnelles voire vitales) ➤ Problèmes de communication et de cloisonnement sanitaire/social/médico-social <p style="text-align: center;"></p> <p>*Nécessité d'articulation, de coordination et d'intégration des soins et services en direction des sujets âgés</p>
Consultations mémoire	
<p>3 Consultations mémoire_ont été labélisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ consultation mémoire du service de neurologie du CH Félix Guyon à Saint-Denis ➤ consultation mémoire du Centre médico-psychothérapeutique pour adultes de Saint-Benoît ; ➤ consultation mémoire du service de neurologie du GHSR de St-Pierre <p>D'autres équipes pratiquent des évaluations cognitives, notamment un cabinet de neurologues libéraux à Saint-Pierre, et les gériatres institutionnels. (Bilans mémoire, ateliers de stimulation...),</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ la Réunion, Il y a peu de lieux spécifiquement consacrés au diagnostic de la maladie d'Alzheimer ➤ Il n'existe pas à la Réunion de Centre mémoire de ressources et de recherche. <p>Normalement implanté au sein d'un centre hospitalo-universitaire, ce centre a un rôle de recours pour les diagnostics complexes et développent une activité de recherche clinique et de formation.</p>
L'aide en direction des aidants	
<p>3 organismes proposent une aide aux aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Association Réunion Alzheimer (Saint-Denis) ➤ Croix-Rouge : formation des professionnels d'aide à domicile. ➤ Centre médico-psychothérapeutique adultes de Saint-Benoît 	<p>Une aide à la hauteur du fardeau des aidants est indispensable</p>

ANNEXE 3 :

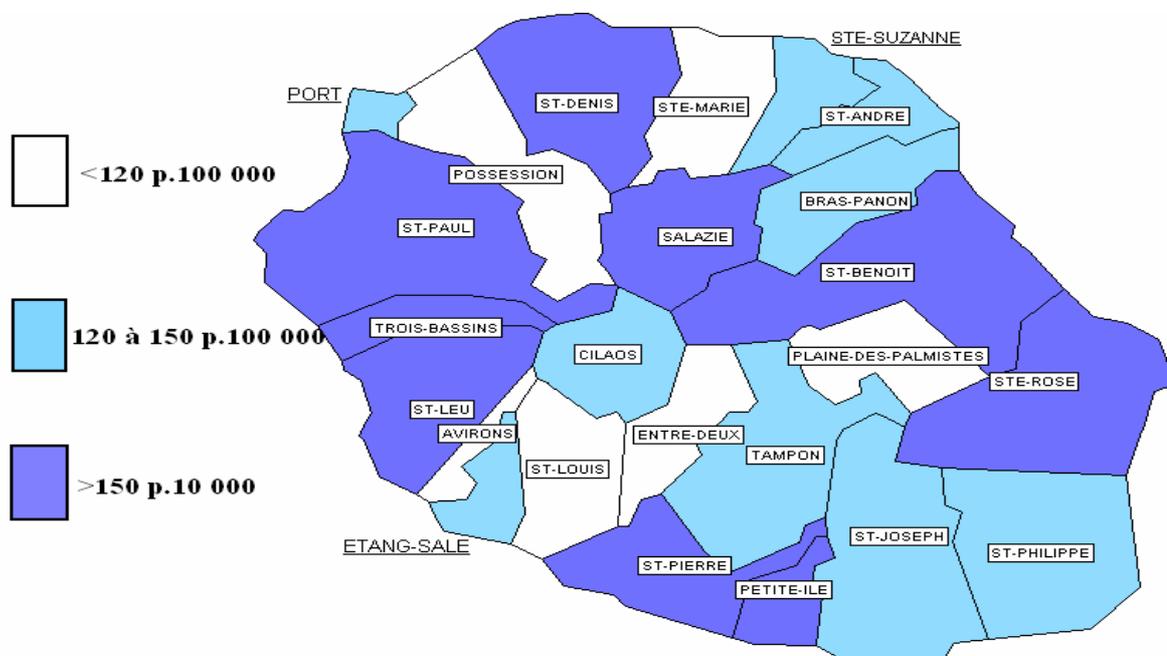
Densité des médecins libéraux par commune à la Réunion pour 100 000 habitants au 01/01/2007 :



En 2008, la Réunion compte 1 028 médecins généralistes (dont 755, soit 73% de libéraux). Soit 106 pour 100 000 habitants contre 115 en métropole. La densité des médecins libéraux sur l'île est beaucoup plus importante dans la région Ouest, les médecins délaissant les petites communes de l'Est et des Hauts.

ANNEXE 4 :

Densité des infirmiers libéraux par commune pour 100 000 habitants à la Réunion au 01/01/2007



La densité d'infirmiers libéraux est respectivement de 149 pour 100 000 habitants contre 107 pour 100 000 en France métropolitaine. Cependant, on observe des disparités selon les communes.

CHERUBIN	Emilie	Décembre 2011
Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux		
Impulser une démarche de coordination : une opportunité pour l'hôpital d'optimiser la prise en charge des patients âgés. L'exemple du GHSR		
<p>Résumé :</p> <p>L'inscription d'un établissement de santé dans une démarche de coordination gériatrique couvre de multiples enjeux, notamment celui pour l'hôpital de pouvoir s'adapter aux nouveaux déterminants démographiques. Le vieillissement de la population va en effet, bouleverser profondément les pratiques, le patient âgé relevant d'une prise en charge spécifique et complexe qu'il convient d'envisager dans sa globalité.</p> <p>Conscient de ces enjeux, le Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR-CHR), a été l'instigateur d'une démarche de coordination gériatrique sur le territoire sud de l'île de la Réunion. Cette initiative a été l'occasion de revisiter les organisations pour repérer les axes d'améliorations possibles permettant de structurer la filière de soins gériatriques. D'autre part, cette démarche a permis de poser les difficultés d'articulation avec les autres partenaires de la ville qui impactent la fluidité du parcours de soins de la personne âgée en perte d'autonomie. Au-delà de ces aspects cruciaux, la coordination gériatrique pourrait aussi être, une opportunité pour l'hôpital, d'inscrire davantage l'ensemble de ses missions dans une dynamique de santé globale.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Coordination gériatrique, vieillissement de la population, dépendance, filière de soins gériatriques, articulation, décloisonnement, fragmentation, transversalité, intégration, hôpital, qualité, efficience, prise en charge médico-psycho-sociale, santé globale.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		