



**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT
SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**QUELLE PLACE POUR L'ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL
DANS LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES ?**

L'INCIDENCE DES GROUPEMENTS DE COOPERATION
SUR LE TERRITOIRE DE L'AUXERROIS ET DE LA PUISAYE

Joëlle MARMOUSET

Remerciements

Qu'il me soit permis de remercier ici

Michel Ducroux, pour la transmission de sa riche expérience

Adeline Forey Escrihuela pour son soutien et ses précieux conseils

Les membres de l'équipe administrative et de l'équipe d'encadrement de la MDRY pour leur disponibilité et leur gentillesse

Les directeurs des EHPAD de l'Auxerrois et de la Puisaye pour leur accueil chaleureux et attentionné

Les directeurs et personnels des CH de l'Yonne pour leur expertise avisée

Les personnes qui ont prêté leur concours bienveillant à ma démarche d'entretiens, et plus particulièrement le Dr Duros et le Dr Gaudry, gériatres, ainsi que les membres du CODERPA

Sylvie Philippon et Christian Roger, qui ont su me faire partager leur passion pour le métier de directeur d'EHPAD

Sommaire

Introduction	1
1 La filière de soins gériatrique et les enjeux de la coopération sur le territoire sud Yonne et haut Nivernais	7
1.1 Perspectives démographiques, la réponse du secteur gériatrique	7
1.1.1 L'état de la situation actuelle.....	7
1.1.2 Prévisions pour les prochaines décennies.....	9
1.1.3 Impact du vieillissement sur le fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	12
1.2 Un cadre législatif pour la filière de soins et les groupements de coopération ..	15
1.2.1 Des Plans de santé publique en préalable	15
1.2.2 Cadrage juridique de la filière de soins gériatriques	18
1.2.3 Les bases juridiques et techniques des groupements de coopération	20
2 Analyse des failles et des atouts sur l'Auxerrois et la Puisaye	24
2.1 Ecueils de réalisation d'une filière aujourd'hui	24
2.1.1 Isolement des établissements	24
2.1.2 Les freins culturels	26
2.1.3 Un défaut de moyens, un manque de pilotage	28
2.2 Atouts des liens formalisés et des outils émergents	31
2.2.1 Une filière de soins gériatriques dans le projet médical de territoire	31
2.2.2 Les fonctions mutualisées au sein du GCSMS de l'Auxerrois et de la Puisaye.....	34
2.2.3 Autres formes de collaboration	37
2.2.4 Les outils émergents	38
3 Préconisations vers la constitution d'une filière de soins gériatriques	42
3.1 La mutualisation des moyens, un axe fort des groupements de coopération	42
3.1.1 Une évolution incontournable, une dynamique bien engagée	42
3.1.2 Le rôle du directeur d'EHPAD dans le décroisement des secteurs	45
3.1.3 L'activité hospitalière hors les murs	47
3.1.4 Entre bonnes résolutions et réalisation	50
3.2 Renforcer la culture gériatrique, une mission du directeur d'EHPAD	51
3.2.1 L'utilisateur acteur, le rôle des familles.....	51
3.2.2 Information ciblée, formation, communication.....	54

3.2.3	Le partage de compétences	55
3.2.4	Connaissance et enrichissement des acteurs	56
	Conclusion.....	59
	Bibliographie	61
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CODERPA	COmité DEpartemental des Retraités et des Personnes Agées
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSG	Court Séjour Gériatrique
DHOS/DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DT ARS	Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HAD	Hospitalisation A Domicile
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDPA	Maison Départementale Pour l'Autonomie
MDRY	Maison Départementale de Retraite de l'Yonne
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement de perte d'autonomie
PRS	Programme Régional de Santé
SAU	Service d'Accueil d'Urgence
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Service de Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue durée

« Mon dieu ! Que la vieillesse est donc un meuble inconfortable ! »

COLETTE

(Saint-Sauveur-en-Puisaye, 1873 – Paris, 1954)

Introduction

Vieillir, malgré les déficiences liées aux maladies et le besoin fréquent de recourir à autrui pour maintenir son autonomie, c'est encore et toujours prendre part à la vie sociale et se projeter pleinement comme individu jusqu'au terme de la vie. Cela suppose de pouvoir bénéficier de services, qu'ils soient sociaux, médicaux ou palliatifs, ainsi que du soutien de proches, parents ou voisins, qui assurent un rôle de solidarité et de vigilance. Et ce quelle que soit dans la population la proportion des personnes auxquelles doivent répondre ces services. Si la part des personnes âgées de plus de 75 ans est restée inférieure à 20% de la population durant le vingtième siècle¹, la réponse sociale et sanitaire aux besoins des générations âgées sera un défi inédit pour la société occidentale des premières décennies du XXIème siècle, et plus particulièrement en France. En effet, dès 2020, la proportion des français âgés de plus de 75 ans va connaître une forte progression et devrait atteindre un point culminant à l'horizon 2040. Si le problème de la dépendance touche statistiquement peu d'individus (actuellement 7% des personnes de plus de 60 ans sont considérées comme dépendants, soit un peu plus d'un million de personnes), l'augmentation de la population âgée laisse présager une augmentation proportionnelle des personnes dépendantes. Car même si l'amélioration des comportements des personnes de plus de 60 ans à ce jour en matière de prévention et d'éducation à la santé induit des incertitudes quant à la prévalence de la dépendance dans les années à venir², les maladies neuro-dégénératives liées au vieillissement et en particulier les démences de type Alzheimer ou apparentées montrent une courbe ascendante régulière. D'autre part, le système de soins aura certainement à faire face à une compression de morbidité, les situations de dépendance intervenant plus tard en âge, mais de façon plus brutale et concentrée sur les dernières années ou les derniers mois de vie. Aussi le système hospitalier français doit-il anticiper l'impact de ce vieillissement de la population sur l'offre de soins actuelle. Le secteur médico-social, qui comprend les structures d'hébergement complet, ainsi que les alternatives permettant un maintien total ou partiel de la personne à son domicile, va connaître également une activité croissante dans les trente prochaines années.

En France, la nécessité d'une communication opérationnelle entre les différents acteurs qui interviennent dans le parcours de soins d'une personne âgée se heurte trop souvent

¹ Source INSEE (2010), *Population par groupes d'âges*, www.insee.fr

² ROSSO-DEBORD V. (2010), *Rapport d'information en conclusion de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Paris, Assemblée Nationale

encore au manque de liaisons, de coordination et de transmission d'informations sur l'historique et les orientations de ce parcours en fonction de l'évolution des besoins en soins de la personne. L'organisation de la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques est mentionnée sous forme de filière de soins gériatrique dans la totalité des rapports, des études et des plans de santé publique ayant trait à la réponse sanitaire et sociale au vieillissement. C'est désormais ce mode opératoire qui est reconnu au niveau national comme le moyen d'articuler la réponse médicale la plus efficace pour la personne âgée avec une pertinence économique rigoureuse, la prise en compte des contraintes sociales et le relai médico-social.

Orientée dans la formation de directrice par une attention portée de longue date au vieillissement physiologique et pathologique à travers l'exercice de la profession d'infirmière, j'ai choisi d'étudier la problématique de la filière de soins gériatrique, sous l'angle de la coopération au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social. Ces deux dimensions, l'exercice d'une mission médico-sociale sous la forme de groupement de coopération et le fonctionnement en filière entre les différents services autour d'un même groupe de pathologies, ont été mises en œuvre au sein de la Maison Départementale de Retraite de l'Yonne (MDRY) lors du stage de professionnalisation que j'ai effectué de novembre 2009 à juin 2010. C'est un établissement médico-social de grande taille situé à la périphérie de la ville d'Auxerre, préfecture du département de l'Yonne. Elle offre, outre un Foyer pour Adultes Handicapés de 110 lits, une capacité de 410 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de 6 places d'hébergement temporaire et de 15 places d'accueil de jour, répartis dans cinq résidences situées sur un site unique de neuf hectares. Deux de ces résidences accueillent une population spécifique : le Carré Pâtissier permet, depuis septembre 2009, d'accompagner dans un bâtiment sécurisé soixante résidents atteints de pathologies démentielles de type Alzheimer ou apparentées, et la résidence Lilas-Amandiers offre une solution d'accompagnement à quarante personnes handicapées vieillissantes. Le reste de la population gérontologique est hébergée, d'une part dans une résidence de quatre-vingts lits, le Panier Vert, pour des personnes présentant une dépendance légère ou moyenne, et d'autre part pour des patients souffrant de poly pathologies fortement invalidantes dans un bâtiment de deux cent quarante lits : la résidence de Champlys. Seul EHPAD de cette taille dans la région Bourgogne, la MDRY n'en cultive pas moins des liens solides avec les EHPAD voisins de taille plus modeste. C'est ainsi qu'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS), associe depuis mars 2009 onze EHPAD de l'Auxerrois et de la Puisaye, sur une portion de territoire formant un quadrilatère d'une quarantaine de kilomètres de côté. La volonté des directeurs de ces établissements

d'unir leurs potentiels est ainsi marquée, avec l'objectif d'harmoniser et de mutualiser leurs pratiques au sein du territoire.

La MDRY fait partie parallèlement du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) du territoire sud Yonne / haut Nivernais qui engage depuis décembre 2008 les Centres Hospitaliers (CH) d'Auxerre, d'Avallon et de Tonnerre, tous trois situés dans la partie méridionale du département de l'Yonne, et le Centre Hospitalier de Clamecy situé au nord du département de la Nièvre mais dont le bassin de population est rattaché traditionnellement au territoire sud Yonne. La constitution d'une filière de soins gériatriques figure parmi les axes du projet médical de territoire portés par ce GCS. Celle-ci précise le rôle de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins de la pathologie de la personne âgée.

Une filière regroupe, selon le Professeur JOUANNY du service de médecine gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes¹, « la palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisation programmées ou non programmées », mais permet également de délivrer un avis gériatrique préalablement à l'hospitalisation et de garantir un accompagnement de sortie vers le domicile ou un hébergement collectif. La filière assure en outre un rôle de ressource pour les acteurs de ville et le secteur médico-social ainsi qu'une mission de diffusion de la culture gériatrique. Synonyme du terme filin servant de garde-corps, la notion de filière² désigne également au figuré une « succession d'états à traverser, de degrés à franchir, de formalités à accomplir avant de parvenir à un résultat ». Il faut alors passer successivement par les différents degrés de cette filière, suivre le « fil conducteur » qui relie différents acteurs de production, mais aussi le déroulement logique des étapes de cette production. Cette nécessaire liaison des acteurs peut gagner à se décliner sur un mode coopératif. La coopération désigne la part prise à une œuvre faite en commun, dans le sens d'une contribution. En économie, c'est un système par lequel des personnes intéressées à un but commun s'associent et se répartissent le profit selon un pourcentage en rapport avec leur part d'activité. L'éclairage sociologique précise une entente entre plusieurs personnes quand à un but commun. Pour que la coopération entre établissements évolue vers une véritable plus-value, il est important que chaque entité trouve dans ce procédé une amélioration des prestations qu'il produit. Faute de quoi, la filière de soins gériatriques risque d'être perçue à terme comme une fusion imposée, génératrice de frustrations.

¹ JOUANNY P. *La filière gériatrique et les structures sanitaires gériatriques*, Service de médecine gériatrique, CHU de Rennes

² Grand Robert de la langue française

La coopération entre établissements de santé a débuté sous l'impulsion des pouvoirs publics pour permettre l'adaptation de l'activité des établissements face aux besoins de la population. Elle est mue par la nécessité d'optimiser des coûts de fonctionnement tout en garantissant un accès à l'offre de soins de proximité. D'abord informelle, puis expérimentale, elle se développe depuis 1996 entre les centres hospitaliers via les GCS, préfigurant ainsi les communautés hospitalières de territoire. Dans le secteur médico-social, les GCSMS se constituent dans toutes les régions depuis le décret paru en 2006¹. Ils regroupent surtout des EHPAD des secteurs public et privé, mais concernent de plus en plus d'autres secteurs sociaux comme le handicap.

La MDRY s'est positionnée dès la fin de la décennie 1990-1999 comme un établissement fortement engagé dans la réponse gérontologique et gériatrique locale. Outre une action interne riche et structurée, la direction de l'établissement mise depuis 2008 sur les outils de coopération facilités par les récentes évolutions juridiques pour améliorer les interactions avec le secteur sanitaire, les autorités de tarification et les acteurs de la vie sociale, et valoriser ainsi la mission spécifique de l'EHPAD. La taille importante de l'établissement lui permet d'étendre son activité vers le secteur sanitaire par le biais du GCS. La première mission à laquelle j'ai œuvré a consisté à rédiger un dossier de demande d'autorisation pour une unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) des poly pathologies gériatriques avec dépendance ou risque de dépendance, ainsi qu'un dossier de demande de transfert d'activité de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) du CH d'Auxerre vers la MDRY. Le propos du directeur à ce sujet a clairement positionné l'établissement comme pivot de la filière de soins gériatriques auprès de ses collègues directeurs des centres hospitaliers partenaires. Les bases de cette filière ont été définies durant le premier trimestre 2010 au sein des groupes de travail du projet médical de territoire. En mai 2010, le transfert de l'activité d'USLD du CH d'Auxerre a été autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne sur le site de la MDRY. Parallèlement, les déploiements de l'activité de la MDRY vers d'autres axes comme l'accueil de jour ou la coopération médico-sociale ont élargi ma perception du champ d'intervention d'une filière de soins, et m'ont amenée à réfléchir plus en profondeur sur ce thème.

Le territoire sud du département de l'Yonne, plus particulièrement la communauté urbaine de la ville d'Auxerre et le secteur rural de la Puisaye, situé dans son prolongement sud-ouest, ont à faire face à un défaut d'organisation des parcours de soins des personnes âgées. Il existe également une méconnaissance des recours existants en matière de réponse aux problèmes de santé de la population gériatrique. Cela entraîne des entrées

¹ Décret 2006-413 du 6 avril 2006 relatif au Groupements de Coopération Sociale et Médico-sociale.

inadéquates par les Services d'Accueil d'Urgence (SAU), des services de court séjour engorgés, des retours à domicile mal préparés, débouchant sur une ré hospitalisation rapide et délétère. Pourtant, le sud de l'Yonne est doté d'un service de Court Séjour Gériatrique (CSG), de plusieurs services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) et de consultations gériatriques. Pourquoi, alors que la presque totalité des services impliqués sont présents, la filière de soins gériatriques n'est-elle pas opérationnelle sur le territoire? Plusieurs interrogations se font jour : Une première raison réside-t-elle dans le défaut sur le territoire de chaînons incontournables, absence d'équipe mobile de gériatrie, faiblesse du CLIC sur l'agglomération auxerroise, et inexistence de cette entité en Puisaye? Y a-t-il un manque de culture gériatrique dans les institutions sanitaires et médico-sociales du sud du département ? La logique de filière gagnerait-elle à identifier les EHPAD comme des partenaires privilégiés et facilitateurs pour l'activité des services gériatriques hospitaliers ? Manque-t-il le soutien de cadres de collaboration stables dans la pérennisation des initiatives et des bonnes pratiques?

Pour trouver des explications à ce constat et chercher à vérifier les hypothèses qui s'en dégagent, j'ai mené une démarche d'investigation selon deux axes majeurs. La période de stage de professionnalisation à la MDRY a coïncidé avec l'élaboration du projet médical de territoire du GCS sud Yonne /haut Nivernais. Or la filière de soins gériatriques constitue un des sept axes prioritaires définis dans ce programme. L'observation et la retranscription des réunions de travail entre les professionnels hospitaliers des cinq établissements sur le thème de la filière de soins gériatrique m'a permis de mesurer les points d'achoppement du dispositif à l'œuvre, et de m'appuyer sur les actions programmées pour préconiser une attitude stratégique du directeur d'EHPAD. Parallèlement, grâce à des entretiens menés auprès d'acteurs et d'usagers du parcours de soins gériatrique, j'ai tenté de percevoir quelles étaient les pistes à privilégier pour asseoir la visibilité du dispositif de filière sur le territoire. En termes de moyens, je me suis interrogée quand à l'incidence que pourrait avoir la dynamique de coopération entre établissements sur la formalisation et la consolidation de la filière de soins gériatriques, dynamique impulsée en 2009 par la création du GCS sud Yonne/haut Nivernais et du GCSMS Auxerre-Puisaye. Ces investigations ont été complétées par une recherche bibliographique, principalement basée sur les rapports professionnels et gouvernementaux, les travaux des élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et les articles de presse se référant au sujet, car la littérature scientifique est encore mince sur les groupements de coopération et sur la filière de soins gériatriques.

La mise en place sur le territoire de l'Auxerrois et de la Puisaye d'une filière de soins gériatriques, étayée par les groupements de coopération et valorisée par le biais des EHPAD est détaillée dans ce mémoire selon le déroulement suivant :

Au regard des perspectives démographiques icaunaises et de l'offre de soins actuelle, la législation récente offre des opportunités croisées entre la filière de soins gériatriques et les groupements de coopération(1).

Or, si des failles existent dans la réponse aux besoins sanitaires de la population âgée, un appui sur les collaborations existantes et sur les outils émergents s'amorce pour mettre en œuvre une filière de soins gériatrique opérationnelle dans l'Auxerrois (2).

La mutualisation des moyens et le décroisement des secteurs participeront de ce fait au renforcement de la culture gériatrique, mission axiale du directeur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (3).

1 La filière de soins gériatrique et les enjeux de la coopération sur le territoire sud Yonne et haut Nivernais

Face au vieillissement de la population, les secteurs sanitaires et médico-sociaux gériatriques connaissent d'importantes adaptations (1.1), étayées par des cadres législatifs structurants (1.2)

1.1 Perspectives démographiques, la réponse du secteur gériatrique

Au regard de la situation actuelle (1.1.1) et en prévision des évolutions démographiques (1.1.2), les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux modifient leur fonctionnement (1.1.3)

1.1.1 L'état de la situation actuelle

Pays vieillissant, la France (A) connaît des particularités dans la répartition de la population, notamment en Bourgogne (B) et plus précisément dans l'Yonne (C).

A) En France

En France, selon les projections démographiques de l'INSEE, un habitant sur cinq est âgé de 60 ans ou plus en 2005 ; cette proportion passera à un sur trois en 2050. Le processus sera marqué par une nette accélération entre 2005 et 2035 : alors qu'en 2005, 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus, cette proportion pourrait atteindre le seuil des 30 % dès 2035. Cette accélération est liée à l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom, c'est-à-dire nées entre 1946 et 1975. Entre 2035 et 2050, en revanche, la progression sera plus modérée, du fait à la fois de générations moins nombreuses arrivant à l'âge de 60 ans et de la disparition progressive des générations du baby-boom, qui parviendront alors à des âges de forte mortalité. Les personnes âgées de plus de 60 ans forment la catégorie statistique des personnes vieillissantes. Cependant cette classe d'âge comporte des profils très différents que l'on peut schématiquement classer en trois grandes catégories. De 60 à 75 ans, elle comprend des jeunes retraités socialement actifs, baptisés « séniors »¹ dont la majeure partie est en bonne santé. Entre 75 et 85 ans, les personnes connaissent assez fréquemment une dégradation progressive de leur état de santé, caractérisée par l'apparition de multiples pathologies inscrites dans la chronicité. En fin, le « Grand âge », au-delà de 85 ans, concerne une population pour laquelle la fragilité et la perte d'autonomie s'accroissent rapidement. Ces catégories de populations âgées sont

¹GUERIN S. (2007), *L'invention des séniors*, Edition Poche
Joëlle MARMOUSET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

présentes plus particulièrement dans les régions encore à dominance rurale, comme la Bourgogne.

B) En Bourgogne

De renommée internationale grâce à son vignoble de Grands Crus, sa gastronomie et son riche patrimoine historique, la région de Bourgogne est formée par quatre départements: l'Yonne au nord, la Nièvre et la Côte d'Or au centre, la Saône-et-Loire au sud. Elle est peuplée d'1,623 millions d'habitants, sur un territoire représentant 6% de la surface métropolitaine ; soit une densité de population de 51 hab. /km², pour une moyenne nationale de 110 hab. /km². L'infrastructure des transports est caractérisée par l'axe autoroutier A6, reliant Paris au couloir rhodanien, via les villes de Sens, Auxerre, Avallon au nord, jusqu'à Beaune et Mâcon plus au sud, et par la desserte TGV des villes de Dijon et de Mâcon. Ces voies de communication conditionnent l'activité économique de la région, et produisent de forts contrastes de peuplement selon les territoires. La population est plus concentrée sur le nord de la région, autour de l'axe autoroutier de Sens à Auxerre, sur l'agglomération de Dijon, seul pôle hospitalo-universitaire régional, et sur les villes de Châlons-sur-Saône et Mâcon au sud. Le reste de la Bourgogne se caractérise par un paysage essentiellement rural, dispersé autour d'agglomérations urbaines de petite taille. Le nombre d'habitants de la région Bourgogne en 2030 devrait peu évoluer par rapport à la situation actuelle. Toutefois, les mouvements de population augmentent depuis une dizaine d'années. A un départ de jeunes actifs vers des régions voisines plus attractives (Ile de France et Rhône-Alpes) se conjugue l'arrivée de retraités, à l'instar des régions du sud. Ces deux phénomènes accentuent la tendance naturelle au vieillissement de la population. En 2005, la région Bourgogne comptait 316 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, représentant un pourcentage de 19.5% contre 16.4% en moyenne en France. Cette part devrait atteindre 30 % en 2015 puis d'ici 34 % en 2030¹. La densité des professions médicales y est largement inférieure à la moyenne nationale. Ainsi, la densité de médecins généralistes est de 153 praticiens pour 100.000 habitants, contre 165 en moyenne en France, ce qui place la Bourgogne au 16^{ème} rang des 22 régions métropolitaines. Le taux de vacance des postes de praticiens hospitaliers est de 11% pour la région et atteint 18 à 20% dans l'Yonne et dans la Nièvre, tandis que les professions paramédicales sont elles aussi en déficit par rapport à la moyenne nationale.

C) Dans l'Yonne

Avec 340 088 habitants au 1^{er} janvier 2006, l'Yonne regroupe 20% de la population bourguignonne. Le faible taux d'urbanisation, 46% alors que la moyenne nationale se situe à 75%, en fait un département à dominance rurale. En effet, si deux tiers des

¹ Source ORS Bourgogne

icaunais résident en zone urbaine ou périurbaine, la densité de population est de 45 habitants au km², pour une moyenne nationale de 110 hab. /km². Auxerre est la ville la plus peuplée du département, avec 37 400 habitants, suivie de Sens avec 26 000 habitants. Sur 455 communes, 434 comptent moins de 2 000 habitants. Situé sur l'axe géographique Paris Lyon, à proximité immédiate de la région Ile de France, l'Yonne est un département attractif, tant au niveau de la qualité de vie et de l'offre de services qu'au niveau touristique et culturel. La population âgée y trouve un équipement important, en places d'hébergement offrant des prix compétitifs, et en services d'aide à domicile. Toutefois, le réseau routier est concentré le long de l'axe autoroutier et les transports en commun sont quasi inexistantes en dehors des trois grandes agglomérations, ce qui a une incidence sur la mobilité de la population dans les cantons ruraux. Le département souffre par ailleurs d'une pénurie de professionnels de santé. Au vu d'une permanence des soins déficitaires dans certains secteurs du département, notamment en Puisaye, la continuité des soins ne peut avoir lieu. Il faut ajouter à cela la problématique du vieillissement des médecins généralistes, et donc du remplacement de ces derniers à court terme dans des zones rurales peu attractives pour de jeunes médecins. La qualité des soins de proximité se trouve ici compromise, face aux prévisions démographiques.

1.1.2 Prévisions pour les prochaines décennies

Face à un vieillissement programmé, l'Yonne est appelée à se préoccuper des besoins de la population (A), plus particulièrement dans le secteur gériatrique (B) et au niveau des liens sociaux et familiaux (C).

A) Un vieillissement de la population dans l'Yonne

L'Yonne devrait connaître une croissance démographique surtout basée sur un excédent migratoire. Les arrivants viennent de la région Ile de France limitrophe, attirés par le coût avantageux du logement. De nombreux retraités choisissent de s'y installer, soit en résidence secondaire devenue principale, soit en acquérant un logement au seuil de la retraite. Cette attractivité se retrouve dans la proportion de retraités parisiens qui y résident en maison de retraite. Si la proportion des Icaunais (habitants de l'Yonne) âgés de moins de 20 ans est équivalente à celle des plus de 60 ans en 2008, la tendance future va vers une baisse de la population jeune. Malgré un solde naturel encore positif, la natalité va ralentir, avec moins d'habitants en âge de procréer, tandis que la population des plus de 60 ans croît rapidement. L'Yonne, va donc connaître un vieillissement important dans les prochaines décennies. Selon les projections réalisées par l'INSEE, l'Yonne devrait continuer de connaître la plus forte croissance démographique des quatre

départements de la région Bourgogne. Sa population passerait de 340 088 habitants en 2006 à 374 900 habitants en 2030. A cette échéance, la hausse de 62 % de la part des plus de 60 ans dans l'Yonne, estimée par l'INSEE, serait la plus importante de la région (estimation de 34% de hausse pour la Bourgogne). L'évolution importante de la part des personnes âgées de 60 ans et plus induit l'augmentation des déficiences physiques (près de 7 000 bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie en septembre 2007)¹ mais aussi psychiques (la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bourgogne a estimé en 2008 à 6 000 le nombre de personnes âgées démentes dans le département). Les projections publiées fin 2007 par l'Insee laissent entrevoir que les besoins de soins des personnes âgées devraient encore s'accroître (37 400 Icaunais de 75 ans et plus en 2015 contre 33 400 en 2005). Il incombe aux institutions sanitaires, sociales et médico-sociales de proposer une prise en soins gériatriques de qualité.

B) La population gériatrique

Selon les propos développés en 2006 par les professeurs Jeandel, Pfitzenmeyer et Vigouroux, « le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé »². En effet, deux types de profils pathologiques se rencontrent après 75 ans. Soit la personne est indemne de toute pathologie chronique invalidante. Elle entre dans le système de soins pour une pathologie d'organe identifiée, mais présente néanmoins une vulnérabilité liée à l'âge. Une pathologie sous-jacente ou une perte d'autonomie fonctionnelle peut se révéler à l'occasion d'une hospitalisation ponctuelle. Il est alors opportun de lui faire bénéficier d'une évaluation gériatrique afin de prévenir un risque de dépendance. La personne âgée qualifiée de « gériatrique » présente, elle, plusieurs pathologies à caractère chronique et invalidant, générant une dépendance physique et/ou psychique. Cette poly pathologie augmente le risque de décompensation multi organique lors d'une phase aiguë ayant nécessité une hospitalisation. Dans le cas du recours à la chirurgie, une attention préopératoire particulière est nécessaire, afin d'anticiper l'impact d'une intervention sur un organisme fragilisé ou instable. La période postopératoire se caractérise par un taux important de suites opératoires compliquées, une période de récupération allongée et une fréquente diminution des capacités fonctionnelles. A cela s'ajoute une incidence prépondérante de la situation sociale et environnementale de la personne. L'ensemble de ces facteurs nécessite une approche structurée du parcours de soins. Les professionnels de santé doivent adopter une démarche de filière qui repose sur l'anticipation des étapes

¹ Source INSEE (2010)

² JEANDEL C., PFITZENMETER P., VIGOUROUX P., (2006), *Un programme pour la gériatrie*, Rapport ministériel.

de ce parcours et sur la continuité dans la transmission des informations aux partenaires de prise en soins. L'entourage social et familial de la personne est également fortement impliqué lorsqu'elle réside à domicile. L'appréhension des structures socio-familiales est donc un élément fondamental dans le processus de filière en soins gériatriques.

C) Structures socio-familiales

La très grande majorité des personnes âgées de plus de 75 ans vit à domicile. Face à une fragilisation de l'état de santé, à des pathologies invalidantes évolutives, le recours à des services sanitaires, sociaux ou médico-sociaux se conjugue avec les liens intergénérationnels traduits dans une « solidarité familiale »¹. Celle-ci, outre une aide aux déplacements, aux approvisionnements et aux tâches ménagères, se révèle décisive dans la continuité des soins apportés et dans la coordination de l'intervention des différents professionnels. Elle se manifeste également par le temps passé en visites lorsque la personne est hospitalisée ou institutionnalisée. Un grand nombre de personnes âgées vivent à proximité d'un de leurs enfants. S'ils n'ont pas d'enfant, ils peuvent avoir préservé des liens solides avec des descendants indirects, ou tissé un réseau d'amis qui assurent le rôle d'aidant naturel, ou aidant informel, par opposition à l'aide professionnelle. En institution, le relai entre les professionnels des différentes structures de soins assure certes objectivement la continuité et la circulation des informations relatives au parcours de soins, mais la préservation des liens familiaux et sociaux influe sur le devenir de la personne de façon positive. Dans un contexte d'offre médico-sociale riche en solutions alternatives à l'hébergement complet ou au maintien total à domicile (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire), l'équilibre entre l'action sociale et la solidarité familiale est à rechercher, surtout quand l'accompagnement évolue durant des mois voire des années. Les aidants informels courent alors un risque d'épuisement. Le conjoint, âgé et fragilisé, peut devenir inapte à subvenir seul aux besoins de la personne et faire appel à une aide professionnelle de proximité. Chez les enfants, la fille ou la belle-fille, 65 à 78% des aidants informels selon les études², est elle-même souvent aidante informelle vis-à-vis de ses propres enfants. Il est important que ces aidants soient identifiées comme des personnes ressource à solliciter, mais aussi à soutenir et à protéger. Lorsque la famille est défaillante, absente, trop éloignée, une personne âgée vivant seule dans une zone rurale mal desservie en services de proximité, une personne isolée par un veuvage, situations aggravées par un statut social et économique fragile et une santé affaiblie, auront du mal à faire face aux contraintes engendrées par le vieillissement. L'évolution vers une situation de dépendance devient alors un risque à prévenir.

¹ Gérontologie et Société n° 127/2008 Les familles dépendantes, p.30

² Ibid, p. 93

D) La dépendance

La Prestation Spécifique Dépendance, devenue Allocation Personnalisée à l'Autonomie, clarifie la notion de dépendance dans le discours politique et dans la représentation sociale. Elle est décrite « comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée. »¹ Or, selon le sociologue Bernard Ennuyer, « seule la composante biomédicale est prise en compte »² dans cette définition de la dépendance. Selon lui, cet état révèle également une forte incidence du contexte social de la personne âgée. A cotation égale selon la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource (AGGIR) sur des incapacités légères restreignant par exemple la capacité à se déplacer à l'extérieur du domicile, une personne habitant dans un hameau isolé sera beaucoup plus dépendante qu'une autre logée au rez-de-chaussée d'un immeuble en centre-ville. A l'origine, la notion de dépendance décrit une valeur de solidarité collective à travers laquelle les individus sont interdépendants les uns des autres, chacun ne pouvant subsister que grâce à l'action conjuguée de chaque membre du groupe social. Or, à cette acception première s'est progressivement substitué un sens péjoratif. La dépendance est aujourd'hui synonyme de charge, très fréquemment associée à la personne âgée. Devenue un problème de société pesant sur une organisation sociale qui tarde à s'adapter au vieillissement de la population, une confusion s'est établie entre la dépendance et la perte d'autonomie. Le terme de dépendance est repris dans nombre de sigles institutionnels, marquant ainsi l'évolution des profils de personnes ciblées et la mission de prévention ou de palliation de l'état de dépendance qui incombe à ces services. L'autonomie quand à elle indique une capacité de l'individu à faire des choix de vie, à organiser un quotidien, à cultiver des liens sociaux et affectifs, en incluant l'intervention de tiers venant suppléer des déficiences. Une personne âgée peut être dépendante et conserver une partie de son autonomie, qu'elle réside à domicile ou soit hébergée en institution, pourvu qu'elle bénéficie d'une offre adaptée de services sanitaires, sociaux ou médico-sociaux.

1.1.3 Impact du vieillissement sur le fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Les enjeux et la finalité d'une filière de soins gériatriques (A) réinterrogent le mode de fonctionnement des hôpitaux (B) et des secteurs social et médico-social (C).

¹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance.

² ENNUYER Bernard (2002) *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris, Dunod, p.24.

A) La philosophie d'une filière de soins

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'avancée en âge. Le suivi par le médecin traitant est donc régulier, et la nécessité de recourir plusieurs fois par an à un bilan plus complet et à des examens complémentaires met en évidence les liens qui doivent exister entre la médecine de ville et les services hospitaliers à même de dispenser ces actes spécialisés. Une filière de soins met en relation les médecins de ville et les équipes soignantes de l'ensemble des services hospitaliers et des consultations spécialisées auxquels une personne âgée fragile sera susceptible d'avoir recours pour le suivi de sa ou ses pathologie(s). L'objectif précis de la filière dans ce cas est de procurer au patient une continuité de soins, d'avis et de traitement, une concertation de professionnels autour de son environnement social et de ses besoins en soins, voire une garantie de collégialité dans la prise de décisions. L'enjeu d'une filière gériatrique se situe surtout dans la prise en charge des situations d'urgence. Lors de la survenue d'une chute engendrant une fracture ou bien la décompensation aiguë d'une pathologie morbide, la personne âgée est dirigée par son médecin traitant vers une structure hospitalière assurant une prise en charge complète, la plupart du temps directement au Service d'Accueil d'Urgence (SAU) du centre hospitalier le plus proche, puis orientée vers un service spécialisé pour le trouble principal. A l'issue de ce séjour de courte durée va se poser le problème de la capacité de la personne à assurer son quotidien une fois retournée chez elle, en fonction de séquelles suite à l'épisode aigu, du soutien de son environnement proche, d'un risque de récurrence d'un épisode de crise avec pour conséquence une aggravation de la dépendance. Il peut y avoir nécessité de recourir à un mode d'hébergement plus adapté. Toutes ces questions doivent absolument être abordées dès l'entrée de la personne dans le service d'urgence ou de court séjour, car l'organisation de sa vie peut dépendre du recours à des services de soins ou d'aide. Or le travail en filière gériatrique assure un diagnostic complet de la situation d'une personne aussi bien dans les dimensions médicale que sociale et environnementale, et fait le lien entre les situations de dépendance, les évolutions potentielles, les leviers de récupération ou la prévention des risques d'aggravation.

B) L'hospitalisation

La filière gériatrique est à l'origine une idée hospitalière. Elle doit conjuguer un dispositif de soins cliniques de spécialités, non gériatriques, et la prise en charge complexe de personnes âgées poly pathologiques dépendantes, en gardant un impératif d'équilibre financier des institutions. L'hôpital soumis au régime de la Tarification à l'Activité (T2A), est tenu à une limitation des Durées Moyennes de Séjour (DMS). Or, le patient gériatrique, nécessitant un temps de soins plus long, peut venir « emboliser » un service. Une sortie d'hospitalisation mal préparée, peut déboucher sur « une ré hospitalisation à

court terme, délétère pour le patient et coûteuse pour la société »¹. En réponse à cette difficulté, le service de Court Séjour Gériatrique (CSG) accueille des personnes âgées présentant un épisode de crise dans une pathologie chronique ou un tableau diffus de troubles associés, nécessitant la connaissance approfondie qu'ont les gériatres des mécanismes physiopathologiques et psychiques du vieillissement. L'équipe mobile de gériatrie (EMG), attachée au CSG, intervient en expertise auprès des médecins qui soignent des personnes dans les autres services de spécialités et au sein du SAU. Son but principal est l'évaluation complète de l'état et des ressources de la personne dans ses dimensions biologique, psychique et sociale, et de la mise en perspective avec le projet thérapeutique spécialisé. La consultation gériatrique permet d'évaluer en amont ou en relai de l'hospitalisation les capacités d'autonomie de la personne. L'hôpital de jour gériatrique permet l'accès à un plateau technique performant sans déstabiliser un patient âgé dans ses repères environnementaux. Les services d'aval prennent le relai de l'hospitalisation « aiguë » : services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Les SSR connaissent un processus de spécialisation depuis 2008² ; parmi les spécialité figurent les SSR spécialisés pour personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, avec parfois une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) qui garantit un accueil sécurisé pour des personnes âgées souffrant de démence. La plupart des lits d'USLD sont occupés par des personnes âgées très dépendantes, nécessitant des soins techniques constants. D'autres services hospitaliers spécialisés sont en lien avec la démarche de filière de soins gériatriques : les services de psychiatrie, pour appréhender l'augmentation des personnes souffrant de démence sénile et le vieillissement des patients psychiatriques, et l'Hospitalisation A Domicile (HAD) qui dispense des soins techniques en conservant le bénéfice de l'environnement familial du malade. Le cloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social se révèle désormais inapproprié, et les services hospitaliers sont en lien direct avec les établissements médico-sociaux.

C) Evolution des établissements médico-sociaux et des services sociaux

En amont de la filière de soins gériatriques, l'EHPAD adresse aux services hospitaliers de proximité les résidents lorsque leur état de santé se dégrade brutalement. En aval, il réceptionne ces mêmes résidents une fois la phase critique résolue, avec le cas échéant des soins de relai. Il accueille également de nouveaux résidents sortants d'hospitalisation et orientés vers une solution d'hébergement adaptée, en garantissant une continuité des soins et du suivi spécialisé mis en place. Des résidents peuvent d'autre part être reçus en consultation gériatrique, suivis en hôpital de jour. Le lien entre l'établissement médico-

¹ *Un programme pour la gériatrie*, opus cité.

² Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

social et l'hôpital est alors récurrent. Au niveau des politiques publiques, l'accent est mis sur la ressource du domicile et des aidants informels, complétée de solutions alternatives de répit en établissement, comme l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, l'accueil de nuit. Parallèlement se développe l'offre médico-sociale à destination du domicile : les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) lient les personnes restées chez elles et l'EHPAD de proximité. En interne, chaque EHPAD construit une offre de services en liaison directe avec les besoins du bassin de population desservi, services référencés par le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du secteur. Les CLIC ont un rôle de relai entre les différents acteurs du secteur gérontologique. La circulaire du 18 mai 2001¹ précise leurs missions selon trois niveaux de labellisation déterminés. Un CLIC de niveau trois conventionne avec les établissements sanitaires et médicaux sociaux intervenant auprès de la personne. La finalité est de prévenir et de gérer au mieux les situations d'urgence ou de crise. Acteur fondamental dans les relations entre les usagers, les établissements et les professionnels libéraux, le CLIC doit être particulièrement présent et efficace lors des procédures d'orientation. Il est le garant, par exemple, d'un relai opérationnel entre un établissement hospitalier et le Service d'Aide à Domicile (SAD). Les professionnels de l'aide à domicile interviennent de façon isolée, souvent avec un bagage succinct en matière de formation ; un programme de coordination, de suivi et de concertation est incontournable. Dans ce contexte, le CLIC de niveau 3 assure une vigilance quand à la cohérence du suivi gérontologique et la transmission des informations relatives à l'état de la personne.

1.2 Un cadre juridique pour la filière de soins et les groupements de coopération

Formalisée dans deux Plans de Santé Publique (1.2.1), la filière de soins gériatriques est définie par une circulaire (1.2.2) ; les groupements de coopération émanent de textes législatifs récents (1.2.3)

1.2.1 Des Plans de Santé Publique en préalable

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 (A) et le Plan Alzheimer (B) ont servi de base à l'élaboration du Schéma Gérontologique Départemental de l'Yonne (C)

A) Plan Solidarité Grand Age

« Adapter l'hôpital aux personnes âgées »² : cette nécessité de renforcement de la filière de soins gériatrique est définie dans l'un des cinq grands axes du Plan de Solidarité Grand Age 2007-2012. A travers le constat que « pour une personne âgée, une sortie

¹ Circulaire DSA-RV 2 n° 200-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

² Plan de Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006

d'hôpital non préparée peut entraîner une rechute, une nouvelle hospitalisation ou un placement en maison de retraite non désiré, alors que la dépendance aurait pu être évitée », cet ensemble de mesures définit un objectif de réorganisation de « l'accueil des patients âgés à l'hôpital, grâce à une filière de soins ». Cette filière de soins, qualifiée de gériatrique, doit obligatoirement comporter, outre les services hospitaliers gériatriques (CSG, EMG, SSR), un SAU, un pôle d'évaluation gériatrique et une USLD. Il est précisé que ces « unités composant la filière gériatrique seront mises à la disposition de tous les services hospitaliers non gériatriques », ceci afin de répondre aux problématiques spécifiques des patients accueillis en service de spécialité. La culture et le savoir-faire gériatrique doivent en effet se diffuser à l'ensemble du monde hospitalier. Le nombre de places nécessaires pour 1000 habitants de plus de 75 ans est ciblé dans le Plan Solidarité Grand Age, de même que les besoins en création d'EMG. Celles-ci permettent une réactivité rapide dans le cursus intra hospitalier du patient. Mais leur action est résolument ouverte aux partenaires de la filière de soins gériatrique que sont les EHPAD, les services d'HAD, les SSIAD. La sphère du domicile ou de l'établissement d'hébergement est clairement identifiée comme un lieu de soins gériatriques, en amont ou en aval d'une hospitalisation. Cela inclut de fait dans la filière de soins gériatriques les médecins traitants libéraux, mais aussi les services sociaux de proximité. Cette articulation entre différents secteurs, encore trop cloisonnés aujourd'hui, vise à « resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital »¹. Il s'agit d'éviter le défaut de préparation de la sortie d'un service hospitalier pour un patient âgé et dépendant ou à risque de dépendance, que ce soit pour un retour à domicile avec l'absence de soutien adapté, ou pour une orientation vers un établissement d'hébergement qui nécessite une large anticipation. Inversement, le suivi gériatrique des résidents du secteur médico-social ou des personnes âgées fragilisées vivant à domicile rencontre très fréquemment des impasses dans la prise en charge hospitalière temporaire, ce qui amène les professionnels de santé de ces secteurs à les adresser aux SAU de façon excessive et inadaptée. Le constat détaillé parle de « cercle vicieux ». Le rôle du réseau de santé, qui permet aux acteurs d'instaurer « un partenariat de confiance, indispensable pour que les patients passent facilement d'une structure à l'autre » est mis en avant. L'articulation entre ces acteurs permet que chacun soit gagnant, dans un meilleur délai de recours, une priorisation de la prise en charge, une orientation réfléchie. Les moyens existent déjà et sont à renforcer, notamment dans le cas de personnes souffrant de démence.

¹ Plan de Solidarité Grand Age 2008-2012, mesure n° 13

B) Le Plan Alzheimer

L'incidence des démences séniles de type Alzheimer ou apparentées progresse inexorablement avec l'âge. A partir de 85 ans, un quart des femmes et un cinquième des hommes sont touchés par ce type de pathologies. Parmi les 44 mesures du Plan Alzheimer 2008-2012¹, nombreuses sont celles qui relèvent de la logique de filière de soins. Ainsi, le plan vise à renforcer la coordination entre tous les intervenants, par le biais de structures sociales labellisées Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), qui pourraient être couplées aux Maisons Départementales Pour l'Autonomie (MDPA). L'accent est mis également sur le renforcement des compétences professionnelles spécialisées, que ce soit à domicile par l'intervention des psychomotriciens et ergothérapeutes, dans les établissements d'hébergement avec la création d'une qualification d'« assistant de soins en gérontologie » et d'une formation qualifiante pour les coordinateurs des interventions médicales et sociales, ou à destination des médecins et du milieu hospitalo-universitaire. Parallèlement, les services sanitaires et médico-sociaux qui prennent en charge parmi leurs usagers des personnes atteintes de démence devraient bénéficier de personnel renforcé afin de garantir des soins et un accompagnement adapté et sécurisé. Les centres de consultations mémoire, éléments incontournables de la filière de soins gériatriques, sont cités. La promotion d'une réflexion et d'une démarche éthique au niveau régional est engagée, à propos du statut juridique de la personne atteinte de démence et de son autonomie au quotidien. L'ensemble des mesures citées interroge les liens entre les différents services et la coopération entre les professionnels dans le parcours de soins de la personne âgée démente, et étend dans plusieurs cas la réflexion à la totalité de la population dépendante. Ces mesures ont servi de base à l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2014 du Conseil Général de l'Yonne.

C) Le Schéma gérontologique départemental

Le schéma départemental en faveur des personnes âgées de l'Yonne² a fait l'objet d'une présentation lors des premières Assises départementales du grand âge qui se sont déroulées le 7 janvier 2010 à Auxerre. Il a été élaboré en articulation avec les outils de planification régionaux : le Programme Interdépartemental d'Accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC) et le Schéma Régional d'Organisation de Soins (SROS) de troisième génération pour la Bourgogne. Dans le SROS³, la filière gériatrique est mentionnée au chapitre des soins de longue durée, dans un contexte de réponse de proximité au sein de chaque territoire de santé, et « doit permettre à la personne âgée

¹ Plan Alzheimer 2008-2012 lancé le 1^{er} février 2010

² Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2009-2014, Conseil Général de l'Yonne.

³ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bourgogne, révisé pour la période 2009-2011

d'accéder à tous les niveaux de prise en charge. Elle doit fédérer aussi les différents maillons de l'activité gériatrique. ». La déclinaison de ces préconisations à l'échelon départemental se traduit par des orientations générales et des fiches actions plus détaillées, dont une partie se réfère à la logique de filière de soins et de coordination des intervenants. Parmi les vingt-cinq priorités retenues par le département de l'Yonne en termes d'actions à réaliser dans les cinq prochaines années, plusieurs ont trait plus précisément à la problématique d'un fil conducteur entre les modes de soins et les accompagnements des personnes dépendantes, à la couverture équitable sur le territoire et au renforcement de la professionnalisation des métiers du grand âge. Il s'agit de « promouvoir la prévention de la perte d'autonomie » (action n° 6), de « renforcer les consultations mémoire » (action n° 14), de « généraliser l'utilisation d'un dossier d'admission médical » unique sur le département (action n° 16), de développer les équipes multidisciplinaires (action n° 21), de « redéfinir les zones d'action gérontologique » (action n° 22) et « couvrir les zones blanches en terme de CLIC » (action n°23). Ces deux dernières actions prévoient la réalisation d'une MDPA, comme préconisée dans le Plan Alzheimer 2008-2012, et d'antennes-relai locales. Un comité de suivi des actions est mis en place afin de faire vivre ce schéma et d'assurer la pérennisation entre les acteurs impliqués.

1.2.2 Cadrage juridique de la filière de soins gériatriques

Initiée par une première circulaire en 2002 (A), la filière de soins gériatriques est renforcée en 2007 (B) et peut bénéficier d'une labellisation (C).

A) Circulaire du 18 mars 2002

Premier cadrage juridique en la matière, la Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gérontologiques est une application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Une projection démographique de la population âgée et un état des lieux du système de soins insuffisamment adapté aux besoins de cette population conduisent à des impératifs de renforcement de l'offre de soins de proximité et d'une assise intra-hospitalière de la thérapeutique et de la culture gériatriques. Le travail en réseau gérontologique est longuement détaillé, dans un cadre partenarial et complémentaire entre les médecins de ville et les praticiens hospitaliers, avec une formalisation des documents de diagnostic et de suivi, et l'implication particulière des CLIC dans un rôle coordonnateur. Les services de CSG sont définis comme les pôles de référence d'un « savoir-faire gériatrique » et dotés d'une « équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gériatrie ». En lien direct avec un SAU, un service de CSG est le support d'une EMG dont le champ d'action est limité à la sphère intra-hospitalière. L'aval de l'hospitalisation

aigüe est balisé à travers l'axe des « Soins de Suite et de Réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques », ainsi que l'HAD, tandis que le point de vue en amont décrit les pôles d'évaluation gériatriques et les consultations avancées dans les hôpitaux locaux. Le Plan de Solidarité Grand Age élargit la portée des actions visées, qui seront redéfinies dans une nouvelle circulaire en 2007.

B) Circulaire 28 mars 2007

Dans une optique de généralisation et de renforcement des dispositions précédemment décrites, la circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ancre le dispositif à l'échelon territorial. Les établissements de santé membres d'une filière sont encouragés dans une démarche de contractualisation avec l'échelon régional, aujourd'hui représenté par l'ARS, dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ce qui leur permet de programmer un calendrier et des actions afin d'optimiser la montée en charge de la filière. L'accent est mis sur son rôle de ressource dans le domaine gériatrique, à destination du secteur médico-social et des soins de ville. De plus, le champ d'action des EMG est élargi à une collaboration avec les CLIC et les réseaux gérontologiques, tandis que cette notion de mobilité prend effet sur le territoire avec les consultations avancées dans les hôpitaux locaux et les interventions expérimentales au sein des EHPAD et des SSIAD.

Les services hospitaliers d'aval sont redéfinis avec la mention de l'unité SSR pour personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, et l'unité de consultation de d'hospitalisation de jour gériatrique. La nécessité de construire des partenariats solides entre les établissements de santé et les EHPAD est appuyée par un modèle conventionnel fourni en annexe. Il s'agit là de poser des engagements réciproques entre les deux partenaires, afin de garantir à chaque résident de l'EHPAD l'accès à un bilan psycho-gériatrique, des hospitalisations personnalisées et ciblées, une admission directe si besoin en CSG ou en SSR, sans transiter par la structure d'urgence, et une sortie préparée par une concertation entre les équipes de soins. En retour, l'EHPAD s'engage à accueillir en priorité des patients issus de la filière de soins hospitalière et orientés vers une solution d'hébergement en secteur médico-social. Cela implique l'adoption de supports communs d'information et l'harmonisation de bonnes pratiques. La circulaire précise qu'un état des lieux annuel des filières de soins gériatriques doit être produit au niveau régional. L'ARS de Bourgogne sera donc l'interlocuteur majeur et régulier pour les porteurs du dispositif sur le territoire sud Yonne, et pourrait faciliter la labellisation de cette filière gériatrique.

C) La valeur ajoutée de la labellisation, les conditions requises

Dans le rapport intitulé « Un programme pour la gériatrie »¹, C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER et P. VIGOUROUX, préconisent la création d'un label « filière gériatrique ». L'objectif est de valoriser les territoires en mesure de valider l'engagement de l'ensemble des éléments constitutifs et leur mise en conformité avec le cadrage de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, devenue DGOS le 16 mars 2010), cadrage défini depuis dans la circulaire du 28 mars 2007. Cette labellisation apporte des garanties majeures dans la négociation des CPOM dans la mesure où elle fait suite au conventionnement préalable entre les « deux niveaux d'organisation complémentaires » : l'établissement de santé référent coordonateur de la filière et les établissements et structures partenaires qui participent à la prise en charge des patients âgés. Sont clairement visés ici la médecine de ville, les SSIAD et les EHPAD ainsi que les services d'HAD. Le rôle majeur des EMG dans cette complémentarité apparaît sous la forme d'une « interface entre d'une part la filière gériatrique hospitalière et d'autre part les EHPAD et le domicile ». La contractualisation entre ces partenaires est ensuite détaillée, avec notamment un rôle reconnu pour les EHPAD, les SSIAD et les Accueils de Jour, mais aussi les services de psychiatrie et les hôpitaux locaux. L'accent est mis sur les moyens de pérenniser une filière gériatrique, corollaire de la labellisation. Outre les moyens financiers nécessaires, la valorisation des métiers de la gériatrie passe par les ressorts de la formation continue qualifiante, de la bonification indiciaire et du renforcement des équipes soignantes et médicales. La récente loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST², apporte des avancées significatives dans ce sens.

1.2.3 Les bases juridiques et techniques des groupements de coopération

La loi HPST guide les établissements sanitaires vers un fonctionnement en groupement de coopération (A). Les établissements publics de santé du sud de l'Yonne ont su saisir cette opportunité en créant un GCS dès 2008 (B). Les établissements médico-sociaux et sociaux sont également encouragés à opter pour mode de coopération logistique, juridique et organisationnel. C'est sur ce modèle que le GCSMS du territoire Auxerrois/Puisaye existe depuis 2009 (C). A la charnière de ces deux entités, la MDRY occupe un espace privilégié (D).

¹ Opus cité

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

A) Un axe fort de la Loi HPST

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) fait référence à plusieurs reprises au principe de coopération. Elle apporte aux établissements de santé un outil innovant : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qualifié d'établissement de santé (Titre I, article 23). Dans le cadre de l'accès de tous à des soins de qualité, la loi favorise l'accessibilité des soins de premier recours par la reconnaissance des professionnels de santé organisés en pluridisciplinarité. La constitution de pôles de santé peut se faire entre des professionnels de santé et des établissements sanitaires, médico-sociaux, des GCS et des GCSMS (Titre II, article 40). La loi élargit le champ de la coopération vers une démarche interprofessionnelle, dans le cadre d'initiatives soumises à l'ARS. Des protocoles de coopération de type transfert d'activités ou d'actes de soins sont rendus possibles (article 51) dans une perspective de continuité des soins. Dans le titre IV, l'organisation territoriale du système de santé assoit la transversalité entre les secteurs sanitaire et médico-social au sein des ARS. Leur champ d'intervention inclut ainsi, selon M. Eckert Malécot, « le maillage de l'offre de soins, la part du secteur médico-social qui a une dimension sanitaire (...), la coopération entre les professionnels de santé et les établissements »¹.

B) Les GCS, le GCS Sud Yonne/Haut Nivernais

Créé juridiquement en 1996 (ordonnance du 24 avril), le GCS était d'abord proposé comme un « instrument de coopération organique »². La loi HPST ouvre une nouvelle dimension avec la possibilité pour un GCS d'être titulaire d'une autorisation d'activité de soins. Cette opportunité a été choisie sur le territoire sud Yonne/haut Nivernais. Préfigurant une Communauté Hospitalière de territoire, le GCS du territoire sud Yonne / haut Nivernais est composé de cinq établissements publics : la MDRY et les Centres Hospitaliers d'Auxerre, d'Avallon, de Tonnerre et de Clamecy. Le CH d'Auxerre (CHA) est le plus important du territoire et le seul à détenir les autorisations d'activités de chirurgie et d'obstétrique. Les trois autres CH sont de taille plus modeste et deux d'entre eux ont une activité médico-sociale d'EHPAD suite à la partition de leurs lits d'USLD. La MDRY exerce une activité médico-sociale, mais aussi une activité sociale avec le FAH Cadet-Roussel. Le GCS, qualifié d'établissement de santé, va permettre l'exercice d'une activité sanitaire sur ce site médico-social. La convention constitutive, signée le 1^{er} décembre 2008 précise qu'outre la mise en commun de pratiques administratives et techniques (gestion financière, services informatiques, gestion des ressources humaines, groupement

¹COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A., TABUTEAU D. (2009), *La loi HPST, Regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, p. 369

² Ibid. p 107

d'achats), la finalité du dispositif est d'harmoniser l'offre de soins et de proposer des postes mutualisés entre différents sites afin de pallier à une carence des professions médicales et paramédicales. L'élaboration du Projet Médical de Territoire (PMT) au cours de l'année 2009 et du premier trimestre 2010 a concrétisé cet objectif. Les actions détaillées commencent à être mises en œuvre depuis le mois de mai 2010. Parallèlement, la MDRY assoit son ancrage gérontologique territorial par le biais du GCSMS de l'Auxerrois et de la Puisaye.

C) Les GCSMS, le GCSMS Auxerrois/Puisaye

Le GCSMS est présenté dans les textes (décret 2662-413 du 6 avril 2006) comme un outil qui permet aux établissements sociaux et médico-sociaux de « mutualiser des moyens et de structurer l'offre médico-sociale » en garantissant « des collaborations pérennes et juridiquement sécurisées »¹. Il offre la possibilité de regrouper des fonctions administratives, de proposer des actions de formation des personnels et d'amélioration de la qualité, ou encore de fournir des prestations spécifiques aux usagers, par exemple dans le domaine de la protection juridique. Cette forme de partenariat a été privilégiée par les EHPAD publics sur la portion de territoire qui couvre l'Auxerrois, périmètre urbain et péri-urbain, et la Puisaye, son prolongement sud-ouest de caractère rural. Les onze établissements qui composent ce GCSMS sont de tailles très variables, allant d'une capacité de 25 lits pour le plus modeste à plus de 500 lits pour la MDRY. Cependant, leurs directeurs se connaissent de longue date et leur volonté de coopérer se base sur des liens solides entre personnes. De plus, le nombre relativement important de partenaires permet de répartir les tâches sans trop peser sur la gestion de chaque établissement. La convention constitutive signée en mars 2009 prévoit dans un premier temps une mutualisation de moyens, avec le recrutement d'un agent chargé du suivi des marchés publics, d'une conseillère hôtelière, et la mise en commun des plans de formation continue. Malgré un démarrage ralenti par la publication de l'arrêté préfectoral survenu plus d'un an après la naissance du groupement, les premiers axes de coopération sont déjà en place : formations communes des personnels sur les différents sites, service de protection des majeurs avec la mise à disposition de personnels du service des tutelles de la MDRY. Les recrutements des fonctions mutualisées sont prévus pour l'été 2010.

¹ DE LARD B., *Le GCSMS, ballon de baudruche ou bouffée d'oxygène ?* Gestions Hospitalières, aout/septembre 2006

D) Le rôle charnière de la Maison Départementale de Retraite de l'Yonne

La taille de la MDRY et sa situation géographique voisine du CH d'Auxerre ont naturellement conduit l'établissement à la démarche de coopération. D'abord tournée vers l'offre sanitaire par un conventionnement pour l'accès au plateau technique et aux services d'hospitalisation, la MDRY a tissé au fil du temps des liens de partage de connaissances et de conseils entre les directions des EHPAD engagés à présent dans le GCSMS. La récente autorisation sur son site de l'exercice de l'activité USLD portée par le GCS oriente l'établissement vers une réponse sanitaire aux besoins identifiés. Parallèlement, la culture médico-sociale gériatrique est renforcée par les actions de formation communes menées par le GCSMS, ainsi que par le développement de la protection juridique et de la qualité de l'offre d'hébergement. Une démarche éthique est concrétisée au niveau institutionnel depuis 2008. L'établissement s'est en effet doté d'un comité éthique dont l'objectif est de fournir au personnel un espace d'écoute et d'échanges sur les difficultés liées à l'articulation du respect du choix du résident avec les contraintes de la vie en collectivité et les décisions médicales. La MDRY représente donc un carrefour entre les deux secteurs, sanitaire et médico-social, engagés par la construction de la filière de soins gériatriques. Elle peut ainsi servir de catalyseur des réussites déjà présentes sur le territoire, même s'il existe de nombreux freins à lever. Le lien avec le secteur sanitaire peut permettre d'envisager que la MDRY devienne à l'avenir un pôle gérontologique de référence pour l'Auxerrois et la Puisaye. Cela passera par la patiente construction d'une filière de soins avec une amélioration des points qui font écueil aujourd'hui et un développement des atouts déjà présents.

2 Analyse des failles et des atouts sur l'Auxerrois et la Puisaye

Si la constitution d'une filière de soins gériatrique dans le sud de l'Yonne rencontre des obstacles (2.1), de nombreux points positifs permettent d'augurer une avancée effective (2.2).

2.1 Ecueils de réalisation d'une filière

Aujourd'hui, l'isolement des établissements (A), les freins culturels (B) et un certain manque de moyen (C) compromettent la mise en place de la filière.

2.1.1 Isolement des établissements

Les établissements sanitaires et médico-sociaux sont assez distants les uns des autres sur le sud de l'Yonne (A), connaissent peu les ressources disponibles dans le cadre de la filière (B) et fonctionnent de façon cloisonnée (C).

A) Un isolement géographique relatif

Le territoire de santé sud-Yonne et haut-Nivernais est délimité par quatre agglomérations urbaines formant un quadrilatère (Annexe 1) et distantes les unes des autres de 30 à 40 kilomètres. La ville d'Auxerre compte environ 37 000 habitants tandis que les trois autres sont de taille plus petite : 7 350 habitants à Avallon, 6 300 à Tonnerre, 4 800 à Clamecy¹. La Maison Départementale de Retraite de l'Yonne, située dans l'agglomération auxerroise, forme avec les Centres Hospitaliers de ces quatre villes le GCS sud-Yonne/haut-Nivernais. La MDRY est par ailleurs membre du GCSMS de l'Auxerrois et de la Puisaye qui regroupe onze EHPAD sur le quart nord ouest du territoire de santé. Si deux établissements sont à moins de 10 kilomètres de la ville d'Auxerre, les huit autres sont situés dans un rayon d'une trentaine de kilomètres, chacun étant implanté dans un petit bourg distant d'au moins 20 kilomètres du CH le plus proche, celui d'Auxerre ou celui de Clamecy. Cette disposition sous-entend que, d'une part, le recours à un service hospitalier induit forcément un transport de trente minutes à une heure. D'autre part, l'attractivité des ces petites villes ou de ces bourgs à dominance rurale est très faible pour les professions médicales et paramédicales.

B) Un isolement culturel, méconnaissance du cadre de la filière sur le terrain

Si des réseaux de soins gérontologiques existent dans le Tonnerrois, l'Avallonnais et le Clamecyçois, l'Auxerrois et la Puisaye, en revanche, ne disposent pas d'une organisation ville-hôpital de référence. De plus, le CLIC de la ville d'Auxerre porté par l'Etablissement Public d'Intérêt Collectif de la Mutualité Française existe mais n'est pas opérationnel au

¹ Source Conseil Général de l'Yonne et Conseil Général de la Nièvre

niveau du lien entre l'hôpital et les services d'aval. La Puisaye, dépourvue de CLIC jusqu'ici, doit se voir dotée de ce service avant la fin 2010. La problématique de la filière de soins gériatrique est donc majorée par l'absence de liens formels entre les professionnels médicaux et sociaux de l'hôpital et du secteur libéral. Sur le reste du territoire, c'est plutôt entre les CH que la notion de filière de soins peine à se développer. En effet, les CH de Tonnerre et de Clamecy ont perdu depuis peu leurs activités de chirurgie et d'obstétrique, et ne sont pas encore engagés dans une offre de soins ouvertement gériatrique. Le CH d'Avallon détient encore une activité de chirurgie mais l'activité s'oriente de plus en plus vers la gériatrie, avec 160 places d'EHPAD au sein de l'établissement. Ce constat est perçu par les usagers : Le représentant du Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA) cite le cas d'une personne âgée hospitalisée à Auxerre pour une intervention en chirurgie orthopédique puis orientée de façon aléatoire en soins de suite, sans qu'il soit tenu compte de son contexte social. Les soignants des EHPAD ainsi que les médecins coordonnateurs méconnaissent également les différentes possibilités de recours aux services hospitaliers gériatriques de la filière de soins.

C) Un isolement dans la pratique

Au cours des entretiens menés, un gériatre du CH d'Auxerre déplore l'inexistence du partage de dossiers médicaux entre la ville et l'hôpital, la difficulté technique de joindre une infirmière libérale ou une aide à domicile lors de la sortie d'un patient de court séjour gérontologique vers son domicile. Le CLIC n'est pas identifié par les professionnels hospitaliers comme un service ressource, l'absence de réseau gérontologique dans l'Auxerrois isole les praticiens hospitaliers. De la part des EHPAD de l'Auxerrois et de la Puisaye, les attentes sont fortes vis à vis d'un pôle gériatrique de référence : expertise, accompagnement, formation, informations, apports techniques aux équipes. Mais l'EMG n'a pas pu voir le jour et c'est regrettable. Les moyens et les champs d'actions des services hospitaliers spécialisés en gériatrie sont méconnus. Les médecins coordonnateurs des EHPAD du GCSMS sont pour la plupart des praticiens libéraux locaux, ou bien des vacataires retraités ou étrangers. Chacun est isolé dans son établissement et manque le plus souvent de temps, car le pro rata en praticiens est faible pour le territoire. Ils ne se connaissent pas ou peu entre eux et les liens formalisés avec les praticiens hospitaliers n'existent pas. Les médecins libéraux intègrent peu à peu des moyens transversaux, comme des hospitalisations directes en SSR, avec cependant beaucoup de démarches non abouties. Ils sont en recherche d'actions ou de « combines », selon les propos du gériatre de la MDRY, pour éviter au patient une hospitalisation inutile ou un passage délétère au SAU. La reconnaissance de la spécificité du patient gériatrique est en effet déficiente parmi les praticiens de ville comme à l'hôpital.

2.1.2 Les freins culturels

Devant un défaut de reconnaissance de la discipline gériatrique (A) et de lacunes dans l'appréhension des ressources de chaque partenaire (B), le secteur public à un rôle majeur à jouer (C) dans l'Auxerrois et la Puisaye.

A) Gériatrie mal reconnue sur le territoire

Dans son projet d'établissement élaboré en 2008, le CH d'Auxerre n'a pas identifié de pôle gériatrique, alors qu'il détient une autorisation pour l'activité de court séjour gériatrique. Les CH de proximité dont celui de Clamecy souffrent d'une crainte de « tirer l'hôpital vers le bas en prenant une étiquette gériatrique ». La gériatrie est encore trop souvent perçue comme une discipline non noble, peu technicisée. Le devenir des patients ne s'exprime pas en termes de guérison, mais plutôt dans le champ du maintien des capacités de la personne, de la vigilance sur les risques de dépendance ou de dégradation. L'équilibre fragile de l'état de santé du patient gériatrique nécessite un suivi régulier à long terme au gré de l'évolution des différentes pathologies chroniques, mais aussi une réponse rapide de proximité en cas d'épisode de crise. La personne peut par exemple connaître une décompensation lors d'une infection ou une incapacité à la suite d'une chute. Elle peut être amenée aussi à nécessiter une prise en charge en soins palliatifs dans la phase de fin de vie. Or ces paramètres et leurs interactions sur les ressources sociales et environnementales de la personne sont occultés par les services hospitaliers ou, quand ils sont identifiés, ne sont pas débattus avec les acteurs de santé du domicile qui prendront le relai. Cependant, d'après l'enquête réalisée auprès des CH du GCS par le cabinet GE Healthcare Consulting lors de la mission d'assistance à l'élaboration du projet médical de territoire, en 2009 l'âge moyen des patients adultes hospitalisés sur le territoire va de 66 ans pour Auxerre à 75 ans pour Avallon, tandis que celui des patients en chirurgie va de 58 ans à 62 ans. 1/3 des personnes hospitalisées sur le territoire sud-Yonne ont plus de 75 ans, et cette proportion augmentera dans les prochaines années au vu de l'évolution démographique décrite dans la première partie. Tous les services hospitaliers destinés à la population adulte auront donc une activité gériatrique intrinsèque.

B) Méconnaissance de la ressource médico-sociale de la part du secteur sanitaire

Dans un rapport intitulé « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social »¹ paru en 2006, le groupe de travail dirigé par François Roche précise que « la séparation du sanitaire et du social est inscrite dans la loi de 1970 portant réforme hospitalière, qui instaure le temps-plein pour les praticiens hospitaliers et, par la même occasion, sépare la

¹ Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social (2006), *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rennes Editions ENSP

ville de l'hôpital. »¹ La loi de 1975 introduit la notion hybride de médico-social en regard des difficultés pratiques induites par cette séparation. La loi HPST du 21 juillet 2009 entend mettre un terme à ce cloisonnement, avec la création des ARS, qui exercent une tutelle transversale sur les deux secteurs. Cependant l'évolution des mentalités et des pratiques ne peut pas être instantanée, surtout lorsqu'il n'y avait pas auparavant de fonctionnement décloisonné sous forme de réseau ville-hôpital, comme c'est le cas dans l'Auxerrois. Les idées préconçues et la vision sectorielle sont encore présentes. Ainsi, selon le gériatre de la MDRY, « la filière de soins gériatriques dans sa globalité a du mal à se mettre en place car elle traverse deux mondes : la ville et l'institution. Dès que l'idée provient de l'institution, la médecine de ville se méfie. Celui qui fait entrer la personne dans la FSG est un médecin de ville, alors que le responsable est un médecin hospitalier. ». Par ailleurs, le directeur adjoint du CH d'Auxerre n'envisage la mise en place d'une EMG que dans un champ strictement intra-hospitalier. Or, dans un contexte rural, l'EMG nécessite un déplacement vers les populations de façon régulière, que ce soit au domicile des personnes, en EHPAD, en maison de santé, voire dans les MDPA quand elles seront mises en place. Cette analyse est valable pour les autres services constitutifs de la filière de soins gériatrique. Même s'ils ne sont pas mobiles, ils ne peuvent fonctionner à bon escient que par le biais d'une relation identifiée et systématique avec la médecine et les soins de ville, les EHPAD et les services d'aide à domicile, que ce soit pour préparer un séjour hospitalier ou pour anticiper la sortie de l'hôpital. Les services hospitaliers cernent mal la dimension médicalisée des établissements d'hébergement et la proportion de soins assurée au domicile des patients. A l'occasion du transfert de l'activité USLD du CH d'Auxerre vers la MDRY, l'équipe soignante hospitalière a exprimé la crainte que les patients « ne bénéficient pas de la même qualité de soins qu'à l'hôpital ». Dans ce contexte, le médecin coordonnateur en EHPAD, soutenu et encouragé par le directeur, est un moteur dans l'élaboration de ces liens parce qu'ils répondent à des problématiques récurrentes dans la population hébergée en institution.

C) Le rôle du secteur public

Si dans d'autres régions l'orientation de l'offre de soins de service public vers la gériatrie s'est mise en place depuis la fin de la décennie précédente, le secteur public tarde à trouver sa place dans ce domaine sur le territoire sud Yonne. Les groupements de coopération nouvellement créés ont vocation à corriger ce retard, cependant le changement de logique n'est encore que théorique. Il s'agit, selon la Fédération Hospitalière de France, de « passer d'une logique de structure, organisée en établissements distincts, à une logique de mission sur un territoire, dans le cadre de

¹ *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, opus cité, p. 49

l'inscription dans une filière de soins au sens large »¹. Les CLIC ont à jouer un rôle important, avec un ancrage dans la sphère sociale pour mieux orienter la prise en charge. Face à un déficit de la réunion des libéraux en amont, il faut une institutionnalisation du CLIC pour que le système de référence soit efficace. Or sur l'Auxerrois, ce service, après une première phase portée par le service public mais avortée, a été repris en 2008 par le secteur privé. Malgré des efforts constants de la part des nouveaux agents du CLIC pour développer un partenariat autour des besoins de la personne, le lien opérationnel fait défaut avec le secteur public. Cela tient peut-être au fait que le CLIC n'est pas « l'invité » du service public, que son recours n'est pas identifié comme un facilitateur de l'orientation des personnes dans une filière de soins gériatriques ni dans la prise en charge gérontologique à domicile ou en établissement d'hébergement. Le discours récurrent est que « le CLIC de l'Auxerrois ne fonctionne pas ». Or le CH d'Auxerre et les EHPAD de l'agglomération auxerroise auraient tout à gagner dans une sollicitation formalisée de ce service. De plus, le secteur de la Puisaye va connaître enfin au second semestre 2010 une couverture de son territoire par un CLIC spécifique, géré lui aussi par la Mutualité Française. Cela constitue pour les responsables de ce nouveau service une opportunité de se faire repérer au niveau de leurs compétences par l'ensemble des acteurs gériatriques et gérontologiques sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ce serait donc au CLIC de faire le premier pas en se positionnant dans un premier temps par exemple comme référent et soutient lors des procédures d'orientation au sein des services hospitaliers. Il appartient au secteur public de reconnaître la place de cet acteur.

2.1.3 Un défaut de moyens, un manque de pilotage

Face à un difficile recrutement de professions de santé (A) et des moyens insuffisamment financés (B), le pilotage d'une filière de soins est un point névralgique (C), de même que le déploiement de l'information et de la formation continue (D).

A) Une pénurie médicale et paramédicale en milieu rural

L'Yonne est l'un des départements ayant la densité de médecins généralistes la plus faible de France (86 pour 100 000 hab., moyenne nationale : 99 pour 100 000 hab.)² Si la démographie médicale est inquiétante compte tenu du nombre de praticiens âgées de plus de 55 ans, il faut également noter que les médecins présents ne semblent pas prêts à participer ni à s'investir dans un réseau ville-hôpital dynamique, comme le prouvent leur faible participation à la permanence de soins et leur absence de participation à la régulation du centre 15. La démographie médicale sur ce territoire de santé sera donc un point critique pour les années à venir.

¹ HOAREAU V., 2010, Diagnostics, perspectives et choix stratégiques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux publics, Rennes – Cours à l'EHESP

² Source INSEE 2010

Même si il existe des particularités pour chacune des professions paramédicales, le constat global est que si la Bourgogne se situe dans la moyenne nationale, l'Yonne semble être un département dans lequel il est plus difficile de faire venir des professionnels paramédicaux. C'est vrai pour les kinésithérapeutes, surtout concentrés en ville, mais aussi de façon plus problématique pour les orthophonistes, les ergothérapeutes, les diététiciens ou les psychomotriciens qui sont des acteurs de premier plan dans la prise en charge des affections chroniques de la personne âgée. Quand aux infirmiers, le secteur gériatrique souffre toujours d'une dévalorisation aux yeux de cette profession, sa spécificité n'est pas reconnue ni valorisée et le recrutement est problématique dans les EHPAD. Pour pallier à cela, certains établissements ont d'ores et déjà fait appel à une filière d'infirmières en provenance du Portugal.

B) Des moyens insuffisamment financés

La filière de soins gériatriques est perçue comme une organisation indispensable et incontournable de l'offre de soins hospitalière depuis déjà plusieurs années sur le territoire sud Yonne. Le Centre Hospitalier d'Auxerre dispose d'un service de court séjour gériatrique et la création d'une Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) a été budgétisée pour l'année 2088 dans le cadre d'une dotation pour une Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Toutefois, cette dotation ne permettait de couvrir que la rémunération d'un temps plein d'infirmier et d'un mi-temps de secrétaire. Or, la circulaire de 2008 relative à la filière de soins gériatrique¹ précise en annexe 3 que, pour assurer ses missions, une EMG doit au minimum être constituée d'1 équivalent temps plein de médecin gériatre, 1 équivalent temps plein d'infirmier, 1 équivalent temps plein d'Assistant de Service Social, du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire. Devant l'insuffisance du financement, la direction du CH d'Auxerre a décidé de ne pas créer l'EMG tant que les moyens ne correspondraient pas aux besoins. L'évaluation gériatrique fait donc défaut, en particulier dans le service des urgences où la bonne orientation d'un patient gériatrique dépend de la compétence gériatrique du médecin urgentiste présent. Il est ajouté dans le texte de la circulaire que l'effectif de l'EMG est à moduler en fonction de la taille de l'établissement. Si l'on considère que l'établissement concerné par la structuration d'une filière de soins gériatrique sur le territoire sud Yonne et haut Nivernais n'est plus seulement le Centre Hospitalier d'Auxerre mais désormais le GCS comprenant cinq établissements, les moyens alloués à l'EMG devront être en mesure de satisfaire l'ensemble des besoins du bassin de population.

¹ Texte cité

C) L'absence de pilotage de la notion de filière entre établissements

Si la constitution d'une filière de soins gériatrique est tributaire de moyens financiers, de volonté politique et de structures adaptées, elle ne peut prendre son essor que grâce à la personnalité d'un chef de file, ou d'un noyau de professionnels passionnés et persuasifs, décidés à faire ressortir auprès de tous les acteurs la plus-value d'une démarche de concertation. Malheureusement, le sud du département tarde à trouver le médecin gériatre qui pourrait assumer un « rôle de locomotive », selon les propos du médecin coordonateur de la MDRY. Il s'agit en effet d'accompagner la montée en charge du processus filiarisé, par un pilotage tant en interne qu'en externe. En intra hospitalier, un référent est nécessaire dans chaque établissement du GCS pour sensibiliser chaque acteur médical en lien avec des patients gériatriques aux rouages de l'expertise et de l'orientation gériatrique. Le suivi doit être mis en place et centralisé dès le départ à l'aide de la tenue d'indicateurs tels que les DMS, les orientations directes en CSG ou en SSR sans recours aux urgences, les suivis institués lors du retour à domicile ou en hébergement. Le lien avec les services techniques responsables de la circulation des informations en temps réel sur les places disponibles dans les différents services du territoire est également une tâche primordiale. En externe, la collaboration avec le secteur psychiatrique est encore timide ; en dépit des engagements de prise en charge des résidents d'EHPAD souffrant de démence ou de troubles psychiatriques anciens, la réponse des services psychiatriques du territoire sud Yonne n'est pas à la mesure des besoins recensés. Les relations sont à construire également par le biais d'un référent solide vers les acteurs des CCAS, des CLIC, mais aussi des associations d'usagers telles que le CODERPA. Le problème du transport des personnes vers les consultations avancées, ou bien le déplacement des professionnels pour une démarche la plus proximale possible se pose dans ce territoire étendu. Le lien entre les centres hospitaliers et les services médico-sociaux tels qu'EHPAD et SSIAD ne sont pas suffisamment formalisés à ce jour, excepté lorsque l'EHPAD dépend du centre hospitalier. C'est également le cas pour les services d'HAD qui interviennent en EHPAD sur conventionnement ponctuel mais sans réflexion sur une continuité de la collaboration. Enfin, le défaut d'information à destination des professionnels sur les enjeux et les conditions de la filière de soins gériatrique est cité par l'ensemble des personnes entendues au cours des entretiens. Il s'agit là d'une mission de communication qui reviendrait bien sûr à ce chef de file.

D) Insuffisance de l'information et de la formation continue

D'après les cadres de santé des services gériatriques, les médecins hospitaliers ont d'abord besoin de s'informer sur la filière de soins gériatrique, les grandes lignes de bénéfice de prise en charge, les gains en termes de coûts. Les médecins libéraux sont

également dans l'attente d'une information complète, mais la filière de soins gériatrique auxerroise ne communique pas suffisamment, donc le réflexe du recours n'est pas activé. Bien que l'on constate chez les médecins généralistes une ignorance de l'approche gérontologique, ce sont eux qui évolueront le plus facilement. Les médecins coordonnateurs en EHPAD ne se saisissent pas encore de leur temps dédié pour dispenser une formation ciblée vers leurs collègues libéraux, les directeurs d'établissements, les soignants. D'autres professionnels gagneraient à être informés avec précision : les neurologues, les psychiatres et les services de tutelles, qui sont décisionnaires sur les possibilités de choix de vie des personnes âgées vulnérables ainsi que les infirmiers libéraux, les auxiliaires de vie et les aide-ménagères, qui côtoient les personnes âgées au quotidien. Même si un conventionnement existe entre les SSIAD et les services à domicile, il arrive trop souvent que les auxiliaires de vie ne notent pas les informations, ne perçoivent pas l'importance ni l'impact des actions qu'ils mènent ou des comportements qu'ils constatent. Les acteurs libéraux montrent un individualisme, une coordination difficile, une culture de la complémentarité à domicile pas encore admise. La vision stratégique et l'intérêt économique commun sont peu perçus. Ces lacunes peuvent se résorber pas le biais de la formation continue conjointe au niveau local, afin de créer des espaces de rencontres précurseurs de liens professionnels. Cela peut être initié, selon le médecin coordonnateur de la MDRY, par des séances de formation conjointes menées par le Collège des Gériatres de l'Yonne. Cette association professionnelle a de facto vocation à mieux faire connaître le processus de filière, inscrit depuis mars 2010 dans le projet médical de territoire.

2.2 Atout des liens formalisés et des outils émergents

De récents engagements dans le cadre du GCS (A) et du GCSMS (B), associés à des modes de collaboration plus anciens (C) présentent des garanties de mise en place de la filière, renforcées par des outils innovants (D).

2.2.1 Une filière de soins gériatriques dans le projet médical de territoire

Le projet médical de territoire du GCS sud Yonne/ haut Nivernais prévoit la création d'une filière de soins gériatriques, construite selon des objectifs réfléchis (A), des actions programmées (B) et des référents engagés(C).

A) Des objectifs à atteindre

La filière de soins gériatriques définie dans le projet médical de territoire¹ se déploie à partir d'objectifs précis. Ces objectifs, identifiés lors des groupes de travail, sont listés

¹ GE Healthcare Consulting, (2010) Projet médical de territoire sud-Yonne et haut-Nivernais

selon une logique de subordination les uns aux autres. Le but de la constitution de la filière est clairement identifié : assurer au patient un parcours continu, fluide et pertinent, et garantir une bonne prise en charge dès l'arrivée en service hospitalier, selon les préconisations de la circulaire de 2007¹ et les orientations du SROS 3². Pour cela, le second objectif pointe la nécessité de compléter l'offre de soins sur le territoire et de créer les services constitutifs d'une filière gériatrique actuellement manquants ou trop peu développés (EMG, Hôpital de jour gériatrique, lits supplémentaires de CSG). La lisibilité de la filière est ensuite précisée : il s'agit d'identifier les compétences de chaque établissement, et de s'assurer que dans chaque service un référent au moins possède une connaissance précise de l'organisation globale de la filière sur le territoire. Pour mener à bien cela, un quatrième objectif vise à pallier au manque de personnel qualifié. Une valorisation des actions entreprises pourrait par la suite accroître l'attractivité du territoire pour les professionnels qui font défaut. Le cinquième objectif porte sur les moyens techniques à mettre en œuvre pour permettre de rassembler et d'échanger les informations relative à chaque patient, afin d'assurer la meilleure orientation possible et de faciliter la communication entre les différents acteurs de la filière. Enfin, afin de répondre à l'évolution des profils de patients soignés en gériatrie, il est nécessaire de former des personnes ressources pour les liens de la gériatrie vers la psychiatrie et les soins palliatifs. Ces objectifs se déclinent sous forme de fiches-actions dans le document de travail validé le 31 mars 2010.

B) Des actions définies en concertation

Les deux séances de travail sur le thème de la filière gériatrique ont rassemblé les directeurs des centres hospitaliers et de la MDRY, les médecins gériatres de chaque établissement du GCS, les cadres de santé des services spécialisés ainsi que les directeurs des soins. Dix actions ont été choisies en priorité, en fonction des besoins décrits par les acteurs et des moyens dont disposent les établissements. Chaque action décidée rappelle l'objectif auquel elle se rapporte, désigne un établissement coordonnateur, un pilote, et précise les étapes de réalisation. L'avancée de ces actions sera ensuite étudiée lors des réunions de comité de pilotage du GCS. Une marge de réajustement est prévue en fonction de la réalité du terrain, qui peut révéler soit un retard, soit une impossibilité de réalisation. Tout d'abord, il est apparu comme primordial de définir et de formaliser la filière de soins gériatriques, les missions de chacun des acteurs, leurs capacités de prise en charge et les ressources à disposition. Un formulaire d'information diffusé par voie dématérialisée est prévu à destination de l'ensemble des acteurs concernés par la filière. Des actions pragmatiques peuvent dès lors être instaurées. Ainsi, l'évaluation systématique de la situation gérontologique et de

¹ Texte cité

² Texte cité

l'orientation du patient gériatrique par un personnel référent dans les 48 heures après l'entrée à l'hôpital est prévue pour décembre 2010 ; la démarche d'uniformité du dossier d'orientation et des documents de synthèse pour chaque patient est également au programme de la première étape d'ancrage de la filière. La création des services manquants doit venir ensuite compléter l'offre de soins : la demande d'EMG est reconduite par le CH d'Auxerre en 2010, et une demande d'autorisation pour l'activité d'hôpital de jour gériatrique est programmée. Conjointement, les actions de développement de la filière de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence seront initiées. De même, la diffusion des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie et le développement de la coopération avec le secteur psychiatrique regroupent des actions à destination de partenaires de la filière qu'il faudra impliquer et valoriser au fil du temps. La consolidation de ces premières actions sera validée par un processus de communication régulier entre les différents acteurs de la filière, par le biais d'un comité de suivi semestriel chargé d'étudier les dysfonctionnements, de proposer des modes d'actions plus performants et de faire connaître les mises à jour de l'ensemble de la filière. Un axe d'expérimentation est par la suite prévu dans les domaines de la télémédecine et de la délégation de compétence voulue par la loi HPST (art. 51)¹. D'autres actions directement liées à la filière gériatrique sont inscrites dans le projet médical de territoire dans les axes relatifs aux SSR, à l'HAD. Dans le plan d'action relatif à l'oncologie, il est prévu d'assurer les consultations d'oncogériatrie pour les patients recensés sur le territoire. En HAD, une action de développement des interventions en EHPAD vise à éviter des hospitalisations inutiles et à prévenir le risque de dépendance accrue lors du transfert d'un patient. Dans son volet SSR, le projet médical de territoire comporte une action de prise en charge spécifique de la personne âgée. Chacune des actions listées se réfère à un pilote d'action, compétent et motivé pour suivre sa réalisation.

C) Des référents à impliquer

L'ampleur du déploiement du projet médical de territoire du GCS implique que les actions déterminées soient conduites par des pilotes convaincus de leur rôle et prêts à travailler dans la durée. L'ordre du jour des réunions mensuelles du comité de pilotage du projet comprend à chaque fois l'étude de l'avancée de plusieurs actions. C'est le directeur de chaque établissement qui assure le rapport de l'avancée de chaque action au sein de son établissement. Il s'appuie pour cela sur la synthèse réalisée par le pilote de l'action qui fait remonter un état des lieux sur chaque site des réalisations, des écueils et des prévisions. Ce pilote doit donc être informé au préalable de la portée et de l'enjeu de son engagement. Le directeur d'établissement assure à ce niveau auprès des agents

¹ Texte cité

désignés comme pilotes dans son propre établissement la transmission des objectifs et des enjeux définis. Il est ensuite indispensable de s'assurer que tous les moyens sont offerts à ces pilotes pour accompagner la mise en œuvre des actions et recenser leur évolution sur chaque site afin de produire une synthèse la plus réaliste possible et de permettre un suivi de la montée en charge des différents axes de coopération. Là encore, le directeur peut être amené à jouer le rôle de relai entre les différents établissements, dans le cas où un pilote rencontrerait des difficultés de communication. Enfin, dans la production de documents de synthèse, le directeur a pour mission de valoriser le travail de chaque pilote et de les associer à la présentation du point d'étape à l'ensemble des membres du comité de pilotage. Enfin, il appartient à chaque directeur de s'assurer que les constats présentés lors de ce jalonnement du projet médical de territoire sont compatibles avec l'évolution interne du projet d'établissement, et que les initiatives sont réellement comprises et validées par tous les agents concernés.

Si, dans le cadre du GCS du territoire sud Yonne/haut Nivernais, les directeurs impliqués dans la mise en œuvre de la filière de soins gériatrique sont en majorité des directeurs d'hôpitaux, la place du directeur d'établissement sanitaire social et médico-social est largement représentée par les directeurs adjoints de la MDRY et par leurs liens formalisés par le biais du GCSMS avec les directeurs des EHPAD du territoire.

2.2.2 Le GCSMS de l'Auxerrois et de la Puisaye : d'une mutualisation des moyens vers une mission gériatrique renforcée

Le GCSMS de l'Auxerrois et de la Puisaye, fondé sur un projet de partage de professionnels entre les établissements (A) et de mutualisation des actions de formation continue (B) présente l'opportunité pour ses membres de renforcer l'offre de soins selon la logique de filière (C).

A) Le recrutement de professionnels

Les premiers recrutements de personnels communs aux établissements du GCSMS ont eu lieu au début du second semestre 2010. Il s'agit d'une conseillère hôtelière et d'un responsable des marchés publics. Ces deux fonctions essentiellement logistiques vont permettre d'affiner les modalités administratives de la mutualisation des moyens, ainsi que les aspects techniques de l'intervention sur plusieurs sites, principalement les contraintes liées aux déplacements. Elles permettront également de mettre à l'épreuve une démarche d'harmonisation des pratiques, ce qui devrait encourager les directeurs à se positionner sur une culture commune du service médico-social en matière d'accompagnement de la personne âgée dépendante. Dans un second temps, la création d'un service de protection des majeurs est prévue par le GCSMS, avec le recrutement d'un Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs durant le premier semestre 2011.

Parmi les registres sur lesquels officient ces professionnels nouvellement formés¹ figure la prise en compte des souhaits de la personne âgée quand à son mode de vie et la recherche de son consentement aux soins. Ces deux dimensions sont directement interrogées lorsque la personne bénéficie d'un recours aux services hospitaliers gériatriques spécialisés ou une orientation vers un accompagnement médico-social adapté à l'évolution de son état de santé. Les bilans d'activités du service mutualisé de protection des majeurs constitueront donc une base de réflexion pour les directeurs sur les améliorations à envisager dans la juste réponse aux besoins des personnes et à leurs désirs de vie. Par la suite, d'autres fonctions pourraient être portées par le GCSMS en recrutement mutualisé. Une psychologue exerce déjà son activité sur deux des établissements selon une convention de partenariat. Un psychomotricien, un éducateur sportif pour pallier à la pénurie des kinésithérapeutes, pourraient être séduits par une plus-value logistique sur un poste mutualisé, intervenir sur plusieurs établissements et s'impliquer directement dans la continuité des soins. Une réflexion est par ailleurs en cours sur la capacité du GCSMS à initier un service itinérant de soins bucco-dentaires pour les résidents des EHPAD, sous la forme d'un « Bucco-bus »² avec le recrutement d'un chirurgien dentiste à temps partiel.

B) La formation continue

Les actions partagées de formation continue entre les EHPAD de l'auxerrois et de la Puisaye ont pu débuter dès 2009 avec une session sur l'hygiène des locaux et une autre sur l'accueil du résident en EHPAD. Les agents bénéficiaires se déplacent dans l'un des établissements du GCSMS pour recevoir l'enseignement, ce qui permet d'enrichir les échanges entre collègues d'horizons variés et de véhiculer des bonnes pratiques et des innovations. En 2010, les axes mutualisés de formation dans le domaine du soin portent sur le travail de nuit en EHPAD, l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (formation dispensée par la neuropsychologue de la MDRY), les relations entre patients, familles et personnels. Une formation aux gestes et soins d'urgence est proposée aux agents de la MDRY dans le cadre du plan de formation mutualisée du GCS ; il est souhaitable que cette formation dispensée sur le site du Centre Hospitalier d'Auxerre soit dans l'avenir proposée aux agents des autres EHPAD du territoire. Lors de l'élaboration du plan de formation mutualisé du GCSMS pour 2011, les axes suivants ont été proposés : soins aux personnes en fin de vie, travail de nuit en EHPAD, méthodologie d'animation pour le personnel soignant, valorisation des préparations culinaires en EHPAD. D'autres axes de formations en commun sont encore à l'étude, comme la

¹ Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

² MAITREHENRY, A. (2010), *L'organisation des soins dentaires en EHPAD*, Mémoire Master 1 Droit des établissements sociaux et médico-sociaux, Université de Nancy

fonction managériale des cadres de services, la qualification d'assistant de soins en gérontologie¹ ; ces formations seront peut-être liées aux actions régionales prioritaires en 2011. Une formation d'agents référents, issus de deux EHPAD du GCSMS, en matière de manutention des charges et d'activation des personnes a eu lieu en 2009 afin de pouvoir dispenser cette formation à l'ensemble des agents en interne. Ce mode de formation par les pairs a débuté dès janvier 2010 et, devant le succès rencontré, pourrait être étendu vers d'autres établissements du GCSMS. Il ressort que les thèmes de la plupart des formations décrites ont trait à l'amélioration du service à la personne hébergée, à la garantie de la continuité des soins et à la réponse adaptée à l'évolution des besoins des personnes. Cette fonction mutualisée de formation continue constitue une base de culture de soins commune. Elle dessine une perspective de coopération, selon une logique de mission, désormais prépondérante sur la notion, plus restreinte, d'établissement.

C) Perspectives vers une mission gériatrique en coopération

Le fonctionnement d'un EHPAD en circuit fermé, comprenant un lien binaire entre l'institution et le service d'accueil d'urgence le plus proche quand une situation sanitaire se dégrade, appartient désormais au passé. Aujourd'hui l'établissement médico-social se dote de services annexes orientés sur le domicile, voit ses résidents orientés vers une prise en charge en hôpital de jour, accueille des équipes d'HAD ou de soins palliatifs dans ses murs. Le médecin coordonnateur de l'établissement joue un rôle de conseil dans l'orientation du patient vers le service le plus approprié. Il doit être à même de définir quel type de prise en charge l'établissement est en mesure d'assurer, et donc vers quelle ressource du territoire se tourner pour assurer la continuité des soins. Les liens avec ses collègues médecins des services hospitaliers sont primordiaux, car c'est cela qui permettra le moment venu de réagir rapidement et de façon pertinente. L'atout des actions de formation mutualisées entre établissements est à mettre à profit dans cet objectif. Le GCSMS pourra à l'avenir organiser des temps d'information et formation des médecins coordonnateurs sur les enjeux et les conditions de réalisation de la filière de soins gériatriques. Les rencontres ainsi programmées permettraient d'autre part un recensement et une synthèse des questionnements des médecins coordonnateurs vers les services hospitaliers, en matière de procédures d'orientation notamment. Des rencontres entre médecins coordonnateurs et praticiens hospitaliers, entre cadres de santé et infirmiers coordinateurs, accélèreraient la formalisation des procédures d'entrée et de sortie de la Filière de Soins Gériatriques hospitalière depuis les EHPAD. C'est à terme, une connaissance pointue de la ressource en soins du territoire qui sera accessible aux médecins coordonnateurs et aux personnels de soins des membres du

¹ Circulaire du 28 mars 2007, texte cité

GCSMS. L'information des familles des résidents et l'association de ces dernières aux décisions de modification de prise en charge se trouveront clarifiées.

2.2.3 Autres formes de collaboration

La collaboration entre différents établissements autour d'intérêts et de missions en commun s'est d'abord articulée sous forme de réseaux de santé (A) tandis que des conventions de partenariat formalisent des liens fonctionnels depuis longtemps (B).

A) Les réseaux de santé

Initialement prévus pour assurer un lien entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, et rompre l'isolement de la pratique libérale des professions de santé, les réseaux de santé se sont constitués autour des spécialités oncologiques ou périnatales, dans des régions relativement éloignées d'une offre de soins hautement technique. Il s'agissait de garantir les conditions d'une surveillance et d'un accompagnement de qualité entre des épisodes aigus nécessitant une hospitalisation. Peu à peu, le fonctionnement en réseau s'est étendu à la gériatrie, surtout dans les régions rurales éloignées des grands centres hospitaliers et connaissant une population vieillissante. Cela s'est fait selon un procédé souple de liens transprofessionnels, afin de répondre au « souci d'efficacité dans l'action concrète et à la nécessité de faire appel à la meilleure compétence disponible à chaque moment »¹. Le réseau présente l'avantage de la rencontre des médecins avec des partenaires non médicaux qui débouche, à travers les réunions, sur des relations professionnelles de reconnaissance et d'estime. Définis dans un premier temps par une circulaire en 1999², les modalités de constitution et de fonctionnement des réseaux de santé ont été précisées dans la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé³. Plusieurs réseaux de santé existent en Bourgogne, dont deux sont situés sur le territoire couvert par le GCS sud Yonne /haut Nivernais. Le médecin gériatre responsable du Réseau de Santé du Haut Nivernais, rencontré lors des entretiens menés sur le thème de la filière de soins gériatriques, explique que les missions aujourd'hui assurées par le réseau se sont peu à peu précisées en fonction des besoins de la population et des demandes des professionnels. A ce jour, les champs d'intervention du réseau portent sur le dépistage auprès de la population, l'évaluation, en particulier l'évaluation gérontologique, l'aide aux professionnels et le suivi des hospitalisations. Le réseau de santé ne se substitue pas à la filière de soins, mais se

¹ *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, opus cité

² Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

³ Art. 84 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

révèle au contraire un partenaire privilégié par les liens renforcés entre les professionnels intervenant au domicile. Depuis l'intervention quotidienne de l'auxiliaire de vie jusqu'à la consultation du médecin gériatre, les informations sur l'état de santé de la personne âgée peuvent être consultées sur un support unique. Cet accès à l'information garantit l'intervention rapide d'une infirmière ou d'un médecin généraliste en amont des services hospitaliers, et permet en aval à ces mêmes services hospitaliers de visualiser les ressources sociales et environnementales de la personne avant un retour à domicile.

B) Conventions de partenariat

Différents modes de collaboration ont toujours existé entre les EHPAD et les services hospitaliers. Le partenariat classique est très développé entre les EHPAD et les services partenaires, comme une officine pharmaceutique de ville ou un SAU de proximité par exemple. Traditionnellement validé par le biais d'une convention signée entre directeurs, il présente l'avantage d'être immédiatement opérationnel et révocable rapidement, contrairement au GCSMS qui suppose une genèse soigneusement réfléchie et une validation par les autorités de tutelle qui peut s'avérer très longue¹. La convention de partenariat porte en général sur quelques points précis déterminés en amont, et se base sur une coopération le plus souvent administrative, une formalisation de procédures. Cependant, s'il est aisé à mettre en place, le partenariat est fragile. Il ne repose que sur l'entente entre les personnes qui l'ont instauré, et ne va pas de soi. Il peut s'avérer difficile de le faire vivre, si la dynamique fait défaut, si la concrétisation des actions projetées tarde, si des dysfonctionnements apparaissent. Pour répondre à la volonté politique de coopération entre les établissements, le partenariat peut être une étape préalable qui permet de cerner le degré d'engagement de chacun, sa capacité à faire face aux changements décidés et sa faculté de se projeter dans une logique d'offre de soins concertée et optimisée.

2.2.4 Les outils émergents

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication offrent des outils fonctionnels pour renforcer la circulation des informations relatives à chaque patient (A) et pour permettre l'exercice de l'expertise médicale à distance (B). Parallèlement, le questionnement éthique introduit de nouvelles approches dans les soins aux personnes âgées (C)

¹ Il s'est écoulé plus d'un an entre la signature de la convention constitutive du GCSMS de l'auxerrois et de la Puisaye et la publication de l'arrêté préfectoral validant cette convention, ce qui a retardé d'autant les premières actions de coopération, notamment en matière de recrutement mutualisé d'agents.

A) Le Dossier Médical Personnel

Instauré par la loi du 13 août 2004¹, le Dossier Médical Personnel (DMP) a pour but d'améliorer la transmission entre professionnels de santé d'informations relative à chaque patient. C'est une application numérique concrète du droit pour toute personne d'accéder directement à « l'ensemble des informations concernant sa santé », introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins². Cependant, c'est un système complexe à mettre en place pour des raisons de confidentialité, de sécurisation de la consultation des données, mais aussi d'appropriation de ces nouveaux modes technologiques par les différents professionnels de santé appelés à intervenir sur le DMP. A l'échelle d'un territoire de santé et dans une perspective de filière, le DMP croise trois cadres d'hébergement de données de santé : l'établissement hospitalier, le médecin traitant et l'établissement ou service médico-social (EHPAD ou SSIAD), auxquels s'ajoutent des professionnels libéraux (pharmacien, biologiste, radiologue). Chacun de ces acteurs possède sa propre base de « dossier métier », de laquelle il extrait les informations « utiles à la coordination des soins et à la prise en charge du patient par d'autres professionnels de santé »³. La plupart des EHPAD du GCSMS sont dotés d'un dossier de soins informatisé comprenant un volet médical ; la MDRY a prévu de le mettre en place à partir du second semestre 2010. Les centres hospitaliers répondent eux aussi aux exigences de l'équipement en supports numérisés d'information médicale. Le défi sera de garantir une circulation des informations d'un site à l'autre dans le cadre du parcours de soins organisé en filière. Si les avancées au niveau national se concrétisent avec les expérimentations de DMP menées par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP-santé), le territoire sud Yonne et Haut nivernais a choisi⁴ de développer le dispositif Dossier Unique d'Orientation (DUO) créé localement. L'enjeu est double : disposer en permanence d'un dossier complet sur le patient et ses besoins d'une part, et améliorer les flux de patients entre les services de court séjour et les structures du territoire de santé (SSR, HAD, EHPAD, USLD, domicile) d'autre part.

B) La télémédecine

Le développement de la télémédecine est inscrit dans le projet médical de territoire du GCS. L'article 78 de la loi HPST définit la télémédecine (art L6316-1)⁵ comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, mettant en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

² Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, art. L.1111-7

³ MONNIER A. (2009) *Le dossier Médical Personnel : histoire, encadrement juridique et perspectives*, RDSS n°/2009, p. 625

⁴ Projet Médical de Territoire sud-Yonne haut-Nivernais, référence citée

⁵ Texte cité

professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. Outre une réduction des coûts et des temps d'intervention médicale, la pratique de la télémédecine limite le transport des usagers, ce qui est primordial chez les personnes âgées fragilisées. Si les applications en termes d'imagerie médicale sont déjà à l'œuvre entre deux centres hospitaliers du GCS, les EHPAD et les médecins libéraux ne semblent pas encore avoir pris la mesure des bénéfices que pourrait apporter cette pratique sur les zones situées à plus de vingt kilomètres d'un plateau technique. La réduction du nombre de jours d'hospitalisation peut être escomptée, ainsi qu'une réponse à une pénurie des personnels de santé. La consolidation de la filière de soins gériatrique peut être enrichie par le biais de ce dispositif, « qui remet le patient au cœur du système dans un territoire de santé. »¹

C) Le questionnement éthique

La MDRY a adopté depuis plusieurs années une démarche d'analyse des problèmes rencontrés par les soignants dans leur pratique professionnelle et leurs relations avec les résidents. Les réunions hebdomadaires avec le médecin coordonnateur à ce sujet, lieux d'écoute de la souffrance ou du vécu difficile des soignants, ont débouché en 2008 sur la création d'un Comité d'Ethique interne à l'établissement. Cet outil a pu être construit grâce à la réponse à un appel à projet de la Fondation Médéric Alzheimer. Le financement de cet organisme a permis la formation des soignants volontaires et des membres externes engagés dans la démarche. Depuis 2008, le Comité d'Ethique se réunit chaque trimestre. Il rassemble des soignants de l'établissement (infirmière, aide-soignante, cadre de santé, psychologue, médecin), des administratifs (directeur adjoint, responsable du service des admissions) et des membres extérieurs (philosophe, juriste, membre du culte, directeur d'un autre établissement, représentants d'associations d'usagers). La séance a lieu durant une matinée au cours de laquelle est abordé un unique problème éthique à travers plusieurs cas concrets anonymisés. Elle se clôt par un ensemble de propositions et de positionnement destinés à guider les soignants dans leur pratique quotidienne face à la résurgence d'un cas similaire. Un compte-rendu est rédigé à destination de chaque membre du comité. Le contenu est restitué dans chaque service lors d'un temps dédié, devenu au fil du temps un échange très attendu par les agents. Cette démarche de management éthique opérationnelle sur la MDRY fait écho auprès des autres établissements du GCS. Elle est mentionnée dans le projet médical de

¹ G. ALAJOUANINE, 2009, *Télémédecine, l'accès aux soins pour tous*, Cités Numériques n°19, p.9

territoire, ce qui montre que la préoccupation des directeurs du territoire est résolument tournée vers une réponse de qualité sur la prise en soins des personnes âgées fragiles. Cette force de conviction sera déterminante dans les réalisations qui sont d'ores et déjà initiées. Les entretiens menés à l'occasion de ce travail sont tous empreints d'idées suggestives qui convergent vers des préconisations concrètes.

3 Préconisations vers la constitution d'une filière de soins gériatriques

Si la mutualisation des moyens et la dynamique de collaboration sont impulsées par les groupements de coopération (3.1), le directeur d'EHPAD remplit à son niveau une mission de renforcement de la culture gériatrique (3.2).

3.1 La mutualisation des moyens, un axe fort des groupements de coopération

La mise en synergie des différents moyens à l'échelle d'un territoire de santé est désormais reconnue comme une évolution incontournable (A), dans laquelle le décloisonnement des secteurs est crucial (B). Déjà l'activité sanitaire est organisée hors des murs de l'hôpital (C) et bénéficie de cadres stables de réalisation (D).

3.1.1 Appui sur une évolution incontournable, une dynamique bien engagée

La récente réforme de l'hôpital renforce la coopération entre établissements de santé (A) et octroie aux ARS un rôle transversal (B). L'Yonne bénéficie d'un soutien avéré des décideurs locaux (C), ce qui permettra un ancrage solide des chaînons défailants dans la filière de soins (D).

A) La coopération entre établissements de santé, axe de la loi HPST

La loi HPST privilégie la constitution de GCS et leur procure des marges de manœuvre renforcées. Le GCS est présenté comme « le mode privilégié entre établissements de santé (...) et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, d'autres organismes ou le secteur médico-social »¹. Cette ouverture favorise le projet de filière de soins gériatriques porté par le GCS sud Yonne/haut Nivernais. Le GCS qualifié d'établissement de santé peut désormais être titulaire des autorisations d'activités de soins, et se voir attribuer par le directeur général d'une ARS une ou plusieurs missions de service public. Une dotation de MIGAC peut être versée directement au GCS s'il a été constitué en ce sens. Ce point sera à étudier lors de la réitération de la demande d'autorisation pour l'EMG. L'activité d'USLD détenue par le Centre Hospitalier d'Auxerre a été transférée au GCS pour un exercice de cette activité sur le site de la MDRY, ce qui concrétise l'option « établissement de santé » prise par le GCS. Le directeur d'un établissement de santé membre d'un GCS se voit attribuer par la loi HPST une compétence décisionnelle absolue, tant au niveau de l'élaboration et de la

¹ BERGOIGNAN-ESPER C. (2009), *Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation*, RDSS n°5/2009 p. 813

signature de la convention constitutive que de la politique d'ensemble en matière de coopération. Les orientations stratégiques en matière d'offre de soins sur un territoire seront donc désormais décidées par concertation entre les directeurs d'établissements de santé et le directeur général d'ARS à travers le Projet Régional de Santé (PRS) qui comprend le Schéma Régional d'Organisation des Soins et le Schéma Régional Médico-social.

B) La transversalité portée par l'ARS

La loi HPST a créé les ARS dans le but de « rassembler dans un organisme unique, à l'échelon régional, les administrations en charge d'assurer la régulation et la supervision du système de santé »¹. Le PRS, véritable plan stratégique, regroupe les secteurs sanitaire, médico-social et préventif déclinés en schémas régionaux. Ces outils de planification sont repris au niveau départemental dans les schémas départementaux qui seront déclinés au sein des conférences de territoire. La simplification de l'offre de soins et la cohérence de l'articulation des secteurs est affichée : « L'objectif est clair. Les ARS doivent se concentrer sur les parcours des personnes et faire en sorte de prendre en compte leurs besoins et leurs attentes. Notre travail consiste à partir des besoins des patients pour construire la réponse la plus adaptée. Nous sommes donc un mode de fonctionnement très transversal. Cette démarche est la base de raisonnement des ARS »². L'ARS de Bourgogne comprend, outre les services généraux et logistiques, un pôle de pilotage, une direction de la santé publique et une direction de l'offre de soins et de l'autonomie. Cette dernière veille à la mise en œuvre des complémentarités et des recompositions de l'offre inscrites dans les schémas. Elle est également chargée de promouvoir les réponses utiles avec les acteurs concernés, sur le plan des réseaux de santé notamment. Un département d'appui à la performance des offreurs de santé assurera une compétence en matière de développement des systèmes d'information en santé, ressource à privilégier lors du développement du DMP sur le territoire. Quatre Délégations Territoriales (DT ARS), correspondant aux quatre départements bourguignons, assureront l'animation des projets territoriaux de santé. Le projet médical de territoire porté par le GCS trouvera là un espace favorable à sa mise en œuvre. Cette nouvelle organisation régionale offre l'opportunité, pour les pilotes de la filière de soins gériatriques du territoire, de solliciter de l'ARS un appui à la réalisation et, en retour, de communiquer au niveau territorial et régional sur les avancées réalisées.

¹ BRAS P-L. (2010), *Agences régionales de santé : vers une meilleure gouvernance du système de santé ?* Problèmes économiques n°2.987, p. 42

² DESAULLE M.-S., DG ARS Pays de Loire, *La nécessité de fonder une culture commune*, HOSPI MEDIA 13/04/2010

C) Une réelle volonté administrative et politique locale

Face aux perspectives démographiques, l'attractivité du sud de l'Yonne et du nord de la Nièvre est une préoccupation pour les élus locaux. C'est pourquoi les maires de communes disposant d'établissements de santé engagés dans une démarche de coopération, ainsi que les édiles des communes rurales dotées d'EHPAD publics constitués en GCSMS se sont montrés favorables dès les prémices des groupements de coopérations. Leur engagement continue de s'affirmer à travers leur présence et leur participation aux débats lors des instances des deux groupements. La stratégie sur le territoire est affichée, comme en témoigne l'expression de « mariage volontaire » employée par le maire d'Auxerre dans un article de presse locale consacré à la validation du projet médical de territoire¹. Les autorités de tutelles du territoire sont également particulièrement investies dans la réforme du système de santé : Le Président du Conseil Général de l'Yonne est co-auteur d'un rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire sur le projet de loi HPST², dont certains points portent sur les GCS et le rôle des ARS dans l'attribution des moyens financiers. L'ARS de Bourgogne est dirigée par l'une des co-auteurs d'un ouvrage portant regard sur la loi HPST, dans lequel elle précise que « les acteurs de santé des territoires doivent pouvoir participer à l'identification des besoins et des problèmes de réponses à ces besoins »³. Ces personnalités profondément impliquées dans la question de la réponse en santé sont une chance pour les directeurs du territoire, gage d'un écho attentionné, pourvu qu'ils adoptent des stratégies pertinentes dans l'enrichissement de l'offre de soins, à commencer par les services absents dans la filière de soins gériatriques.

D) Ancrage des chaînons manquants ou défaillants

Forts du cadre juridique et de ce soutien des élus locaux, le GCS s'est fixé l'objectif d'ancrer une EMG opérationnelle sur le CH d'Auxerre. Les pilotes de l'action décrite dans le projet médical de territoire s'attèlent dès à présent à déposer un dossier de demande d'autorisation de l'activité auprès de l'ARS et à définir un programme de montée en charge. Les réunions mensuelles du comité de pilotage permettront de veiller à la constitution d'une équipe dans de bonnes conditions. Le champ d'action de l'EMG pourra dès lors être sereinement défini en fonction des besoins répertoriés sur le territoire, en particulier sur le plan de l'intervention de l'EMG dans le secteur médico-social. C'est à ce stade que la MDRY pourra se faire le relai auprès des membres du GCS de l'implication des EHPAD dans la construction du processus de filière de soins. Si l'existence de la totalité des services décrits dans la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins

¹ FERREZ G., *Quatre hôpitaux convolent*, L'Yonne Républicaine du 1^{er} avril 2010.

² ROLLAND J-M. et MILON A., Rapport au nom de la Commission mixte paritaire sur le projet de loi HPST déposé le 16 juin 2009

³ Opus cité, p. 349

gériatrique est la condition première vers une labellisation, le problème de la démographie médicale et paramédicale risque de compromettre un fonctionnement satisfaisant. C'est par la lisibilité des moyens mutualisés que pourra émerger l'attractivité du territoire pour l'installation de nouveaux professionnels. Auprès de la population, le repérage du processus de filière ne pourra s'affranchir du relai du CLIC. Il appartient donc aux centres hospitaliers et aux EHPAD de reconnaître ce partenaire, en défaut actuellement sur l'Auxerrois et la Puisaye, et de lui accorder la place qui lui revient lors des décisions d'orientation des patients. Dans une perspective d'extension de la mission de formation du GCSMS, les liens avec les services sociaux ont vocation à se renforcer eux aussi, principalement dans le cadre du développement des places de SSIAD, d'accueil de jour, de la création d'une Unité d'Hébergement Renforcé, mais également dans une logique de partenariat avec les CLIC et les MDPA. Sur le territoire de la Puisaye et sur l'agglomération auxerroise, le GCSMS peut ainsi permettre d'ébaucher des fonctionnements croisés, préfigurateurs d'un réseau de soins gérontologique.

3.1.2 Le rôle du directeur d'EHPAD dans le décloisonnement des secteurs

En réponse à l'hypothèse de départ selon laquelle la filière de soins gériatriques gagnerait à identifier ses partenaires médico-sociaux comme des facilitateurs, le directeur d'EHPAD doit rechercher des orientations pertinentes dans la logique de filière (A), une diversification de l'accompagnement gérontologique (B) et l'innovation en direction de la médecine de ville (C).

A) Les orientations pertinentes dans la logique de filière

« Être à l'initiative des filières de soins gériatriques »¹, comme le prône Dominique LUSSIER, Vice-présidente du Syndicat National de Gérontologie Clinique, c'est une opportunité dont le directeur d'EHPAD doit se saisir, une stratégie de démarche ascendante lorsque l'offre hospitalière est hésitante. Le directeur d'EHPAD en développant un mode de coopération par le biais de GCS ou de GCSMS, renforce le réseau des professionnels qui interviennent autour de la personne âgée. La voix d'un GCSMS regroupant plusieurs EHPAD sur un même territoire se fera dans ce sens plus représentative et plus persuasive auprès des services hospitaliers, que celle d'un établissement isolé. Il s'agit de faire connaître aux pilotes du projet médical de territoire les attentes précises de chaque établissement vis-à-vis de l'orientation des résidents nécessitant des soins hospitaliers, afin que chacun y gagne, le résident, l'EHPAD et le centre hospitalier. Le travail en groupements de coopération permet par ailleurs de faire

¹ LUSSIER D., vice-présidente du Syndicat National de Gérontologie Clinique, intervention FHF-CNEH du 16 décembre 2009, Paris.

fructifier les compétences professionnelles mutualisées entre les établissements. Par exemple, pour la filière de soins gériatriques, des postes clés d'ergothérapeute, de diététicien ou d'orthophoniste seront plus attractifs s'ils sont partagés entre un exercice partiel en EHPAD et un exercice en SSR gériatrique. Cette mutualisation est l'occasion de rendre palpable le dispositif en place car les acteurs œuvrant dans différents services pourront se faire vecteurs de la philosophie et de l'organisation de la filière. Le décloisonnement ainsi produit permet au directeur de s'informer sur les avancées de la filière et d'informer en retour les équipes de soignants sur son fonctionnement, son évolution prévue. Cette nouvelle pratique du soin gériatrique est à mettre en perspective avec le projet d'établissement, à travers le projet de soins et le projet de vie de chaque résident. Dans le cas d'un établissement présentant plusieurs types de services, la filière de soins passe par le développement de liens entre les professionnels de l'EHPAD et ceux du domicile, afin que tous agissent selon les mêmes principes. Dans un processus descendant, il appartient au directeur d'asseoir l'établissement médico-social public dans une offre de prise en charge diversifiée, adaptable et innovante, identifiée par les cadres de santé et les assistants de service social du secteur hospitaliers chargés de l'orientation des patients, toujours selon une logique de filière. Cette identification doit bien sûr être parallèlement assurée par le CLIC, et, c'est bien au directeur de s'assurer de ce point, quitte à faire visiter sa structure pour plus de visibilité.

B) Les réponses diversifiées d'accompagnement gériatrique

A partir de l'année 2011, les nouvelles mesures de gestions des médicaments en EHPAD et l'évolution des missions du médecin coordonnateur vont amener les directeurs à diversifier l'accompagnement gériatrique. Lors des 7èmes Assises du médecin coordonnateur en EHPAD en 2009, la secrétaire d'Etat chargée des aînés a proposé la création d'une commission de coordination gériatrique au sein des EHPAD¹. Les caractéristiques de cette nouvelle instance sont détaillées dans le rapport de mission remis en décembre 2009² : « Pilier d'une coordination interdisciplinaire et interprofessionnelle effective, la Commission de Coordination Gériatrique (CCG) est un lieu d'échanges et de concertation, d'instruction et de suivi des projets de l'établissement ». Elle sera présidée de droit par le médecin coordonnateur et sera constituée de l'ensemble des médecins libéraux intervenants dans l'établissement, du pharmacien référent, de l'infirmière coordinatrice ou du cadre de santé et du directeur. L'ordre du jour sera fixé conjointement par le médecin coordonnateur et le directeur. La CCG est une étape importante à ne pas négliger. Elle devrait permettre de positionner

¹ BERRA N. 24 novembre 2009, Discours de clôture des 7èmes Assises du médecin coordonnateur en EHPAD.

² Rapport de mission remis à Madame Nora BERRA, Secrétaire d'Etat aux Aînés, 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD, décembre 2009.

clairement le médecin coordonnateur dans l'organigramme de l'établissement et vis-à-vis de ses collègues libéraux comme l'acteur central du projet de soins. Outre la clarification de ses missions, la CCG sera aussi le vecteur pour le médecin coordonnateur, de la diffusion des principes de la filière de soins gériatriques auxquels devront se familiariser les médecins de ville. Elle pourra, sur proposition du directeur, se faire l'écho de problématiques particulières, comme les soins palliatifs ou les liens avec le secteur psychiatrique. Si des partenariats existent depuis plusieurs années entre les centres hospitaliers psychiatriques et les EHPAD, sous forme d'interventions hebdomadaires d'infirmiers psychiatriques, la demande des soignants s'intensifie en matière de formation à la psycho-gériatrie. En effet, devant l'accroissement du nombre de résidents souffrant de démences, les pratiques de soins nécessitent d'être actualisées.

C) Les innovations vers la médecine de ville

Partenaires essentiels de l'équipe soignante d'un EHPAD, les médecins de ville ont fonctionné à leur gré avant de connaître l'arrivée du médecin coordonnateur. Désormais ils ont vocation à coopérer avec celui-ci dans le cadre du projet de soins de chaque établissement, et leur mode de collaboration est sur le point d'être renforcé par une contractualisation avec la direction. Ce mode de partenariat impliquera plus le médecin de ville en termes de temps passé dans chaque EHPAD, notamment lors des commissions de coordination gériatriques, alors que leur nombre diminue sur le territoire rural du sud de l'Yonne. Pour corriger ce risque de « désert médical » et rendre attractif un partenariat médecin coordonnateur/ médecin libéral, un directeur d'établissement situé aux confins de l'Yonne et de la Côte d'Or a installé une Maison de Santé dans les murs de l'EHPAD. Ce compromis offre au professionnel libéral des locaux, une logistique et un secrétariat. En contrepartie, il garantit une disponibilité du médecin pour les patients et offre une proximité favorisant le dialogue et le travail en projet avec l'équipe soignante. Cette proximité encourage également le médecin coordonnateur dans sa mission auprès de ses confrères libéraux et hospitaliers. Il est envisageable d'étendre ce mode de mise à disposition de locaux sur d'autres secteurs géographiques à l'avenir, notamment en Puisaye ou dans le nord de la Nièvre. L'EHPAD peut ainsi devenir un site pivot, entité plus facilement identifiable par les équipes hospitalières exerçant en externe.

3.1.3 L'activité hospitalière hors les murs

Avec l'accent mis par les pouvoirs publics sur l'accompagnement gériatrique au plus près du domicile, l'activité hospitalière est reconnue dans sa mobilité avec la création des EMG (A), le renforcement du champ d'action de l'HAD (B) et le développement des réseaux de soins palliatifs (C).

A) Équipe mobile gériatrique

La mise en place de l'EMG sur le territoire sud Yonne et haut Nivernais sera progressive : D'abord installée en interne au Centre Hospitalier d'Auxerre à destination du SAU, des services de spécialités, des SSR, elle pourra être amenée à s'étendre. La révision quinquennale du projet médical de territoire déterminera son rôle vers les autres centres hospitaliers et la MDRY par le biais du GCS, et bien sûr en fonction des moyens alloués par l'ARS. Dans un second temps, la mobilité auprès des EHPAD pourra être envisagée lors d'actions ponctuelles, afin de créer et de pérenniser des liens entre professionnels. Le champ d'action pourra dès lors être étendu, toujours sous réserve que les moyens soient garantis, et que les partenariats soient clairement définis quand au rôle et à la place du CLIC et de l'équipe gérontologique du Conseil Général en matière d'évaluation gérontologique, afin qu'il n'y ait pas de doublon avec l'action de l'EMG. Il conviendra également de favoriser et de soigner la collaboration entre les médecins coordonnateurs, les médecins traitants et le gériatre de l'EMG. Si le déploiement initial est prévu de manière exclusivement intra-hospitalière, la vocation de l'EMG est bien la mobilité sur le territoire, à l'instar de ce qui se pratique sur le territoire voisin du nord Côte d'Or. Là, l'EMG pratique les évaluations gériatriques en EHPAD et à domicile, prend contact avec la famille, avec les services médico-sociaux, et contribue à renseigner ainsi une base de données sur chaque habitant âgé susceptible à tout moment d'entrer dans la filière de soins gériatriques.

B) L'hospitalisation à domicile

Les interventions d'HAD en EHPAD tardent à se développer dans l'Auxerrois par manque de communication de la part du service hospitalier et par frilosité des directeurs. Or c'est bien un gain mutuel qui est à escompter, tant pour le centre hospitalier que pour l'EHPAD qui bénéficie d'un renfort de personnel de soins pour des pathologies lourdes, pour les infirmiers libéraux qui peuvent s'appuyer sur les compétences d'une équipe complète et pour le médecin traitant qui continue de suivre le patient. Outre une solution économique intéressante, cela permet de réduire les perturbations environnementales chez un sujet fragile et donc les risques de désorientation. La pratique de l'HAD en EHPAD permet au service hospitalier de s'appuyer sur le service médico-social venu « se substituer aux défaillances du cadre familial »¹. Dans le projet médical de territoire du GCS, le développement de l'offre de soins de l'HAD prévoit une action de développement des interventions dans les EHPAD. Cela est déjà le cas à la MDRY ; cet établissement appelé à devenir un pôle de référence gériatrique est le plus à même de convaincre ses pairs de favoriser l'entrée de l'HAD dans les établissements médico-sociaux. Le directeur doit

¹ L'hôpital hors les murs

veiller, lors d'une contractualisation, à l'information des soignants de la teneur des interventions de l'équipe HAD. Le problème de la répartition de la responsabilité des intervenants mérite d'être abordé. La consignation des actes dans le dossier de soins, le rôle de surveillance attendu et les conduites à tenir par l'équipe de l'EHPAD en cas de problème lié à la pathologie soignée, tout cela doit être précisé au préalable, afin d'éviter les dysfonctionnements. Il est important aussi de prévoir des temps de transmission entre l'équipe de soins et l'équipe HAD, ainsi que la présence de l'infirmière coordinatrice de l'EHPAD lors des temps de réajustement thérapeutique.

C) Les soins palliatifs

L'EHPAD est un lieu de vie et un lieu de fin de vie ; 74% des décès des personnes résidentes en EHPAD ont lieu dans le service¹. Face à ce rôle d'accompagnement des instants ultimes de la vie, se sont développées des formations du personnel soignant abordant les soins spécifiques à la fin de vie. Cependant, chaque situation est particulière et peut nécessiter du renfort en personnel ou un apport d'expert sur les conduites thérapeutiques à tenir, les ressources professionnelles ou bénévoles à privilégier. C'est le rôle du réseau de soins palliatifs. S'il en existe un proche de l'établissement médico-social, ou si le centre hospitalier de proximité dispose d'une équipe mobile de soins palliatifs, il appartient au directeur de se positionner comme établissement partenaire, cela afin de systématiser le recours à ces professionnels (psychologues, infirmiers, médecins, associations) en soutien pour l'équipe de l'EHPAD et la famille lorsqu'un résident est en fin de vie. Cela mettra en valeur les capacités du secteur médico-social à assurer un relais de qualité lorsque la médecine curative a épuisé ses ressources. En l'absence de réseau, (seul le haut Nivernais en est pourvu sur le territoire), le GCSMS aurait la possibilité de faire remonter vers le GCS un constat de terrain dans la perspective du développement des soins palliatifs, comme inscrit au projet médical de territoire. Un rapport peut être élaboré, par exemple, au terme d'une formation mutualisée sur les soins de fin de vie, comme cela est prévu en 2011 pour les EHPAD de l'Auxerrois et de la Puisaye. Il s'agirait de rendre compte des soins réalisés, des écueils rencontrés, des besoins recensés, et de faire des propositions pour œuvrer à la création d'un tel réseau. Une autre solution serait de mutualiser des compétences au sein du GCSMS en formant un infirmier aux soins palliatifs dans un établissement, en réponse aux préconisations de la secrétaire d'état chargée des aînés². L'intervention en soutien aux équipes des autres EHPAD membres du GCSMS deviendrait alors possible, cela permettrait de valoriser un agent soignant, de l'orienter vers des actions de formation et de le fidéliser.

¹ Rapport DREES 2008 sur l'état de santé de la population en France

² N. BERRA, Guyancourt, 2010, Mesures du plan de Soins Palliatifs 2008-2012 dans le secteur médico-social et à domicile.

3.1.4 Des bonnes résolutions à la réalisation

Mener à bien une démarche de soins sous forme de filière suppose de s'appuyer au départ sur des cadres stables : des personnes pilotes (A) et une utilisation avisée des outils de coopération (B).

A) L'engagement des pilotes d'action

La finalité de la filière de soins gagnera à être soigneusement présentée auprès des personnels directement impliqués dans chaque établissement. Les modalités devront être construites en concertation entre les différents acteurs, d'abord au sein des centres hospitaliers avec les médecins et les cadres de santé. Les pilotes des différentes actions détaillées dans le projet médical de territoire devront être volontaires et convaincus du bien-fondé de leur propre démarche pour, à terme, emporter l'adhésion du plus grand nombre. Il leur appartiendra de solliciter les partenaires de l'hôpital autour de la filière de soins gériatriques, et donc d'anticiper la nécessaire harmonisation des pratiques entre les différentes institutions. Parallèlement en EHPAD, médecins coordonnateurs, infirmiers référents, cadres de santé, paramédicaux ont à s'interroger dès maintenant sur les leviers à activer pour répondre aux enjeux de la filière. L'implication des usagers est à privilégier dès ce stade : les membres du CODERPA sont en effet en mesure à la fois d'apporter un témoignage sur les dysfonctionnements dans l'orientation des patients et de relayer auprès de leurs pairs la dynamique voulue par les décideurs. Au sein des établissements, les instances de consultation que sont Comité de Relation avec les Usagers et pour la Qualité des Soins, pour les hôpitaux, et le Conseil de la Vie Sociale, pour les EHPAD, constituent des espaces privilégiés de présentation des améliorations visées et d'anticipation de la réponse aux problèmes structureaux de l'offre de soins. Il importe alors que chaque institution identifie un binôme administratif et médical qui soit partie prenante sur le long cours pour jouer le rôle de courroie de transmission entre l'activité des services et les instances de coopération.

B) L'harmonisation par la coopération

Devant l'étendue de la tâche que constitue l'implantation effective d'une filière de soins gériatrique sur un territoire, le rôle des personnels de direction sera déterminant. La directrice adjointe de la MDRY prend un certain recul sur le sujet : « le travail avec l'autre implique le regard sur le travail de l'autre, donc il faut accepter son regard, accepter le partenariat au bénéfice du résident. Chacun s'expose à la remise en question, on introduit la notion de confiance dans l'accompagnement proposé ». Qu'il s'agisse des Directeurs

des centres Hospitaliers de proximité, des Directeur des Soins, le cas échéant d'un DESSMS chargé d'un pôle gériatologique, ils auront à œuvrer sur plusieurs champs organisationnels : prévenir le risque de chevauchement des temps de réunion et une possible démotivation des gériatres, faciliter les contacts entre les établissements, s'informer régulièrement du maintien de la motivation du pilote, au besoin relayer une proposition de réajustement fonctionnel. Garants de la réalisation des actions initiales, leur vigilance quand au respect du travail des équipes engagées dans chaque action, à l'avancement du projet, à la présentation des expérimentations d'outils et des processus opérationnels validés sera renforcée par le travail du comité de pilotage du projet médical de territoire porté par le GCS. Les directeurs des établissements du GCSMS, quand à eux, ont désormais l'opportunité de parler d'une seule voix et représentent un volume conséquent d'utilisateurs, qui peut faire poids dans les étapes techniques de la mise en place de la filière. C'est par eux également que se diffusera la plus-value de la prise en compte des besoins de la population gériatrique au niveau de l'équilibre socio-économique et intergénérationnel sur le bassin de vie.

3.2 : Renforcer la culture gériatrique, une mission du directeur d'EHPAD

En introduction de ce mémoire était posée l'hypothèse d'un manque de culture gériatrique, constat établi au fil des entretiens. Pour amender cela, les EHPAD disposent d'un contact privilégié avec les personnes âgées et leurs familles (A) et détiennent des leviers d'action en matière de communication (B) et de valorisation des personnels (C).

3.2.1 L'utilisateur acteur, le rôle des familles

Face aux clichés dévalorisants de la vieillesse dépendante, les établissements médico-sociaux s'attachent à prendre soin de la vie des personnes jusqu'au stade ultime d'une façon édifiante (A). Lieux de soins mais aussi de projets de vie, la prévention y trouve une place privilégiée (B). Lieux ouverts vers la société, les liens familiaux y sont valorisés (C).

A) Vieillir en restant debout¹

La conservation des facultés physiologiques de locomotion, de nutrition, mais aussi l'attention à soi, la culture des liens sociaux et du tissu affectif sont déterminants dans la capacité d'une personne âgée à conserver le plus longtemps possible un état de santé exempt de graves dépendances. Les EHPAD œuvrent de plus en plus dans cette perspective. Cela va de l'offre aux usagers de menus riches, variés et attrayants autant

¹ Concept développé par Yves Gineste et Rosette Marescoti dans le programme de formation Humanitude

que nourrissants du point de vue protéino-énergétique pour prévenir une dénutrition délétère pour des organismes fragiles, aux ateliers socio-esthétiques qui apportent une valorisation de l'image vieillissante. La préservation de la fonction de locomotion, par le maintien de la souplesse articulaire et de la force musculaire qu'elle engendre, est à privilégier particulièrement, d'autant plus qu'elle permet de continuer à réaliser les gestes de la vie courante, comme se laver, aller aux toilettes, s'installer à table, et donc d'entretenir les circuits cérébraux nécessaires à ces activités. L'expertise que les EHPAD vont développer dans ce sens au cours des prochaines années sera un atout précieux pour les acteurs médicaux et sociaux de la filière de soins gériatriques. Le dialogue autour du projet de vie, élaboré pour chaque résident en fonction de ses capacités restantes et de l'expression de ses choix de vie au quotidien, aura à être réinterrogé lors des épisodes de maladie. C'est alors que les compétences hospitalières en matière de gériatrie pourront s'appuyer sur la culture gériatrique et gérontologique présente dans les établissements médico-sociaux. Il est question ici autant des actions d'envergure que des détails de soins comme l'entretien des prothèses dentaires qui permettent une mastication efficace, ou plus simplement encore des lunettes correctrices en bon état. Cela est valable quelle que soit la nature des atteintes liées aux pathologies. Une personne âgée vulnérable, même démente, conserve la capacité humaine d'être actrice de sa propre vie.

B) La prévention au grand âge

L'enjeu d'une organisation en filière de soins dans la réponse aux problèmes de santé des patients âgés vise la préservation de l'autonomie des personnes âgées et la prévention de la dépendance. Or, cette dimension se joue aux trois niveaux de prévention définis par l'Organisation Mondiale de la Santé. « Derrière l'objectif de soin de préserver l'autonomie de la personne, on retrouve nécessairement la démarche de prévention permettant aux personnes de ne pas devenir dépendantes. L'action préventive en gérontologie est essentielle et doit être réalisée quotidiennement. »¹. Si la prévention primaire débute bien avant l'entrée dans la vieillesse par la qualité des rythmes de vie et l'entretien de l'intégrité physique autant que psychique, elle se poursuit jusqu'à un âge très avancé avec par exemple la prévention des chutes et des troubles de la marche. La prévention secondaire intervient au niveau de la rééducation ou de l'éducation thérapeutique d'un patient âgé lors qu'un processus pathologique met en péril un équilibre précaire (fracture ou insuffisance respiratoire nécessitant une oxygénothérapie par exemple). L'offre de soins paramédicaux, mutualisés le cas échéant dans le cadre des coopérations entre établissements, sera déterminante dans la qualité des actions prescrites. La prévention tertiaire, dont le but est de diminuer « la gravité des pathologies,

¹ ARBUZ G. (2003), *Le grand âge : chance ou fatalité ? Ce qu'il faut savoir pour prévenir les maux du grand âge et bien utiliser le système de santé*, Seli Arslan p. 283

dans le cas du sujet âgé, couvre un champ très vaste. »¹ Elle concerne entre autres la prise en charge des troubles de l'élimination, la qualité de la nutrition, mais aussi la correction des angoisses sources de troubles psycho-comportementaux difficiles à juguler, pourvu qu'elle soit basée sur l'optimisation de ce qui est conservé. Ainsi, « Il est tout à fait possible d'apprendre un trajet à un dément dans une institution »², pourvu que des indices architecturaux, repérés par la mémoire procédurale conservée, soient maintenus.

C) Le soutien aux proches, la ressource des associations d'usagers

Lors du parcours d'un patient âgé pris en charge dans une filière de soins, la famille joue un rôle de relai entre les différents services. C'est elle qui est à même de fournir le maximum de renseignements sur l'histoire de vie de la personne, sur son environnement social et matériel, sur ses capacités à faire face à des aménagements ou des changements de cadre de vie, lorsque la personne elle-même n'est pas en mesure de les détailler. C'est encore la famille et les proches qui peuvent apporter un témoignage, certes subjectif, mais pouvant être utile, sur la façon dont la personne a vécu la démarche thérapeutique en amont. Et c'est en fin elle qui assurera le relai de prise en charge une fois la personne revenue à domicile, ou qui maintiendra un lien psycho-affectif et social quand elle sera institutionnalisée. Or, « le retentissement émotionnel de l'accompagnement d'un proche âgé malade »³ peut se traduire sur le long terme par un affaiblissement des aidants naturels. Fatigue, lassitude, dépression, agressivité sont des troubles qui apparaissent chez certains conjoints ou enfants, très engagés dans leur liens de solidarité familiale. Pour éviter qu'à leur tour ils ne développent des pathologies d'épuisement, il appartient au système de soins de soigner ces partenaires essentiels en gériatrie. Les temps d'échanges entre professionnels lors des temps de concertation pour orientation, lors des stratégies de coopération, au fil des liens construits dans la collaboration, représentent autant d'espaces où peut être prise en compte cette dimension de vigilance vis-à-vis des aidants sur un territoire. L'EHPAD, lieu de vie, lieu de fin de vie, est également un lieu d'échanges et prodigue une écoute informelle et bienveillante au quotidien. A domicile, avec l'intervention de l'HAD ou d'un SSIAD, lors d'un accueil de jour, l'aide aux aidants est désormais à l'ordre du jour. Et c'est bien dans le cadre d'une mutualisation des moyens, portée par la coopération sur un territoire rural, que pourront intervenir en soutien individualisé aux aidants familiaux des professions comme les psychologues et les assistants de service social. Cet axe de prévention relatif au retentissement indirect du grand âge ou des pathologies gériatriques invalidantes est relayé par l'action des associations d'usagers. Le CODERPA, par exemple, est un vecteur

¹ Ibid.

² Ibid.

³ Ibid.

d'information à ne pas négliger dans la diffusion des enjeux et de l'impact de la filière de soins gériatriques.

3.2.2 Information ciblée, formation, communication

La fonctionnalité de la filière se traduit au quotidien par des constats d'amélioration pointés régulièrement (A). Ce suivi, assorti d'une valorisation des métiers de la gériatrie (B) et validé par les procédures d'évaluation (C), garantit la visibilité du processus à tous les niveaux.

A) Rendre compte en interne de l'action réalisée

L'implication d'un directeur dans le renforcement du regard positif porté sur les personnes âgées dépendantes se joue d'abord à l'intérieur de la structure qu'il dirige. Garantir au personnel d'une institution un accès à la formation continue n'est pas suffisant pour produire une qualité de soins, si la valorisation des compétences acquises n'est pas concrétisée en aval. De même, participer à des colloques ou des séminaires thématiques doit a minima permettre de s'interroger, voire d'associer les agents sur les perspectives d'amélioration du service rendu. Son rôle de coopérant avec les directions des autres établissements engagés dans la filière vise à faire connaître dans ses murs les orientations décisives et leur impact sur les pratiques quotidiennes des agents. Ses compétences en matière de conduite du changement, seront à l'œuvre pour amener de nouveaux modes opératoires, de nouveaux outils, pour réajuster les évolutions à la mesure des moyens présents. L'ensemble ces actions a vocation à figurer chaque année dans le rapport d'activité, reflet de la vie de l'établissement, et à faire l'objet d'une restitution lors des instances institutionnelles. Les membres du Conseil d'Administration sont en effet décisionnaires dans les choix stratégiques de l'établissement, les membres du Conseil de la Vie Sociale sont garants de la qualité, ceux du Comité Technique d'Etablissement apportent une expertise sur les moyens nécessaires. Toutes ces personnes ont un regard déterminant sur les métiers de la gériatrie, sur leur évolution et leur valorisation.

B) Valorisation des métiers de la gériatrie

Les pouvoirs publics, conscients de la plus-value d'une spécialisation des acteurs de santé en gérontologie, ont créé de nouvelles qualifications. Ainsi, la formation d'Assistant de Soins en Gérontologie, détaillée dans une instruction émanant du ministère du Travail et de celui de la Santé¹ en 2009, précise les conditions de formation, d'exercice et de

¹ Instruction DHOS n° 2009-359 du 27 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de la mesure 20 du Plan Alzheimer sur les assistants de soins en gérontologie

rémunération de cette nouvelle fonction proposée aux Aides-soignants, au Aides Médico-psychologiques et aux Auxiliaires de Vie Sociale. Cependant, d'autres métiers de la gériatrie mériteraient à leur tour d'être encouragés et valorisés. Dans l'attente de textes officiels, les directeurs d'EHPAD et de services hospitaliers spécialisés en gériatrie ont tout à gagner s'ils permettent au personnel infirmier de se spécialiser en gérontologie par la voie universitaire. Cela permettrait de rendre enfin attractif l'exercice du soin dans ces services et de fidéliser une population infirmière très labile. A l'échelle d'un GCSMS, développer des compétences infirmières en soins palliatifs, recruter une infirmière hygiéniste, former à la coordination des soins pour pallier au défaut de cadres de santé dans les petits établissements sont autant de leviers à envisager pour offrir des compétences croisées et partagées. La population médicale, elle, avance encore lentement sur le chemin de la gériatrie. C'est pourquoi les médecins coordonateurs se sont fait forts de porter eux-mêmes des propositions de valorisation de leurs fonctions, dans un rapport de mission remis en décembre 2009 à la Secrétaire d'Etat aux Aînés¹. La réforme du système de soins engagée par la loi HPST prévoit d'autre part la coopération entre professionnels de santé par le partage de compétences en réponse à une faiblesse démographique médicale. A la suite d'un contexte expérimental validé, l'article 51 de la loi HPST précise le principe et les limites de cette coopération. Toutefois, sa mise en application ne se déroulera certainement pas sans heurts et prendra du temps. L'accent doit donc être mis en premier lieu sur la formation, les échanges interprofessionnels et la mutualisation des compétences.

C) L'évaluation des actions menées

L'évaluation interne et externe est une obligation pour les établissements médico-sociaux. Les hôpitaux quand à eux ont à répondre aux exigences de la certification. Si les conditions techniques et financières de l'exercice des missions de soins sont passées au crible dans ces procédures, la prise en compte de la sécurité des patients, de la qualité des soins prodigués et la qualification de l'ensemble des personnels sont également des points de vigilance incontournables. L'entrée d'un établissement dans une phase d'évaluation est un moment privilégié pour faire ressortir la plus-value des actions menées. Dans un contexte de filière de soins, la mise en exergue des relations avec les partenaires et le retentissement positif constaté sur la qualité de prise en charge sont alors rendus visibles aux autorités de contrôle. Il importe donc, pour le directeur, d'identifier les actions positives réalisées à mettre en valeur ; cela suppose qu'elles soient recensées en interne par les acteurs de terrain au fil de leur réalisation. Or en gériatrie, le

¹ MAUBOURGUET N., LION A., JEANDEL C. (2009), *13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD*, Rapport de mission remis à Mme Nora BERRA, Secrétaire d'Etat aux Aînés

retentissement de la qualité est perceptible bien au-delà des murs de l'institution. Une filière de soins gériatriques ne se pérennise que si elle est médiatisée, au moins dans ses phases initiales de construction et de « rodage ». Les journaux internes aux établissements, la presse locale, la presse spécialisée, sont autant de supports à utiliser dans ce sens. Le schéma gérontologique départemental de l'Yonne prévoit d'ailleurs, dans le journal du Conseil Général distribué aux habitants, une action de communication mensuelle sur les services apportés aux personnes âgées dans le département. Le GCS et le GCSMS disposent là d'une tribune de choix.

3.2.3 Connaissance et enrichissement des acteurs

Au-delà de la qualité des soins visée par la filière de soins gériatriques, la force de la coopération entre établissements tient dans le renforcement des liens professionnels autour des besoins de la personne (A). Ces liens se concrétisent par des temps et des espaces de rencontre reconnus (B) et une orientation conjointe vers une mission sociale empreinte d'éthique (C)

A) Les liens entre les professionnels

Dans une dynamique de filière de soins, la communication entre les acteurs des différents services nourrit la réflexion interne à chaque service. En effet, lors de la prise de la meilleure décision possible dans l'orientation d'un patient, la connaissance des ressources d'un service d'aval provient de ce qu'en transmettent ses acteurs, au fil des prises en charges, lors des questionnements ponctuels, sur les comptes-rendus de séjour. Les personnels mutualisés, qui interviennent en temps de travail partagé entre différents services, sont eux aussi vecteurs de circulation d'information sur les ressources de chaque service. Ainsi, un gériatre mobile sur plusieurs centres hospitaliers sera en mesure de choisir en connaissance de cause quel service de soins de suite spécialisé est le plus adapté pour une réadaptation ; un médecin coordonnateur intervenant dans plusieurs EHPAD pourra proposer à une famille, au décours d'un séjour d'hébergement temporaire, un accueil de jour plus pertinent pour la personne fragilisée et proposé par l'EHPAD voisin. La phase initiale de la construction de la filière de soins gériatrique prévoit d'harmoniser les outils supports d'information sur les patients qui suivront celui-ci lors de son parcours de soins. Les liens entre les personnels des EHPAD et ceux des services hospitaliers commencent ici. Ils déboucheront dans un second temps sur un engagement de bonnes pratiques communes dans la gestion des flux de patients et dans les procédures d'orientation à privilégier, comme par exemple l'accueil d'un patient directement en service de court séjour sans avoir recours aux urgences. Ces liens

fonctionnels interprofessionnels au quotidien sont à privilégier lors d'espaces et de temps de rencontre formalisés.

B) Espaces et temps de rencontre

Dans un premier temps, les liens entre les professionnels des différents sites se tissent à l'occasion des groupes de travail autour de la filière de soins gériatrique et lors des formations communes sur le thème des soins aux personnes âgées dépendantes. C'est déjà le cas depuis quelques mois. En effet, les actions du projet médical de territoire définies entre les acteurs de la gériatrie lors de deux séances ont amené les gériatres, les cadres de santé et les personnels de direction des cinq établissements partenaires à échanger sur les modalités de fonctionnement en filière. Dans le courant du mois de juin, les pilotes d'actions identifiés dans ce projet médical de territoire ont pu bénéficier ensemble de deux journées de formation destinées à les responsabiliser et à leur procurer des modes de procédure communs. Il est important de reconnaître et de valoriser ces temps de travail, précurseurs d'une pratique plus efficiente à l'avenir. Cette dynamique va se poursuivre tout au long de la réalisation sur cinq ans des différentes actions programmées, notamment lors de la construction d'outils partagés. Les sessions de formation communes aux agents des différents établissements du GCSMS ont de leur côté amorcé un échange et une appropriation de pratiques conjointes, notamment en ce qui concerne la prise en soins des personnes hébergées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Au-delà de ces rencontres, que l'on pourrait qualifier de techniques, il appartiendra aux directeurs d'établissements de favoriser des vecteurs de diffusions des expériences accessibles au plus grand nombre de personnes intéressées. Ainsi, il est possible d'envisager que l'EHPAD invite des acteurs de la filière de soins lors d'une commissions de coordination gériatrique, par exemple. Ces temps de rencontre entre professionnels engagés dans la même démarche peuvent aussi avoir lieu lors de la préparation de supports de diffusion de la culture gériatrique, comme des réunions d'information et d'échanges avec les usagers, ou encore des séances thématiques à destination du public. C'est dans cet esprit que le Comité d'Ethique de la MDRY a proposé au mois de juin 2010 une première conférence thématique à Auxerre.

C) La démarche éthique dans la notion de filière de soins

Le questionnement éthique dans une pratique de soins répond à un besoin de donner du sens à l'action, lorsque le but thérapeutique premier est dépassé. Des réflexions sur l'équilibre, pour le patient, sa famille, l'équipe soignante, entre le bénéfice d'une pratique institutionnelle et les risques encourus se posent dans de nombreuses situations en gérontologie : La liberté d'aller et venir opposée au principe de sécurité pour les personnes désorientées, le refus de soins, le refus d'hygiène ou l'anorexie se manifestant

par des dérives agressives, le respect de la vie privée, le choix du lieu de vie, sont autant de points d'achoppement pouvant intervenir dans une décision d'orientation gériatrique. Il est dommageable à plus ou moins brève échéance, pour les usagers comme pour les professionnels, de faire l'économie d'une pratique quotidienne éclairée par une démarche éthique. Outre le respect fondamental de la personne humaine, c'est la prévention de l'usure professionnelle et de la maltraitance institutionnelle qui est visée. Le regard des intervenants externes du Comité d'Ethique de la MDRY est à ce propos reconnu par les soignants comme une reconnaissance par la société de l'engagement moral individuel que suppose leur choix de métier. « La réflexion éthique permet d'anticiper et d'avancer avec des repères partagés par tous. Elle est la garantie d'une démarche consensuelle où chaque intervenant a la conviction d'un sens à son action et à son effort »¹.

L'élargissement de la démarche éthique est envisageable sur la problématique gériatrique à l'échelle du territoire, avec, à la clé, un engagement des acteurs de la filière de soins gériatriques vers une gestion humanisée des parcours de soins au plus près des besoins du patient.

¹ Pr RODAT O. et CLEMENT R., Droit des malades – Aspects médicaux-légaux, Pôle de soins gériatriques du CHU de Nantes.

Conclusion

Parvenir à répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées, dans une articulation satisfaisante des contraintes économiques, des enjeux éthiques et de l'efficacité scientifique, telle sera la mission des établissements sanitaires et médico-sociaux durant les premières décennies du XXI^{ème} siècle. L'organisation en filière de soins est désormais validée à tous les niveaux de décision, qu'ils soient nationaux, régionaux, départementaux ou à l'échelle des établissements. Cependant, faire coopérer dans ce but des corps professionnels issus de secteurs longtemps cloisonnés ne va pas de soi. Certaines contraintes peuvent grever un processus pourtant soigneusement réfléchi, et aller à l'encontre des objectifs fixés. Issue du constat que la filière de soins gériatriques tarde à se construire sur l'Auxerrois et la Puisaye, l'hypothèse de départ table sur deux axes de causalité principaux : la faiblesse de chaînons indispensables à la filière et le pilotage encore timide du dispositif. Toutefois, professionnels de santé et administratifs disposent de leviers d'action capitaux. D'une part les conventions de coopération signées récemment et les programmes d'action qui en découlent vont rapidement concrétiser un projet reconnu comme vital. D'autre part, grâce aux orientations adoptées eut égard à l'évolution du profil des résidents accueillis, les EHPAD ont à se saisir d'un nouveau rôle de relai dans le soin gériatrique.

Ces opportunités permettront l'essor du soin gériatrique et de l'accompagnement gérontologique, à condition de soigner le diagnostic global des ressources présentes auprès de chacun des acteurs sans exception, et d'engager et valoriser les pilotes sur chaque site. L'amélioration de l'état de santé des personnes vieillissantes, due à une hygiène de vie améliorée par plusieurs décennies de progrès social et scientifique et un accès garanti à des soins de qualité, se conjugue aujourd'hui aux bénéfices de la recherche en soins gériatriques. Les français ont la chance de vieillir dans de bonnes conditions. Si les soins aux plus dépendants, aux plus affectés, aux plus âgés révèlent un enrichissement humain mutuel des professionnels et des bénéficiaires, il importe aux institutions de contribuer à diffuser cette plus-value. La vieillesse est une richesse sociale qui produit une consommation de biens et de services, qui transmet des valeurs et des savoirs, qui consolide les liens intergénérationnels affectifs et culturels. Les établissements et les services médico-sociaux représentent un espace privilégié de culture et de diffusion de cette philosophie, le soin ne constituant qu'un outil qui corrige les entraves à l'essence de la vie humaine. La vieillesse peut être vécue avec humour comme un « meuble inconfortable », à nous d'en faire un meuble chargé d'histoires, de sentiments, de stratégies de résistance à l'usure du temps et aux aléas de la vie, un meuble qui recèle une beauté intrinsèque, celle de la dignité humaine.

Bibliographie

Ouvrages

ENNUYER Bernard (2002) *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris, Dunod.

ARBUZ G. (2003), *Le grand âge : chance ou fatalité ? Ce qu'il faut savoir pour prévenir les maux du grand âge et bien utiliser le système de santé*, Editions Seli Arslan

Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social (2006), *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rennes Editions ENSP

GUERIN Serge. (2007), *L'invention des séniors*, Edition Poche

ALEMBIC Y., ANCET P. ? BIEHLER J. (2009), *L'hôpital hors les murs. Des relais : Comment ? Pourquoi ? Pour qui ?* Paris, Editions de santé.

COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A., TABUTEAU D. (2009) *La loi HPST. Regards sur la réforme du système de santé*. Collection Observatoire des droits et responsabilité des personnes en santé. Presses de l'EHESP

Grand Robert de la langue française, Edition 2008

Publications et communications

DE LARD B. (2006), *Le groupement de coopération sociale et médico-sociale : Ballon de baudruche ou bouffée d'oxygène ?* Gestions Hospitalières, aout/septembre 2006

Fédération Nationale de Gérontologie (2008) *Les familles dépendantes*, Gérontologie et société, cahier n° 127

MONNIER A. (2009) *Le dossier Médical Personnel : histoire, encadrement juridique et perspectives*, RDSS n°4/2009, p. 625

BERGOIGNAN-ESPER C. (2009), *Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation*, RDSS n°5/2009 p. 813

G. ALAJOUANINE, 2009, *Télé médecine, l'accès aux soins pour tous*, Cités Numériques n°19, p.9

N. BERRA, Guyancourt, 2010, Mesures du plan de Soins Palliatifs 2008-2012 dans le secteur médico-social et à domicile.

BRAS P-L. (2010), *Agences régionales de santé : vers une meilleure gouvernance du système de santé ?* Problèmes économiques n°2.987, p. 42

FEREZ G., *Quatre hôpitaux convolent*, L'Yonne Républicaine du 1^{er} avril 2010.

Rapports gouvernementaux et Plans de Santé Publique

JEANDEL C., PFITZENMETER P., VIGOUROUX P., (2006), *Un programme pour la gériatrie*, Rapport commandé par X. Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités, et par Ph. Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Plan de Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006.

Plan Alzheimer 2008-2012 lancé le 1^{er} février 2010

ROLLAND J-M, et MILON A., Rapport au nom de la Commission mixte paritaire sur le projet de loi HPST déposé le 16 juin 2009

MAUBOURGUET N., LION A., JEANDEL C. (2009), *13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD*, Rapport de mission remis à Mme Nora BERRA, Secrétaire d'Etat aux Aînés

ROSSO-DEBORD V. (2010), *Rapport d'information en conclusion de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Paris, Assemblée Nationale

Textes législatifs

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance.

Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Circulaire DSA-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

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

Circulaire DHOS/02/ DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatologiques

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

Décret 2006-413 du 6 avril 2006 relatif au Groupements de Coopération Sociale et Médico-sociale.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

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

Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Instruction DHOS/DGAS/RH2 n° 2009-359 du 27 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de la mesure 20 du Plan Alzheimer sur les assistants de soins en gériatologie

Schémas d'organisation des soins

Vieillir aujourd'hui et demain dans l'Yonne, Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2009-2014, Conseil Général de l'Yonne

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bourgogne, révisé pour la période 2009-2011

Sites internet

www.insee.fr (2010), *Population par groupes d'âges*

www.ors-bourgogne.org

www.hospimedia.fr DESAULLE M.-S., DG ARS Pays de Loire, *La nécessité de fonder une culture commune*, HOSPI MEDIA 13/04/2010

www.sante.gouv.fr/dress/etude-resultat

Autres références

BERRA N. 24 novembre 2009, Discours de clôture des 7èmes Assises du médecin coordonnateur en EHPAD.

LUSSIER D. (2009), vice-présidente du Syndicat National de Gériologie Clinique, intervention FHF-CNEH du 16 décembre 2009, Paris.

HOAREAU V. (2010), *Diagnostics, perspectives et choix stratégiques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux publics*, Rennes – Cours à l'EHESP

GE Healthcare Consulting, (2010) *Rapport final relatif à la mission d'assistance à l'élaboration d'un projet de Groupement de Coopération Sanitaire des hôpitaux du territoire sud-Yonne et haut-Nivernais*.

Pr RODAT O. et CLEMENT R., Droit des malades – Aspects médicaux-légaux, Pôle de soins gériatriques du CHU de Nantes.

JOUANNY P. *La filière gériatrique et les structures sanitaires gériatriques*, Service de médecine gériatrique, CHU de Rennes

Liste des annexes

- ANNEXE I Trame des entretiens sur la filière gériatrique
- ANNEXE II Extrait du Projet Médical de Territoire sud Yonne / haut Nivernais
- ANNEXE III Carte de l'Yonne

ANNEXE I

TRAME ENTRETIENS FILIERE GERIATRIQUE

NOM/ PRENOM

DATE

FONCTION

DUREE ENTRETIEN

ETABLISSEMENT

Chapitre I : Connaissance du dispositif

Question 1 : Pouvez-vous définir ce qu'est une filière de soins gériatrique ?

Question 2 : Quelle est son utilité ?

Question 3 : Quels sont les textes réglementaires qui s'y réfèrent ?

Question 4 : Qu'est-ce que l'appartenance à une filière gériatrique a modifié dans la pratique du service (ou selon vous, qu'est-ce qu'elle pourrait modifier ?)

Chapitre II : Fonctionnement du dispositif

Question 5 : Comment se passe la transmission d'information concernant les usagers qui bénéficient d'une prise en charge successive par différents services impliqués dans la filière ?

Question 6 : Existe-t-il une formalisation précise pour les démarches et les procédures de prise en charge à l'intérieur de la filière gériatrique ? Et à la sortie ou à l'entrée ?

Question 6 bis : Ces procédures font-elles l'objet d'une évaluation Sous quel mode (indicateurs de séjours, taux de ré hospitalisations)?

Question 7: Quel est (ou peut être) le champ d'action des équipes mobiles (gériatrique, soins palliatifs) dans une filière de soins gériatrique ?

Chapitre III : Pistes d'amélioration et/ou de consolidation.

Question 8: Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le fonctionnement du dispositif que vous connaissez aujourd'hui ? De quelle façon ?

Question 9 : Selon vous, vers quels acteurs du soins et de l'accompagnement gériatrique doit se concentrer l'information sur la filière gériatrique ? Ya-t-il une nécessité de formation pour certains ?

Question 10 : Comment rendre efficiente une filière de soins gériatriques ? Faut-il communiquer régulièrement sur son action (indicateurs, évolution, etc.), développer la communication ciblée (médecins traitants, EHPAD, CLIC), renforcer les partenariats (domicile) ?

Question 11: Selon vous, qu'est-ce qui validerai un mode de fonctionnement optimum, parmi diverses formes de partenariat (convention, groupement de coopération, fusion, labellisation) pour une filière gériatrique ?

ANNEXE II

EXTRAIT DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE SUD YONNE / HAUT NIVERNAIS

Synthèse du plan d'action de la filière gériatrique			
Thème	N°	Intitulé	Objectif opérationnel
Filière gériatrique	1	Définir et organiser la filière de soins gériatriques	Assurer au patient un parcours continu, fluide et pertinent, identifier et valoriser les compétences de chacun des établissements
	2	Coordonner les EMG dans chaque établissement du GCS	Compléter la filière gériatrique et assurer une bonne prise en charge du patient âgé dès son arrivée
	3	Mutualiser les fonctions paramédicales spécialisées	Pallier à la difficulté de recrutement sur le territoire de santé
	4	Systématiser l'évaluation gériatrique dans les 48h après l'entrée à l'hôpital	Rassembler les informations nécessaires et assurer à la personne la meilleure orientation possible
	5	Ouvrir une unité d'hôpital de jour gériatrique	Compléter l'offre de soins sur le territoire
	6	Diffuser la culture soins palliatifs dans tous les établissements	Identifier et former dans chaque établissement un référent soins palliatifs
Psycho-gériatrie	7	Développer et formaliser la filière Alzheimer	Répondre à une préoccupation de santé publique
	8	Sensibiliser les psychiatres	Avoir des correspondants et des services de psychiatrie qui accueillent les patients qui le nécessitent
Communication	9	Développer les outils de communication entre les différents acteurs de la filière	Faciliter l'échange d'informations entre les différents acteurs de la filière gériatrique
Site pilote	10	Expérimenter la délégation de tâches et la télémédecine	Palier aux problèmes de la démographie médicale et offrir des services complémentaires sur les différents sites

ANNEXE III

CARTE DU TERRITOIRE SUD YONNE ET HAUT NIVERNAIS

