EHESP

DESSMS

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

Le territoire en santé, un élément déterminant d'une prise en charge optimale de la personne âgée : l'exemple de Rambouillet.

Béatrice CORNEFERT

Remerciements

Que soient ici remerciés tous les interlocuteurs que j'ai rencontrés dans le cadre du stage de professionnalisation sur le site du Centre Hospitalier de Rambouillet. Ils m'ont permis de réaliser ce mémoire grâce à leur disponibilité et à leurs compétences, en particulier les docteurs THUBERT, DROUET, DE MORTAIN, gériatres, Mme MAYOLET, vice-présidente de l'ICSY, Mme TRINQUIER, maître de stage, et directrice des Finances et du Système d'Information, qui a bien voulu respecter l'engagement de Mme BRISION, directrice de l'Ehpad des Patios d'Angennes rattaché au Centre Hospitalier de Rambouillet, et de Mme QUILLET, directrice du CHR, après leur départ.
Tous ont contribué à des degrés divers à mon intégration dans l'établissement, à la découverte des problématiques liées à la prise en charge des personnes âgées, et m'ont donné quelques clés d'accès à la complexité de ces problématiques.

Ayant en parallèle suivi un master 2 « Ingénierie des réseaux de santé » à l'Université de Marne La Vallée, je me dois de remercier également les responsables de cette formation, Messieurs NAVES, POUTOUT et ELGHOZI, qui, en accord avec M. GILBON, responsable de la filière DESSMS à l'EHESP, ont établi un partenariat avec l'EHESP sur la formation d'un directeur d'établissement sanitaire et social ouvert au travail en réseau avec tous les acteurs de santé du territoire. Une mention particulière est faite pour le Dr ELGHOZI, qui a suivi pour l'Université l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction 1

1 Le territoire comme ancrage naturel des pratiques de santé : la prise en charge des personnes âgées fragiles dans le contexte du système de santé en France 7

1.1 Des planifications pour un territoire 7

1.1.1 La planification sanitaire 7

1.1.2 La planification gérontologique 9

1.2 Le projet médical de territoire du 78 et le Schéma Gérontologique du département 11

1.2.1 Le projet médical de territoire 11

1.2.2 Le Schéma Gérontologique 13

1.3 L'évolution des définitions du territoire 15

2 Le territoire comme dynamique d'un projet commun de professionnels au service de la personne âgée 19

2.1 Une solution institutionnelle : la filière gériatrique 19

2.1.1 Qu'est-ce qu'une filière gériatrique ? 19

2.1.2 Le CHR, établissement-support de la filière gériatrique 20

2.1.3 Les étapes de construction de la filière gériatrique du Sud-Yvelines 22

2.1.4 L'animation de la filière gériatrique 26

2.2 Une solution de terrain : le réseau gérontologique 29

2.2.1 Le projet de réseau de l'association ICSY 30

2.2.2 L'avenir incertain du projet de réseau 32

2.3 Les difficultés de l'organisation du territoire-projet 35

2.3.1 Un territoire construit 35

2.3.2 Un territoire commun ? 36

2.3.3 Des préconisations réalistes : vers un pôle de gériatrie territorial 37

3 Le territoire comme vecteur d'innovation en santé : essai de prospective théorique. 39

3.1 Vers la gestion de cas 39

3.1.1 La modélisation du travail en réseau 40

3.1.2 Une approche théorique de la coordination 41

3.1.3 Un nouveau territoire, le réseau de santé 42

3.2 L'innovation sur un territoire 44

3.2.1 Un territoire évolutif 44

3.2.2 Un territoire de pratiques 45

3.2.3 Un territoire d'action pour le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social 47

Conclusion 49

Bibliographie 53

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
FHF	Fédération Hospitalière de France
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
SROSMS	Schéma régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
PMT	Projet Médical de Territoire
EMG/UMG	Equipe Mobile de Gériatrie/Unité Mobile de Gériatrie
HAD	Hospitalisation à Domicile
CHR	Centre Hospitalier de Rambouillet
CERRSY	Centre de Réadaptation et Rééducation Sud-Yvelines
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
ICSY	Instance de Coordination Sud-Yvelines
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Continuité des Soins
URCAMIF	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile de France
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
MIG	Missions d'Intérêt Général
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
PRISMA	Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie
ESMS	Etablissement Social et Médico-social
CSP	Code de la Santé Publique

Introduction

Le vote récent de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, dite HPST, a mis en exergue le terme de territoire, et, à partir de l'orientation générale de la loi vers la régionalisation du système de santé, il est intéressant d'adopter une démarche d'analyse du territoire comme déterminant de la prise en charge optimale de la personne âgée.

Il faut alors préciser d'ores et déjà la définition du terme utilisé dans ce mémoire : on entendra par « territoire » d'abord une notion géographique, ensuite une notion sociale.

La notion géographique fait référence au « bassin de vie » de l'INSEE : le bassin de vie se cale au plus près du territoire vécu par les habitants, hors limites administratives, il s'agit du « plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements (dont les équipements de santé) et à l'emploi ».
Un centre hospitalier tel que celui de Rambouillet contribuera à assurer l'attractivité de son bassin de vie, et, à l'inverse, sa capacité de réponse aux besoins de proximité sera un élément de son attractivité, en tant qu'établissement de santé, si toutefois cette réponse se fait en lien avec les médecins libéraux du même territoire. A ce sujet, un document de travail de la FHF sur les relations ville-hôpital de Mars 2007 montre qu'une démarche de type géomarketing, à partir des codes postaux des patients dans la base PMSI, permet de mesurer l'attractivité de l'hôpital liée à la présence et à l'adressage des médecins libéraux, et souligne la nécessité du renforcement des liens ville/hôpital.
C'est ainsi qu'on en arrive à la notion de « bassin de santé » qui renvoie à une zone d'attraction hospitalière, dessinée par les flux domicile/hôpital : le principe est «qu'une unité géographique de base (commune, canton) est rattachée à un bassin dès lors que sa population s'oriente préférentiellement vers le(s) établissement(s) de ce bassin ».[1]

[1] (Rapport CREDES Janvier 2003 : « Territoires et accès aux soins »).

La notion géographique fait donc également référence au « territoire de santé ». C'est l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui a donné un cadre à l'élaboration des SROS de troisième génération, « qui doivent prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, préventifs, curatifs et palliatifs, et susciter les adaptations et les complémentarités visant à répondre au besoin de santé physique et mentale de la population », et qui a défini le territoire de santé. La circulaire du 5 Mars 2004 souligne la prise en compte de la « dimension territoriale », le territoire n'est plus seulement « un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement mais une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins »[2].

Mais cette analyse du territoire sous l'angle de l'offre doit prendre en compte aussi le problème d'accès à cette offre de santé et celui du recours effectif. L'usager du système de santé choisit en théorie son mode et son lieu de prise en charge en fonction d'autres critères, tels la facilité d'accès, le coût financier et social, les relations personnelles…

Le territoire est aussi une notion sociale dans la mesure où « c'est de la géographie remplie, saturée de relations sociales » (M. Autès). Dans la suite de cette étude, on ne perdra pas de vue que la finalité première de la définition d'un territoire, dans le cadre d'une politique gérontologique, est bien l'optimisation de la prise en charge de la personne âgée, et qu'il s'agit en fait de définir des espaces de coopération et de projet pour la personne âgée, c'est-à-dire des « territoires partagés » (CREDES).

[2] (Document de travail n°10 IRDES mai 2008).

Ces préalables étant exprimés, il convient de s'interroger sur le pourquoi de cette étude sur la définition d'un territoire de coopération pour la prise en charge des personnes âgées. Deux niveaux peuvent être distingués : une motivation individuelle et une motivation collective.

La première est liée à l'intime conviction de la défense nécessaire des personnes vulnérables, en accord avec le concept de responsabilité personnelle de H. Gadamer[3], (que l'on pourrait résumer par la maxime « noblesse oblige »), et l'idée forte d'E. Levinas[4] : « le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité », de chacun pour chacun, pour la sauvegarde de l'autonomie de la personne, quelle qu'elle soit.

La seconde est liée à l'impératif pour notre société d'un retour à l'idéal de solidarité, notamment envers les personnes âgées, pour passer de la marchandisation de la santé à la (re)mise en lien social du grand âge, du déni de la vieillesse et de la mort à l'évidence d'un destin commun.

La prise en charge de la personne âgée est devenue un problème de santé publique dans la mesure où notre société est actuellement en transition épidémiologique, caractérisée par le vieillissement de la population et, dans le même temps, par l'effacement de l'aigu au profit du chronique, à savoir la sénescence et ses pathologies.

[3] H-G. Gadamer : Herméneutique, esthétique, philosophie pratique, H-G. Gadamer im Gespräch, entretiens avec Carsten Dutt, Heidelberg 1995 (« la question de la juste façon d'agir ne peut être laissée à d'autres, aux institutions par exemple, ou à quelque forme d'autorité que ce soit. Cette responsabilité personnelle reste abstraite si elle n'est pas accompagnée par la conscience du caractère communicationnel de la pratique humaine.» Commentaire de D. Ipperciel)

[4] « Par éthique, Levinas entend non pas une recherche de perfectionnement ou d'accomplissement personnel, mais la responsabilité à l'égard d'autrui à laquelle le moi ne peut échapper et qui est le secret de son unicité : personne ne peut me remplacer dans l'exercice de cette responsabilité. » ghansel.free.fr/Web Talmud/levinas.htm

La part des personnes âgées dans la population augmentera sensiblement d'ici 2030, et la déformation de la pyramides des âges fera mécaniquement augmenter les dépenses de santé, sans que cet impact soit disproportionné : sur la décennie 1980, par exemple, la prévalence déclarée des maladies chroniques a augmenté, mais en étant moins souvent associée à des incapacités. C'est l'intensification du recours aux soins qui explique l'accroissement très rapide des consommations médicales des personnes âgées, et cela posera à l'avenir le problème des choix de financement, et pas seulement pour la population âgée.

Dans le cadre de ce mémoire, la question principale sera la suivante : à quoi sert la notion de territoire en santé publique, en particulier pour la prise en charge de la personne âgée ?

A partir de la première hypothèse, selon laquelle le territoire serait **l'ancrage naturel des pratiques de santé**, puisque la planification sanitaire l'a ainsi délimité, et alors qu'une revue de la littérature sur le sujet permet d'en élargir la définition, nous verrons que le territoire est bien le cadre d'un travail en réseau autour des personnes âgées, pour lesquelles la notion de proximité est particulièrement importante.

L'étude de la seconde hypothèse, celle du territoire comme **dynamique de l'intersubjectivité pluridisciplinaire et inter professionnelle** au service de la personne âgée, en fonction d'une revue de terrain, sur la filière gériatrique labellisée à Rambouillet et le réseau gérontologique en projet sur le même secteur, permettra de pointer les propositions opératoires et la régulation autonome générées par ces actions transversales qui prouvent la réalité d'une telle dynamique.

La troisième hypothèse, enfin, selon laquelle le territoire pourrait être **un vecteur d'innovation en santé**, à la fois par la préfiguration de la gestion de cas qui représente l'extrême du maillage territorial, et à travers les territoires professionnels que génèrent l'interdépendance des professionnels et les inventions managériales des réseaux de santé, permettra de démontrer que l'articulation filière/réseau est, par rapport aux solutions habituelles de prise en

charge des personnes âgées, une condition importante de l'optimalité de cette prise en charge, et donc que cette pratique du territoire en est bien un déterminant essentiel.

Ce mémoire est ancré dans la réalité d'un territoire, celui de Rambouillet, dans le département des Yvelines.

Dans les Yvelines, la population des plus de 75 ans est d'environ 70837 personnes, sachant, au dire d'experts, que la population de personnes âgées fragiles représenterait entre 25 et 30% des plus de 75 ans.

Plus précisément, le territoire de santé 78-1, compte, sur une population totale de 650 376 habitants, 30 382 personnes âgées de plus de 75 ans, et d'ici 2010, cette population va augmenter de 38%.[5]

C'est sur le terrain que l'on peut comprendre en quoi le territoire peut être un déterminant des modes d'action de la prise en charge des personnes âgées, parce que cette population a particulièrement besoin de proximité dans l'accès aux soins. En cela, le territoire est une notion-clé de santé publique.

[5] Données citées par A. Burnier, mémoire EHESP 2008

Quant à la méthodologie employée, et pour comprendre de la façon la plus objective l'intérêt de la démarche de travail en réseau, j'ai choisi :

- d'analyser avec la même grille de lecture, (voir en annexe), l'ensemble des ouvrages et comptes-rendus de réunions, auxquels j'ai pu avoir accès, à partir de mots-clés recensés sur le terrain de stage.
- de faire une recherche-action « en immersion » sur le site de stage, lors des réunions liées à l'animation de la Filière Gériatrique ou à la création du réseau, de façon à recueillir le maximum de données pertinentes sur la prise en compte du territoire pour une meilleure prise en charge de la personne âgée fragile.
- de rencontrer, à l'occasion des réunions de travail pour la filière gériatrique et le réseau gérontologique, ou d'un stage de deux semaines dans un réseau polyvalent des Hauts de Seine (Osmose), les acteurs les plus impliqués dans ces démarches, qu'ils soient internes ou externes au site de stage, pour une analyse distanciée sur un certain nombre d'éléments. Pour cela, j'ai utilisé des questions semi-directives, adaptées à chaque fois à l'interlocuteur, non pas dans un but d'exhaustivité statistique, mais pour comprendre dans un minimum de temps (compte tenu des emplois du temps de chacun) leurs positions respectives.

1 Le territoire comme ancrage naturel des pratiques de santé : la prise en charge des personnes âgées fragiles dans le contexte du système de santé en France.

On examinera dans un premier temps le cadrage territorial théorique du système de santé dans sa généralité, et dans un second temps, le contexte particulier du département des Yvelines du point de vue organisationnel. La définition *d'un territoire en pratique* tel qu'on peut l'analyser alors, est à rapprocher des définitions évolutives que praticiens et chercheurs recensent dans la littérature sur le sujet du territoire en santé.

1.1 Des planifications pour un territoire

Nous verrons que la planification sanitaire redéfinie ces dernières années est un facteur favorable à la prise en compte spécifique de la population âgée et que la planification gérontologique, plus ciblée mais moins structurée, est très hétérogène sur l'ensemble du pays et gagnerait en efficacité par la convergence avec la planification sanitaire.

1.1.1 La planification sanitaire

La réforme de la régulation de l'offre de soins, issue de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, a pour objectif central de passer d'une logique d'offre à une logique de réponse aux besoins dans les territoires de santé. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, SROS, est défini à partir de l'évaluation des besoins de santé physique et mentale de la population de la région, en tenant compte de leur évolution sur la durée du schéma. La troisième génération des SROS a bénéficié des principes de concertation, décentralisation au niveau régional, avec les conférences sanitaires régionales, mais aussi déconcentration, du fait des pouvoirs de l'ARH, et a déterminé des « territoires de santé »qui sont devenus, depuis le 31 mars 2006, l'unité de référence de la planification en santé.

« Les quatre priorités des SROS de troisième génération résument bien la nouvelle philosophie de la planification: meilleure évaluation des besoins de santé, plus grande prise en compte de la dimension territoriale, association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers, et une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé. »[6]

La proximité, dans la mesure où ce sont les besoins du territoire qui vont déterminer le type de réponse sanitaire et où l'accessibilité, géographique ou sociale, est la priorité de la planification nouvellement définie, la proximité, donc, est une notion qui intéresse particulièrement la population des personnes âgées.
Myriam Revel, sous-directrice de l'organisation du système de soins à la DHOS, soulignait, le 21 août 2007, la particularité des SROS de troisième génération : *« Parmi les grands enjeux, il importe tout d'abord de citer la prise en compte du vieillissement de la population dans le système de soins. La mise en place d'une filière gériatrique sur l'ensemble de la chaîne du soin, du court au moyen jusqu'au long séjour, et en lien avec la médecine de ville et le secteur médico-social est l'un des enjeux majeurs du SROS de troisième génération. »*

Pour exemple, le volet « Personnes Agées » du SROS 3 Ile-de-France prévoit les orientations suivantes, qui font suite à des politiques déjà amorcées :

- *« développer l'évaluation gériatrique ambulatoire avec en particulier, le diagnostic précoce des troubles mnésiques, pour infléchir le nombre des hospitalisations non programmées ;*
- *adapter la prise en charge hospitalière aux patients à risque ou en perte d'autonomie et anticiper l'organisation de leur devenir ;*
- *impliquer les établissements dans une organisation territoriale de la filière gériatrique, pour en améliorer l'adéquation et la fluidité, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux et libéraux et renforcer l'articulation entre le secteur hospitalier, les soins de ville, les secteurs médico-sociaux et associatifs, par l'intermédiaire des dispositifs de coordination (CLIC – centre local d'information et de coordination - et réseaux gérontologiques) ;*
- *veiller au maintien d'une capacité suffisante en structures d'aval du soin de suite (sanitaire ou médico-sociale) ;*

[6] François Bourdillon : « Les territoires de la santé, maillon-clé de l'organisation sanitaire » RFAP n°113, 2005

- *améliorer l'information des aidants et des professionnels de santé ;*
- *assurer une coordination avec les schémas départementaux. »*

Il s'agit bien sûr d'un volet sanitaire, qui prend en compte effectivement la dimension territoriale, et le problème principal sera l'articulation avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

1.1.2 La planification gérontologique

La compétence de planification dans le domaine médico-social s'exerce entre l'Etat et les départements, c'est-à-dire à l'échelle départementale et/ou régionale, suite aux lois du 2 janvier 2002 (les SROSMS), du 13 Août 2004 (les responsabilités locales) et du 11 Février 2005 (le handicap), donc à un niveau proche de la situation réelle des populations.
Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mesure l'écart entre l'offre et les besoins, et définit les objectifs d'ajustement de l'offre aux besoins.
La programmation se fait à partir du PRIAC, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, qui matérialise, par opérations prioritaires, les engagements de l'Etat sur les ressources qu'il apporte dans ces secteurs, et qui a pour finalité la péréquation entre territoires d'action.

Il s'avère que l'analyse territorialisée des besoins en gérontologie est insuffisante dans de nombreux départements et le PRIAC peut contribuer à l'adaptation de l'offre médico-sociale.
Mais, comme on le verra plus loin, les collectivités départementales ne doivent pas être seulement destinataires de cette programmation, mais aussi parties prenantes à son élaboration.
D'une manière générale, l'objectif de proximité est au centre de la planification gérontologique mais le respect de cet objectif par les différents schémas départementaux suscite de nombreuses questions, puisque :

- chaque collectivité départementale construit son maillage territorial selon ses propres méthodes : données sur l'état de santé des personnes âgées, données démographiques, données socio-économiques, offre existante, etc.

- la régulation sociale se fait au niveau départemental mais la régulation sanitaire se fait au niveau régional, et le recoupement des territoires n'est pas forcément recherché. Les secteurs psychiatriques, les secteurs de la permanence des soins en médecine ambulatoire, les secteurs d'intervention définis par les schémas gérontologiques départementaux ne sont pas forcément en cohérence avec les bassins de santé.
- la concertation entre les décideurs et financeurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social est insuffisante, ce qui peut générer des incohérences ou des redondances dans les pratiques de santé à l'égard des personnes âgées, dues à la prégnance des logiques institutionnelles, à la recherche de préservation de son territoire d'action, et à des luttes d'influence.

La nouvelle loi HPST, votée récemment, ne prévoit pas encore de codécision dans les futures Agences Régionales de Santé, et les ARS s'orienteraient plutôt vers la déclinaison régionale de politiques nationales, que vers le pilotage d'une organisation locorégionale. Pourtant, dans un entretien récent avec Hospimedia, le 27 février 2009, le Professeur Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, estimait nécessaire la restructuration de l'offre de soins, en raison de la désertification de certaines zones du territoire national, de l'impératif de sécurité des soins, de la crise du financement et du problème de la démographie médicale ; les ARS devaient selon lui faire le lien entre les orientations données par l'Etat et l'organisation locale autonome. De façon plus générale, E. Vigneron a toujours milité pour l'évolution du système de soins vers un système de santé, qui intégrerait au champ de la pathologie, le champ de l'accompagnement social et médico-social de l'évolution physiologique de l'individu, dans le contexte actuel de transition épidémiologique (vieillissement de la population et effacement de l'aigu au profit du chronique).

La création des ARS sera-t-elle un facteur favorable de la régulation et de l'aménagement du territoire ? La question demeure en suspens à ce jour, dans l'attente des décrets d'application de la loi HPST.

1.2 Le projet médical de territoire du 78 et le Schéma Gérontologique du département

Dans le département des Yvelines, un projet médical de territoire a été validé sur les filières gériatriques et, parallèlement, à la veille du lancement du nouveau SDOSMS 78, un état des lieux du schéma 2003/2008 a été effectué, pour le volet Personnes Agées en particulier.

1.2.1 Le projet médical de territoire

La dimension territoriale du SROS 3 est devenue effective avec la création des 22 territoires de santé franciliens et la progressive élaboration des PMT. « Le projet médical de territoire a vocation à servir de support pour mener une démarche contractuelle afin de mutualiser les réponses apportées aux besoins de santé de la population du territoire pour ce qui concerne les activités de soins de proximité. »[7]

Le PMT a été défini par l'ordonnance du 4 septembre 2003 et la circulaire du 5 mars 2004 : « le PMT est un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires. » Il a trois objectifs : « contribuer à l'élaboration du SROS, participer à la mise en œuvre du SROS et à son évaluation, faciliter les contractualisations et les coopérations. »
Les PMT ne sont donc pas seulement la déclinaison des SROS mais aussi des instruments de projet au niveau local, avec un fort enjeu de coopération entre les acteurs de santé.
Les SROS de troisième génération font de l'accès aux soins de proximité une priorité, et une attention particulière devait être portée à la prise en charge des personnes âgées, en lien avec les schémas gérontologiques départementaux, pour aboutir à la structuration des filières gériatriques.
Dans le département des Yvelines, la logique de proximité a conduit la DDASS à privilégier une concertation de l'ensemble des acteurs concernés par le sujet des filières gériatriques, en utilisant la méthode Delphi pour la génération d'idées et de solutions, à côté d'un diagnostic partagé.

[7] Avant-projet de novembre 2005 sur le SROS 3/ 2006-2010.

La technique de Delphi est utile pour connaître l'opinion d'informateurs clés ou d'experts, ou d'autres personnes participant au groupe *ad hoc* constitué pour analyser des problèmes prévalant dans un territoire. Sans qu'il y ait déplacement ou communication des membres du groupe entre eux, le processus conduit chacun à réagir à l'information émise par les autres participants, et aboutit ainsi à un consensus. Cette dynamique est médiatisée par une série de questionnaires (adressés par la poste ou par Internet), dont chaque version est élaborée à partir de l'analyse des réponses données au questionnaire précédent. La démarche se termine lorsqu'il y a consensus ou que l'information obtenue est suffisante.

Les avantages de cette technique sont les suivants : laisser du temps pour la réflexion, préserver l'anonymat permettant une réponse plus libre, porter à connaissance de l'ensemble du groupe les points de vue exprimés, faciliter l'utilisation dans le temps et l'espace à l'intérieur du cadre défini (45/70 jours) ; mais la procédure ne précise pas certains détails, comme la nécessité de l'anonymat dans le groupe d'analyse, ou le minimum de répondants requis à chaque questionnaire, et l'obligation du consensus conduit à laisser de côté des positions extrêmes , même intéressantes.

En outre, cette technique demande un investissement soutenu dans la durée, outre certaines compétences de rédaction et d'analyse.[8]

Les éléments du rapport final ont été présentés, en ordre décroissant d'occurrence dans les réponses aux questionnaires, au cours de la réunion plénière du 3 Avril 2008, par le groupe d'analyse 78, en préparation de la définition des contours des filières gériatriques du département :

ζ1- Développer la prise en charge pluridisciplinaire - 257 points

ζ2- Développer la coordination gérontologique en lien avec le secteur médico-social et la ville - 237 points

ζ3- Améliorer le parcours du patient âgé lors de son séjour hospitalier - 166 points

ζ4- Améliorer les relations entre la ville et l'hôpital autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes - 165 points

ζ5- Améliorer la prise en charge des troubles cognitifs - 165 points

[8] Source : R. Pineault et C. Daveluy, la planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies, Ed. Nouvelles Québec 1995, cité par B. Compagnon, mémoire EHESP 2009.

ζ6- Améliorer la prise en charge en urgence et aux urgences - 145 points

ζ7- Définir le contour et le contenu des filières gériatriques - 123 points

ζ8- Développer la connaissance de l'offre de soins gérontologiques - 119 points

ζ9- Adapter l'offre de soins aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes - 114 points

ζ10- Améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques - 110 points

ζ11- Développer les actions de formation continue - 108 points

ζ12- Améliorer les échanges d'informations entre les professionnels - 106 points

ζ13- Respecter et privilégier l'écoute et le libre choix de l'usager - 97 points

ζ14- Développer le soutien aux aidants, familles et bénévoles - 83 points

ζ15- Identifier le rôle de la filière gériatrique hospitalière dans les actions de prévention, de dépistage et d'éducation - 73 points

ζ16- Améliorer la connaissance des besoins de la population âgée dépendante du territoire - 70 points

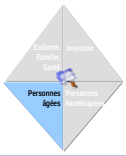
ζ17- Maintenir et améliorer l'accessibilité aux soins des personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge - 58 points

Dans les faits, le Conseil Général a été associé à ces réflexions, avec la présence dans le groupe d'analyse du Dr Gracco De Lay.

1.2.2 Le Schéma Gérontologique

La rédaction du Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale de troisième génération est en cours, et un bilan du plan 2003-2008 a été fait au cours du forum de lancement du lundi 6 Avril 2009. En ce qui concerne le secteur des personnes âgées, la présentation suivante, du cabinet Bernard Brunhes Consulting, résume bien les actions engagées :

3. Attentes et perspectives
Volet Personnes âgées



- **Territorialisation**
  - Une mise en place réussie des Coordinations gérontologiques locales, qui collaborent bien avec le secteur de l'aide à domicile / Des liens à renforcer avec les établissements
- **Des progrès dans la lutte contre la maltraitance et contre l'isolement, mais une marge de progression importante en matière d'aide aux aidants**
  - Les aidants ne sont souvent pas « en demande » : comment les encourager à se faire aider?
- **L'aide à domicile: un besoin de professionnalisation et de structuration**
  - En s'appuyant notamment sur les plateformes existantes
  - En réfléchissant parallèlement à l'articulation entre le domicile et l'établissement
- **En matière d'équipement : l'appel à projet a porté ses fruits, mais des besoins restent encore à couvrir**
  - Accueils alternatifs : une réflexion à mener sur les freins à leur développement
  - Prise en charge des personnes malades d'Alzheimer ou désorientées
  - Places habilitées à l'aide sociale ou à prix abordables
  - Ratios d'encadrement et niveau de qualification du personnel en établissement : un souci partagé
- **Des travaux en cours sur les filières gérontologiques (ARH, DDASS)**

Du point de vue sanitaire comme du point de vue médico-social, dans le département des Yvelines, des liens de concertation et de convergence se créent au bénéfice de la population des personnes âgées, et le point commun, matérialisé par la structuration des filières gériatriques, est bien la pratique du territoire.

Est-ce à dire que le territoire voit sa définition évoluer au gré des pratiques ? Une revue de littérature sur le sujet montre qu'effectivement ce sont *des* définitions du territoire qui sont utilisées par les acteurs de santé.

1.3 L'évolution des définitions du territoire

Dans le cadre de ce mémoire, et pour approfondir la réflexion sémantique sur le territoire en santé, certains ouvrages ont été sélectionnés pour une analyse de définitions à partir de questions-clés relatives surtout à la gérontologie :

- Qui agit sur le territoire : médecins gériatres, médecins généralistes, autres acteurs
- Quand intervenir : en filière de soins en établissement, en aval complexe (Ehpad et/ou réseaux)
- En vue de quoi travailler sur ce territoire : fluidité du parcours de soins, cohérence de prise en charge
- Que faire : travail en réseau, coopération
- Pourquoi agir à partir d'un territoire : la dimension sociale de la santé, le choix du maintien à domicile, les cloisonnements du système de santé
- Comment agir : par la connaissance mutuelle sur un territoire, la médiation, les apprentissages organisationnels
- Où : à domicile ou en établissement sanitaire ou médico-social

On en vient à cerner les contours de territoires qui sont bien entendu ceux, théoriques, imposés, de la planification sanitaire et gérontologique, tels qu'on les a décrits précédemment, mais aussi, une fois les pratiques de santé établies, des territoires pragmatiques, choisis, et donc souvent à géométrie variable puisqu'ils dépendent de leurs utilisateurs.

L'ouvrage *Nouvelles frontières de la médecine, nouveaux rôles et responsabilités du médecin* analyse l'évolution des rôles du médecin, ceux qu'on lui impose, comme gestionnaire d'information, ou maillon du système de gouvernement de la santé, en tant que médecin traitant, ceux qu'il choisit, dans les réseaux de santé.
Il montre aussi que la notion d'acte médical évolue vers l'utilité sociale.
Toutes ces évolutions ont des répercussions sur un territoire et les relations qui le constituent.
De même, le livre *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine* axe la définition du territoire sur la dimension sociale de la santé, et le maintien à domicile que permet l'action des réseaux de santé, ce qui élargit la notion de territoire,

d'un périmètre pour équipement en lits et places, à un réseau de relations sociales, autour de la personne âgée notamment.
Selon les auteurs[9], la finalité du territoire, c'est l'accès aux soins de proximité, l'utilité sociale, la fluidité du parcours de santé, et sa définition, c'est la coopération des intervenants avec une connaissance mutuelle qui diminuera considérablement les coûts de transaction que suppose le travail en équipe.

Quant à l'ouvrage *La géographie de la santé, un panorama*, et là encore, la notion de territoire, en géographie de la santé et du bien-être, au-delà de la géographie médicale, ne signifie pas seulement un territoire-contenant mais aussi un territoire-contextualisation, (au sens de significations culturelles et pratiques).
Les différentes contributions des auteurs de ce livre apportent à notre propos des données intéressantes :
« L'idée de bien-être pourrait être une question pivot de l'articulation de politiques publiques territorialisées à l'instar de la santé publique »[10], sachant que le bien-être est à définition « insaisissable ou normative » (H. Picheral) et que la notion de salubrité peut être plus utile à la géographie de la santé, qui étudie les espaces de santé tels que :

- Les espaces capacitants, pour le handicap, le vieillissement, la précarité, en vue d'un accès aux soins et services
- Les espaces intégrants, avec du lien social et de la proximité
- Les espaces sécurisants, pour le besoin de protection des individus
- Les espaces thérapeutiques, pour la promotion de la santé

L'approche globale, que prône la médicométrie[11], tenant compte de l'importance pour l'organisation de l'accès aux soins, de l'espace et de la société, permettra d'appréhender le problème des répercussions territoriales du vieillissement de la population, dans le sens où, du fait de cette évolution démographique, des solutions nouvelles doivent être imaginées.

[9] Voir la bibliographie en annexe
[10] Sébastien Fleuret : « Bien-être, santé et géographie » in Géographie de la santé 2007
[11] La médicométrie : prise en compte de l'ensemble des impacts de l'activité de santé sur un territoire donné, avec une reconnaissance explicite de l'environnement du système, une interprétation large de l'efficience, une échelle géographique d'intervention et une échelle temporelle (court, long terme) .

Ces solutions auraient une logique intégrative (filière de santé, continuité de la prise en charge) et une logique rationalisante, c'est-à-dire répondant à une évaluation des besoins par la construction de systèmes locaux d'acteurs cohérents, quand les échelles territoriales de prise en charge sont à plusieurs niveaux (régional, départemental et communal).

La définition du territoire est également abordée dans le livre *Santé et territoires, une nouvelle donne* dont E. Vigneron est directeur d'ouvrage ;
Selon le type de question étudiée, l'impact sur le territoire sera différent :
- s'il s'agit de la démographie médicale, qui est surtout un problème de répartition des professionnels de santé sur un territoire, la réponse est dans le repérage des besoins sur des zones géographiques fines et dans l'évolution des métiers dont celui du médecin.
- s'il s'agit du développement de l'intercommunalité et des *pays* en zone rurale, à côté des structures administratives comme la région, le département, la commune, la définition des bassins de santé comme celle des secteurs gérontologiques doivent être en cohérence.
- s'il s'agit des changements de l'hôpital-institution en « hôpital spatial », centré sur les besoins de la population qu'il dessert, ouvert à son environnement, ou des changements de la pratique de la médecine vers une collégialité et une culture de travail en réseau, l'aménagement sanitaire du territoire doit aller vers le développement du travail en réseau transdisciplinaire et transstructures.
- s'il s'agit enfin de régulation du système de santé en fonction d'un objectif d'équité de l'accès aux soins, c'est l'organisation territoriale qui va être modifiée, vers une organisation réticulée et graduée : selon la vocation du territoire concerné, en lien avec l'ensemble régional, les réseaux et filières de soins seront des solutions nouvelles à des problèmes non pris en compte par le dispositif existant, parce que trop complexes ou soumis à très forte incertitude - sachant que le réseau est une forme d'organisation fondée sur la coopération, et est aussi l'espace-lieu de ces coopérations.

Toutes ces questions aboutissent à une redéfinition générale de la notion de territoire. Le territoire comme ancrage naturel des pratiques de santé, on le voit, est une acception traditionnelle mais insuffisante, qui doit être élargie, pour conduire à des réponses qui faciliteront la prise en charge de la population âgée, parce qu'elles peuvent permettre de sortir des cloisonnements et des luttes de pouvoir des logiques institutionnelles, sans pour autant qu'il soit possible de s'exonérer d'une réflexion future sur la polarisation d'une organisation en réseau, entre son centre et sa périphérie, par exemple, et les difficultés induites éventuellement par cette polarisation.

2 Le territoire comme dynamique d'un projet commun de professionnels au service de la personne âgée

« L'organisation participative » (IRDES Mai 2008) est un mode d'organisation territoriale où le territoire est perçu comme outil de concertation et de projet.
Les huit mois de stage professionnel se sont déroulés dans un contexte local, celui du Centre Hospitalier de Rambouillet, dans les Yvelines, et l'une des missions confiées a été l'animation de la filière gériatrique au début de son activité. On verra donc comment des organisations participatives telles que la filière gériatrique et le réseau gérontologique peuvent générer une nouvelle détermination du territoire dans lequel elles sont implantées.

2.1 Une solution institutionnelle : la filière gériatrique

Après une présentation rapide de l'historique et de la définition d'une filière gériatrique, ainsi que du site de l'étude, on décrira les étapes de construction de la filière gériatrique, en application du PMT 78 présenté plus haut.

2.1.1 Qu'est-ce qu'une filière gériatrique ?

Un arsenal réglementaire sur la filière gériatrique a été recensé dans le « Programme pour la gériatrie » d'Avril 2006 :
- la circulaire DHOD/02/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- le plan « urgence gériatrie » du 30 septembre 2003 sur les lits de gériatrie court séjour, les EMG, les soins de suite médicalisés, et l'HAD
- le Plan Alzheimer 2004-2007 et la circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C n°2005-172 du 30 Mars 2005
- le plan Vieillissement et Solidarités du 29 Septembre 2003

De plus, les deux premiers objectifs de ce « Programme pour la gériatrie » posent les bases de la démarche : tout d'abord, « créer un label filière gériatrique pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences »,

ensuite, « faire contractualiser en tant que partenaires de la filière gériatrique labellisée les établissements et structures associés à la filière ».
A la suite du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, la circulaire DHOS/02n°2007-117 du 28 Mars 2007 précise le terme de filière gériatrique, qui a été utilisé par le CH de Rambouillet. Visant à « une structuration territoriale de la prise en charge de patients âgés » la filière gériatrique comprend un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie (EMG), une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, des SSR gériatriques et des soins de longue durée.
Enfin, la filière gériatrique prend en charge spécifiquement le patient de 75 ans et plus, dit « gériatrique » parce qu' « il se caractérise par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques »[12].

2.1.2 Le CHR, établissement support de la filière gériatrique

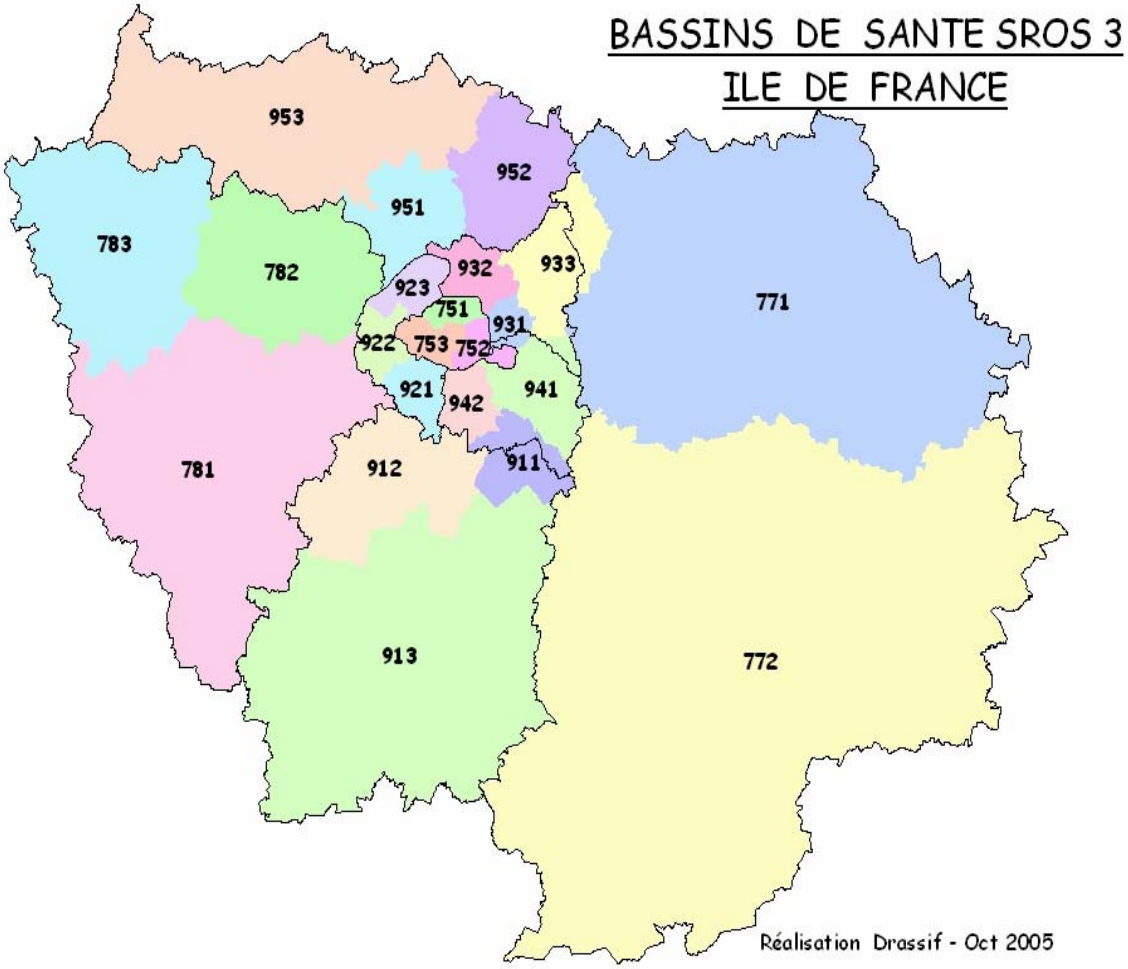
Parce qu'il dispose d'un service d'urgences et d'un court séjour gériatrique, le CHR est devenu, sur le territoire 78-1, l'établissement support.
Le centre hospitalier de Rambouillet est un établissement public de santé de 465 lits et places, siège d'un SAU, Service d'accueil et de traitement des urgences ; il dispose de services de Chirurgie, Médecine, Maternité et Gynécologie, Pédiatrie, Hémodialyse, et a fait l'objet de gros travaux de reconstruction et reconfiguration, notamment du plateau technique et des urgences, en 2005.
Sont opérationnelles sur le site :

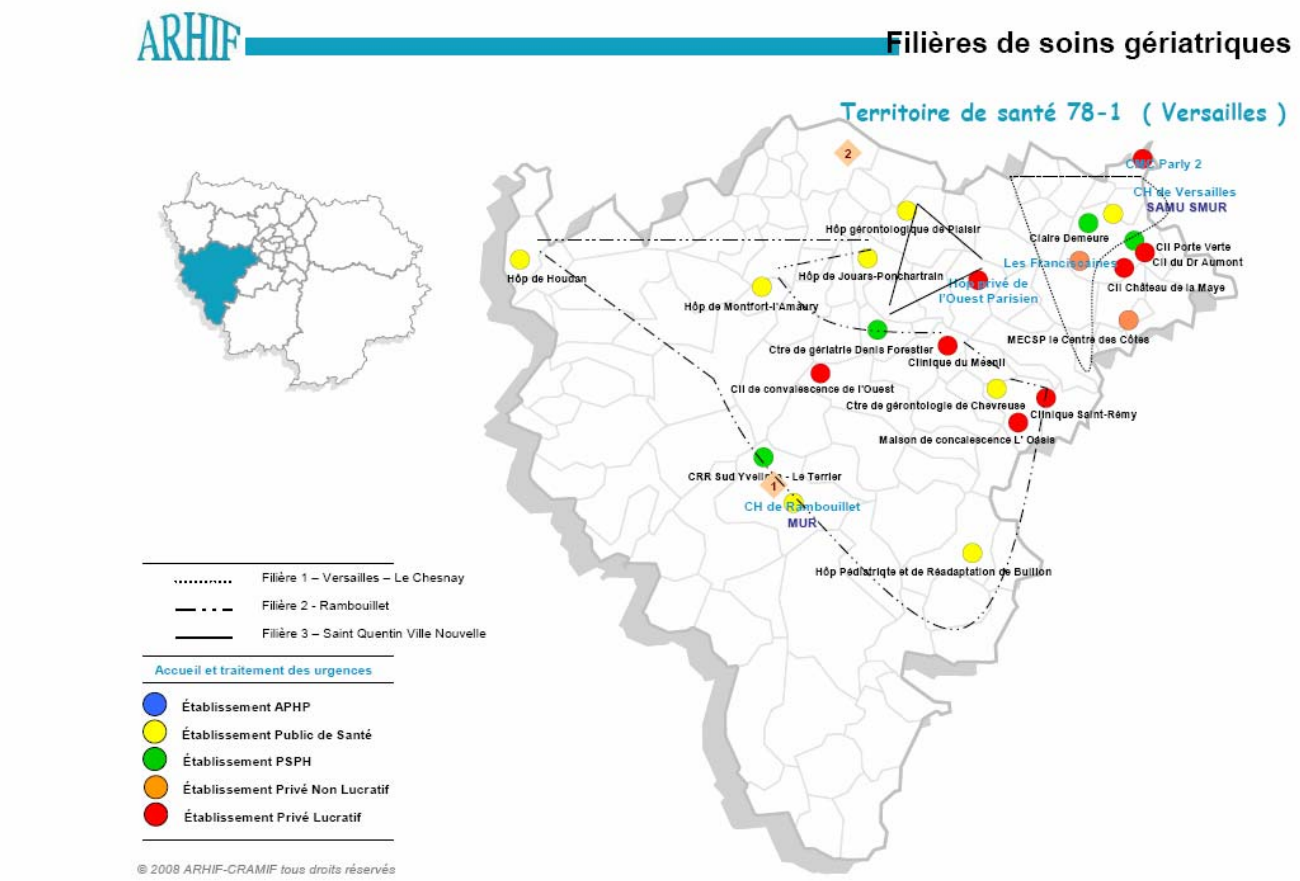
- la prise en charge des personnes âgées aux urgences avec 11 lits portes, séjours de très courte durée, des lignes de garde de gériatres et la PASS,
- la médecine gériatrique en court séjour gériatrique (21lits),
- l'intervention de l'UMG, équipe mobile gériatrique en intra hospitalier,
- l'hospitalisation de jour (2 lits diagnostiques),
- la consultation d'évaluation gérontologique (avec une consultation mémoire labellisée),

[12] C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux : Un programme pour la gériatrie (rapport au ministre de la santé et des solidarités Avril 2006).

- la prise en charge SSR au CERRSY, structure associée en communauté d'établissements.

L'EHPAD « Les Patios d'Angennes » est un établissement de 160 lits, rattaché au Centre Hospitalier de Rambouillet, sous convention tripartite signée en Juin 2008. Intégré à la Filière Gériatrique récemment constituée sur le territoire Sud Yvelines, l'Etablissement est en lien avec le SSIAD et le CLIC, implantés sur le site de l'Hôpital.





Il est important de remarquer au vu de la carte ci-dessus, que la filière de Rambouillet est la seule à s'étendre sur des distances telles que l'Hôpital de Houdan, à l'extrémité du circuit, a refusé de signer la convention constitutive pour cause d'éloignement, et de flux orientés vers Plaisir et Dreux, (à l'ouest, hors département).

La zone de couverture de la filière est de 82 communes, identique à celle des CLIC de Rambouillet, Houdan, Montfort, pour une population de 9400 personnes.

2.1.3 Les étapes de construction de la filière gériatrique du Sud-Yvelines

Plusieurs versions de constitution de la filière avaient été réalisées au début de l'année 2008, avant que la DDASS n'arrête le dernier état des discussions ; n'a pas été résolu le problème de l'adhésion des hôpitaux locaux de Houdan et Montfort l'Amaury, en direction commune, qui ont considéré que l'éloignement de

l'établissement support, ajouté à leurs habitudes de travail avec Dreux et Plaisir (hôpital gérontologique), constituaient des motifs suffisants de non-participation.
Il y a eu une première réunion fin Juin 2008 de tous les partenaires de la filière pour la détermination des orientations et des priorités de la filière et des groupes de travail ont travaillé de Septembre à Décembre 2008. La signature de la Convention Constitutive devait avoir lieu avant la fin 2008.
L'objet de la filière a été rédigé ainsi dans la convention constitutive, signée le 20 novembre 2008 entre les 12 membres, hors hôpitaux locaux de Houdan et Montfort (15 établissements médico-sociaux sont partenaires de la filière gériatrique Sud Yvelines) :

« La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique ». Elle s'inscrit dans une politique de réponse globale adaptée et continue aux besoins des patients.

Elle permet une efficience optimale de la prise en charge en orientant rapidement le patient âgé en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique. Si le patient ne relève pas d'une prise en charge hospitalière, il doit être dirigé vers le dispositif d'orientation adéquat.

Sur un territoire donné, la filière a pour objectif de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes d'un avis gériatrique, quel que soit le service d'hospitalisation demandeur dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière mais qu'il ne comporte pas en propre de compétence gériatrique.

La filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pouvant intégrer les acteurs de ville et ceux du secteur médico-social et social.

L'état des lieux sur l'établissement –support était le suivant :

Offre sanitaire avec orientation gériatrique	Capacités actuelles		Points forts par rapport à l'accueil ou la prise en charge des personnes âgées	Axes d'amélioration en faveur de l'accueil ou de la prise en charge des personnes âgées
	totale	à orientation gériatrique		
Urgences	11 HTCD		Possibilité avis gériatrique (UMG) et psychiatrique Gériatres participent aux gardes urgences Conventions avec Ehpad avoisinant pour améliorer l'accueil de leurs résidents Accès à plusieurs services de médecine gériatrique – hôpitaux locaux	Mise en place d'une présence gériatrique permanente
Médecine	104	21	Existence d'une unité de gériatrie aiguë (bonne coopération avec structures d'aval), équipe pluridisciplinaire, et d'une EMSP Liens forts avec la médecine libérale	Fluidité des structures d'aval (projet de SSR gériatrique avec le CERRSY) L'augmentation du nombre de lits sera envisagée
SSR	12	0		
USLD	0	0		
Consultations mémoire	1	1	Développement et labellisation récentes Pluridisciplinarité Proximité immédiate de l'instance de coordination (ICSY) CLIC de niveau 3	Délai RV à raccourcir Développer les avis avant décision de chirurgie ou en onco gériatrie Créer une Cs de psycho gériatrie
HDJ	11	2	Existence d'un hôpital de jour diagnostic Accès direct au plateau technique dont exploration neuroradiologiques spécifiques Réalisation de bilans mémoire	A développer Absence d'HDJ thérapeutique
EHPAD	160		2 unités Alzheimer (52 places) Locaux neufs et fonctionnels Politique d'animation soutenue	Difficulté de reconnaissance des nouveaux projets dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite
AJ	10 Alzheimer		Géré par l'ICSY dans les locaux de l'hôpital Activité soutenue	
AT				
EMG intra	1	1	Equipe pluridisciplinaire Interventions aux urgences et en chirurgie Evaluations cognitives	
EMG extra	demandée			Accéder à un avis gériatre ou psychiatre ou à une évaluation au domicile/ en établissement d'hébergement
SSIAD	70	65		

Un diagnostic partagé global de la filière sur la prise en charge des personnes âgées sur le territoire concerné a été établi:

Points forts	Points à améliorer
Toutes les activités nécessaires à la reconnaissance d'une filière sont présentes	Augmentation de la capacité des places de l'HDJ
Elle s'appuie sur des réseaux : - réseau en santé mentale qui fédère la majorité des intervenants (médecine de ville, psychiatres, psychologues) aux établissements membres : RPSM - réseau en cancérologie : RYSC - réseau en soins palliatifs : PALLIUM	Connaissance relative : - des différents intervenants entre eux sur la filière - de l'ensemble des ressources disponibles Des lits de soins de suite à ouvrir Coopération public/ privé à renforcer
Elle s'appuie sur 3 CLIC de niveau 3	
Elle est organisée autour de prises en charges polyvalentes et pluridisciplinaires	Ouverture des lits de court séjour dédiés à la prise en charge des PA Alzheimer et troubles apparentés (CLINEA) Evaluation de la capacité en lits d'USLD pour adapter l'offre aux besoins
Elle dispose d'un service d'urgence au CHR et d'un centre de santé (avec centre de première intention) sur Houdan	Formalisation de l'intégration de la zone de couverture des 2 CLIC Houdan et Montfort ; partenariats à développer ; fluidité du parcours du patient en respectant la proximité sur cette filière dont la couverture géographique est très étendue
Conventions avec EHPAD avoisinant pour améliorer l'accueil de leurs résidents	Développement des conventions entre structures médico sociales et sanitaires
Partenariats déjà existant entre les 3 filières	Transversalité entre filières : à développer et à formaliser, en particulier pour la psycho gériatrie cognitive et la psychiatrie du sujet âgé

2.1.4 L'animation de la filière gériatrique

Préalablement à la première réunion fixée au 25 mars 2009, une enquête a été envoyée par mail aux différents membres et partenaires sur les attentes de chacun :

- Recensement des personnes-ressources pour contact et recueil des infos
- Quelle est votre priorité pour la filière ?
- Qu'attendez-vous de la filière ?
- Comment va-t-on fonctionner ?
- Qu'attendez-vous des coordinateurs ?

8 réponses seulement ont été reçues mais la réflexion était lancée, avec, en outre, comme trame de travail, le récapitulatif des missions incombant à la filière mise en place :

MISSIONS	OBJECTIFS	ACTIVITES	Qui fait quoi ?	Observations
Régulation du parcours personne âgée	-Non stagnation aux urgences -Diminution du temps d'hospitalisation -Hospitalisation adaptée, aval adéquat	1) Fiche de besoins CS et aval/semaine 2) Formations (?) 3) Coordination adm. : mise en commun des bonnes pratiques +alertes 4) Communication -externe -interne	Coordinateur administratif Service com. → (CHR) Coordinateur adm.	Prévoir une liste commune des personnes-ressources Visibilité filière pour CLIC et Médecins de ville Exhaustivité des infos
Prise en charge psychosociale des personnes âgées	Evaluation conjointe psychiatrique	1) Avis gériatrique aux urgences 2) Consultation d'évaluation G.	1) Urgences CHR 2) EPS Charcot 3) Consultation évaluation G. (CHR)	Le coordinateur médical de la filière centralise les infos/PA
Accueil spécifique aux urgences	-Gestion de l'entrée ds la filière : numéro unique -Ciblage de l'intervention, par gériatre présent aux urgences	1) Passage systématique quotidien de l'assistante sociale 2) Fiche d'accueil : pourquoi, n° Tel de rappel 3) Prévoir dossier et vêtements	Urgences CHR+gériatre de permanence+ assistante sociale Ehpad, SSR, Domicile	Le coordinateur médical gère le numéro unique d'entrée

Organiser l'aval du court séjour CHR, et du SSR	-Définir le besoin de la PA -programmer le parcours en amont -Gain de temps pour les professionnels concernés	Liste des lits disponibles de chacun des membres et partenaires : en CH, en SSR, en Ehpad ou MR, par prise en charge à domicile Orientation PA	Coordinateur adm. fait une rediffusion à la filière Coordinateur médical	Périodicité ? participation CLIC Yvelines informer médecin traitant et/ou Etablissement d'origine

Lors de cette première réunion du 25 mars, il est décidé que des groupes de travail peuvent se constituer pour réfléchir sur les thèmes suivants :

- les formations communes aux établissements sur les pratiques professionnelles en gériatrie, qui favoriseraient la connaissance mutuelle des personnels et des établissements et les échanges d'expériences. Une première date est présentée : le 9 Avril à Rambouillet sur la prise en charge de la douleur chez la Personne Agée, et d'autres thèmes sont proposés, sur la prévention des chutes et le projet de vie individualisé.
- la mise en commun des protocoles et bonnes pratiques existants en établissement et des réponses apportées aux dysfonctionnements.
- les «fiches de poste » des coordinateurs médicaux et administratifs
- le document commun de transfert aval, en utilisant le travail effectué sur le document unique d'entrée en Ehpad 78, ou la carte Hospidom du Conseil Général 78, à problématique sociale, et le travail de réflexion de la DDASS 78 sur ce sujet.
- le document commun d'accès aux urgences, à problématique médicale, qui recense les éléments-clés nécessaires aux urgentistes sur la Personne Agée.
- la question du numéro unique d'entrée dans la filière, disponible dans la journée, d'une part et disponible sous forme d'astreinte (?) en dehors des heures de travail, d'autre part. Cette question serait à relier aux modalités de réassurance du personnel de nuit en Ehpad, propres à chaque établissement, et à la « pré régulation » éventuelle du service des urgences sur l'opportunité du déplacement non programmé des personnes âgées.

Le postulat de départ sur le fonctionnement de la filière était que, dans l'attente de labellisation et des financements induits prévus, ces travaux préparatoires pouvaient permettre à la Filière de justifier ses besoins de financement auprès des tutelles. La motivation des participants, certes peu nombreux mais actifs, est évidente.

La seconde réunion du 11 Juin 2009 a pour objectif, suite à la labellisation pour trois ans accordée par l'ARHIF à la fin du mois de Mars 2009, de formaliser le fonctionnement de la filière. Un nom est donc choisi: ***Filière Gériatrique 78 Sud***.
Une organisation interne est soumise à proposition mais les financements des postes de coordinateurs administratifs et médicaux n'étant pas acquis, le sujet reste en attente. Par contre les groupes de travail priorisés se mettent en place de la façon suivante :

Fiche de transfert en SSR	**Fiche de transfert aux Urgences**
M. Moreau M. Thubert Mme Brindejonc M. Grunbaum Les volontaires supplémentaires seront intégrés lors de la réunion du 26 Juin prochain.	M. Mahout Mme Favre Mme Bily Mme David (?) Mme Favre sera l'interface filière/DDASS : le sujet étant déjà travaillé par la DDASS avec certains établissements. Une réunion est programmée le 10 septembre, 14h à l'Ehpad Fort Manoir.
Bonnes pratiques	**Plate-forme commune de formation**
M. Mahout Mme Bily Mme David Il s'agit dans un premier temps de recenser les bonnes idées pratiquées dans un établissement ou l'autre et de les porter à connaissance des autres membres de la filière : exemples de la prévention des chutes, du suivi de l'alimentation, de la prévention des escarres, etc.…	M. Galle (référent) Porter à connaissance les formations proposées par tel établissement qui pourraient intéresser le personnel d'un autre établissement de la filière dans la limite des places disponibles restantes. *(Dans le même ordre d'idées, faire une base de données sur AGORA, des candidatures non retenues sur un poste à pourvoir par un établissement et proposer au candidat non retenu un poste similaire sur la filière.)*
Fluidité du parcours personne âgée	
M. Galle M. Balbi M. Guillerm M. Moreau Faire en quelque sorte un livret d'accueil dans la filière, ou une présentation de la filière : qui fait quoi, quelles sont les capacités de la filière en lits SSR, lits-portes, places d'hébergement, places en hôpital de jour, etc.… *Intégrer une liste de lits et places disponibles actualisable par semaine (?)*	

Les propositions opératoires qui ont conclu ces premières rencontres entre acteurs de la filière, en tant qu'organisation participative, ne sont peut-être pas très ambitieuses mais traduisent une volonté de faire changer les pratiques du territoire dans un sens favorable à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée : il s'agit du choix d'une démarche « à petits pas », d'une communication vers l'extérieur de la filière, ne serait-ce que par l'inscription sur les en-têtes officiels des établissements de la mention « Filière Gériatrique 78 Sud », et à l'intérieur de la filière par les documents communs de circulation du patient ; il s'agit aussi de tenir compte de travaux déjà en cours avec la DDASS (la fiche de transfert aux urgences par exemple) pour les intégrer dans la démarche, avant de lancer de nouveaux projets ; enfin, il s'agit de favoriser la perméabilité entre les filières du 78-1, en faisant des établissements en limite de territoire, les hôpitaux locaux de Houdan et Montfort, des lieux de rencontre inter filières pour un comité d'Ethique par exemple, à l'instar de celui du CHR.

2.2 Une solution de terrain : le réseau gérontologique

Le fonctionnement en réseau fournit un service nouveau qui consiste à tirer le meilleur parti de ressources existantes.

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou d'une population à un moment donné sur un territoire donné ».[13]

Quant à la place du réseau dans le système de santé, on peut l'apprécier selon les fonctions qui lui sont attribuées : fonction substitutive ou fonction interstitielle ? La première signifie que les réseaux s'intègrent plus fortement dans le champ des activités ambulatoires et des structures hospitalières ; la seconde, que les réseaux visent à répondre à certains dysfonctionnements dans le système actuel d'offre de soins.[14]

[13] Anaes 1999

[14] Rapport Pailleret : « Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville » Coordination Nationale des Réseaux 1999

2.2.1 Le projet de réseau de l'association ICSY

CARMAD
Géronto
15 communes
234 617 habitants

ICSY
Géronto
46 communes
96822 habitants

RYSC
Cancéro
115 communes
182 107 habitants

RCYN
Cancéro
148 communes
422 753 habitants

Dans l'ensemble des réseaux de santé du département des Yvelines, l'Instance de Coordination Sud Yvelines (ICSY) est pour l'instant une coordination gérontologique ou CLIC de niveau 3 et non un réseau de santé.

Le projet a été élaboré avec le soutien de la MSA, par adossement au CLIC de niveau 3, dans la mesure où le réseau apporterait une compétence sanitaire à la prise en charge médico-sociale actuelle.
Dès le départ, un partenariat fort a été promu avec le réseau Le Pallium du fait que l'acteur principal du projet et son plus ardent défenseur, le Dr Thubert, est également membre du réseau Le Pallium depuis longtemps.
Dans un entretien, Mme Fournier, responsable du CLIC 3, souligne les liens de complémentarité Clic/réseau :
1) un réseau apporte l'évaluation médicale qui manque au Clic, chargé de l'évaluation médico-sociale : c'est un médecin qui peut décider des alternatives au maintien à domicile.
2) le réseau prend en charge des situations complexes, notamment en cas de troubles du comportement ou de troubles psycho-gériatriques : sur le secteur en effet, le CMP ne se déplace pas au domicile (exceptionnellement un infirmier) et le réseau de santé mentale est plus ciblé sur la population jeune et adolescente ; quant à la consultation d'évaluation gérontologique, l'évaluation est faite en dehors du milieu ordinaire ; la filière gériatrique pourrait permettre un recours à une équipe mobile de psycho-gériatrie, par mutualisation de moyens entre établissements.
Elle ajoute par ailleurs :
Le CLIC serait le point d'entrée du futur réseau et les critères d'inclusion vérifiés par le CLIC, si la personne n'est pas connue déjà sur le plan médico-social. Ensuite le CLIC fait la répartition des demandeurs de prise en charge selon le degré de complexité et le caractère médical de la prise en charge, d'où la mutualisation de moyens entre réseau et coordination gérontologique, sur un même territoire et pour une même population concernée.

Le Dr Thubert, dans une présentation du projet en mai 2008, résumait ainsi les objectifs du futur réseau :

- optimiser la prise en charge à domicile

- développer des alternatives à un « passage obligé » par les urgences

- faire face aux situations très complexes à domicile où problématiques sociales et sanitaires sont étroitement intriquées

- proposer une réponse cohérente et synergique entre secteurs sanitaire et médico-social.

Depuis 2006, des réunions de travail régulières ont eu lieu entre la médecine de ville, les gériatres hospitaliers et l'ICSY, avec le soutien de la MSA et à la demande du Conseil Général (schéma gérontologique), en lien avec les réflexions sur la filière gériatrique menées par la DDASS 78. L'écriture du projet a été longue et difficile, mais un dossier FIQCS a été monté au début de l'année 2009.

2.2.2 L'avenir incertain du projet de réseau

En termes de valeur ajoutée, pour les pratiques du territoire de Rambouillet -et parce que le Clic est parfaitement identifié, par la médecine de ville et par le centre hospitalier, comme une équipe de professionnels du maintien à domicile et de personnes ressources sur certaines questions- la mise en place du réseau gérontologique permettra à l'ICSY de compléter la prise en charge de la population âgée et d'apporter une aide aux médecins traitants dans les situations complexes, sur le plan médical aussi bien que sur le plan médico-social. L'avantage principal pour la personne âgée est la pluridisciplinarité des intervenants. Quant au partage du territoire avec la filière gériatrique, Mme Fournier, responsable de l'ICSY, estime que « *le travail de relations et de coordination entre les établissements prendra du temps. Si le futur réseau gérontologique est financé, il fera le lien avec le CLIC, médico-social, en tant que partenaire de la filière au même titre que les EHPAD, par exemple.»*

Le réseau est acteur de la fluidité du parcours de la personne âgée dès que celle-ci a recours aux établissements sanitaires, du fait de sa double «compétence » sanitaire et sociale, et à Rambouillet, les médecins gériatres de l'hôpital sont aussi impliqués dans le travail de la coordination gérontologique, et en lien fréquent avec la médecine de ville. On a donc sur le territoire des facteurs favorables au travail en réseau et à la collaboration des professionnels de santé sur les cas complexes, à domicile ou à l'hôpital.
Le réseau apporte aussi une contribution à la formation des professionnels du domicile et des aidants, de même qu'aux médecins généralistes, qui peuvent alors garder le suivi de leurs patients.

Le projet a été présenté en Juillet 2008 à l'URCAMIF, et l'accent a été mis sur l'augmentation de la population qui aurait éventuellement accès à une prise en charge en réseau de santé, à domicile, en gérontologie, mais aussi en cancérologie, et en soins palliatifs, en raison de la mutualisation de moyens déjà très engagée avec Le Pallium, en particulier , et aussi les réseaux Carmad (gérontologie) et Rysc (cancérologie) sur le même territoire : programme de formation commun et permanence téléphonique départementale assurée par le réseau Le Pallium, les quatre réseaux se réunissant régulièrement sur le sujet de la mutualisation de moyens, depuis le 23 septembre 2008, à la demande de la Mission Régionale de Santé.
Les prémisses de réorganisation des réseaux territoriaux étaient déjà visibles à ce moment et, en effet, lors de la présentation du dossier FIQCS, en Juin 2009, la réponse donnée a été dans la droite ligne des premiers avis, les restrictions financières s'étant accentuées entre-temps, dans le contexte actuel de crise économique : le réseau gérontologique ne sera pas financé en tant que tel, il doit devenir un pôle gérontologique du réseau de soins palliatifs Le Pallium, sur un territoire plus étendu (tout le sud du département), sur le modèle de réseaux polyvalents tels qu'Osmose dans le département des Hauts de Seine, qui comprend trois pôles, gérontologie, cancérologie et soins palliatifs.
L'approche territoriale est majorée, mais ce qu'on gagne en couverture géographique peut être perdu en proximité d'action, -qui est la raison d'être principale d'un réseau de santé.

Les propositions opératoires sont restées limitées en raison des incertitudes sur l'acceptation du dossier pour financement :

- l'interconnexion réseau/filière était impérative, et facilitée par le fait que les acteurs de l'établissement –support, les gériatres du CH de Rambouillet, devaient œuvrer aussi au sein du réseau gérontologique. Une enquête rapide auprès de certains médecins libéraux pourtant sensibilisés au travail en réseau, puisqu'ils interviennent à la permanence des soins de l'hôpital et dans le Réseau Le Pallium, a montré cependant la méfiance à l' égard d'un dispositif, la filière gériatrique, trop institutionnel pour les problématiques du domicile, et une méconnaissance des complémentarités avec un réseau gérontologique pour la prise en charge des cas complexes, qui soit une réponse stratégique et non opportuniste.[15]
- L'implication des médecins libéraux était à renforcer, sachant que ces professionnels sont très sollicités et peu habitués à des pratiques collectives : d'une part, le projet a mis beaucoup de temps à se formaliser, et une certaine usure de l'équipe-projet s'est manifestée ; d'autre part, la posture réformatrice de certains pionniers ne doit pas masquer le fait que la plupart des médecins tiennent à l'exercice libéral en « colloque singulier ». Il est bien évident que, si le projet suit son cours, il faudrait relancer l'implication des médecins libéraux par une campagne d'information très large, sur la filière gériatrique et le réseau gérontologique.
- De même, une étude sur les critères d'évaluation du réseau, selon les principes méthodologiques du Comité National de Gestion du FIQCS[16] pouvait être envisagée mais demeure prématurée à ce jour, les cinq axes d'évaluation étant : la coordination des soins, la qualité et la sécurité des soins, la couverture de la population cible dans le territoire de santé, l'efficience médico-économique, la satisfaction des clients.

[15] Selon les réponses au questionnaire en annexe
[16] Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Continuité des Soins

2.3 Les difficultés de l'organisation du territoire-projet

Plusieurs difficultés se sont présentées au cours des huit mois de stage, dont on doit tenir compte en tant que promoteur de ces projets d'organisation de territoire, et qui vont conditionner des préconisations réalistes.
On est en présence de territoires construits, filière et réseau, certes à la demande des tutelles, mais qui ne se décrètent pas. La filière regroupe des établissements dont l'activité est différente et constitue un espace de lieux, alors que le réseau a des promoteurs hospitaliers et des acteurs libéraux et forme un espace de flux. L'intersection de ces deux ensembles lieux/flux ne va donc pas de soi.

2.3.1 Un territoire construit

Les conditions de réussite de ces organisations tiennent à la philosophie du projet d'une part, et à son économie, d'autre part.

- une large couverture populationnelle est prévue, la légitimité des acteurs doit être reconnue par la population, les personnes âgées et leurs familles, la place de la personne âgée dans la société valorisée par une éthique en action.
- les décloisonnements sanitaire/social doivent régir la prise en charge des personnes âgées, et suppose l'interdépendance des professionnels de santé mais non leur interchangeabilité, avec pour conséquence une valorisation mutuelle des compétences. L'évaluation des dispositifs est nécessaire du fait de l'origine publique des financements : les dysfonctionnements sont coûteux, tandis que la capitalisation de bonnes pratiques est source de valeur. L'évaluation de ces dispositifs doit en principe démontrer leur utilité économique à côté de leur utilité sociale. « L'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre».[17]

[17] Art 1 du décret 98-1048 du 18/11/1998

Dans l'impossibilité matérielle de fixer un indicateur pour chaque nœud de l'organisation réticulée, filière de soins ou réseau de santé, il conviendrait de compléter un bilan quantitatif[18] tel que celui proposé par l'ARH en annexe de convention constitutive de filière, ou celui proposé par l'ANAES[19], pour les réseaux, par un bilan qualitatif auprès des usagers, après un temps d'utilisation des services de la filière ou du réseau.

2.3.2 Un territoire commun ?

Il est difficile à l'heure actuelle de définir l'interconnexion entre la filière gériatrique et le réseau, dans la mesure où le réseau n'a pas d'existence juridique et où la filière commence seulement son activité.

- le leadership assumé du travail en réseau est indispensable dans tous les cas aux professionnels de santé concernés, quand l'ARH fait attendre les financements prévus pour les coordinateurs de la filière : « L'ARHIF s'est engagée à allouer un montant en MIG en renforcement de la dotation des Equipes Mobiles Gériatriques pour financer cette coordination sous la forme d'un forfait de coordination. » déclarait récemment R. Simon-Prel, chargée de mission, dans la revue de l'Arhif[20] ; ou quand l'ARH bloque les ressources nécessaires au futur réseau gérontologique, jusqu'à son rattachement en tant que pôle gérontologique au réseau Le Pallium.
- le travail en commun de structures publiques/ privées/ PSPH doit conduire à se défaire des représentations politiques sur la répartition du pouvoir dans la filière gériatrique ou sur les divergences d'intérêt des professionnels dans le réseau, la finalité première de ces

[18] Les critères d'évaluation de l'activité d'une filière sont en résumé : la file active, le nombre moyen sur une période donnée de patients gériatriques admis en court séjour, aux urgences, en SSR, le nombre d'admissions directes sans passage par le SAU, le nombre de ré hospitalisations des patients gériatriques. Pour le réseau, on parlera aussi du nombre d'inclusions, du nombre de formations et de participants aux formations, du nombre de visites à domicile et du nombre de patients suivis par professionnel du réseau.
[19] Guide d'évaluation Septembre 2004
[20] La Revue de l'Arhif, N° spécial gériatrie Mai 2009

organisations étant une prise en charge pluridisciplinaire de la personne âgée.

- La contrainte temporelle est indéniable : la mise en commun d'outils déjà existants entre certains membres ou partenaires de la filière est une première étape longue, l'utilisation de nouveaux outils, créés en groupe de travail, prendra encore beaucoup de temps. Et l'apprentissage organisationnel se fait évidemment sur des périodes étendues.
- Il est très difficile de travailler sur des logiques territoriales transversales quand les logiques institutionnelles sont verticales
- « La coordination formelle ou les structures qui en portent le nom ne peuvent pas être de véritables espaces de coordination parce qu'elles sont des lieux de démonstration des enjeux et produisent par conséquent des blocages.»[21]

2.3.3 Des préconisations réalistes : vers un pôle de gériatrie territorial

« La pénurie aiguë de ressources contraint désormais les pays à s'ouvrir à de nouvelles solutions et à de nouveaux modes de pensée (...) Le problème ardu qui se pose est d'arriver à mettre en place l'infrastructure viable capable d'assurer la prestation des soins de façon intégrée ». J-P Jardel[22], de l'OMS, souligne la difficulté de l'aménagement sanitaire du territoire, et pour la population âgée, le problème se complique du fait de sa fragilité.

La démarche d'*aller vers* cette population spécifique devrait être au principe de toute politique future. Aujourd'hui, et sur le territoire du 78-1, les avancées des projets de filière gériatrique et de réseau gérontologique sont de l'ordre de la formalisation et de l'économique plutôt que du philosophique, mais la réalité de la dynamique est avérée.

---

[21] M. Legrand, Y. Schléret : « La coordination : des procédures, un processus » in Vieillir dans la ville, MiRE-Plan Urbain, Ed. L'Harmattan, 2002

[22] Cité par S. Fleuret : « organisation des systèmes, réseaux, coordination des services et acteurs de la santé » in « Géographie de la santé, un panorama »

Quant à la filière gériatrique, la constitution pour les acteurs de la filière, d'un GCSMS, est sans doute le moyen d'obtenir des financements des pouvoirs publics sur les actuels fonds du FIQCS, dans le cadre de la nouvelle loi HPST, pour assurer ainsi la pérennité de cette organisation qui ne compte actuellement que sur du travail bénévole. Une dynamique a été créée et il serait dommage qu'elle s'arrête court, faute de coordinateurs, si les fonds éventuellement alloués aux Equipes Mobiles de Gériatrie des filières par l'ARHIF (voir supra) ne sont que transitoires.

Quant au réseau gérontologique, la démarche de l'équipe-projet en direction du réseau Le Pallium, pour intégrer ce réseau en tant que pôle gérontologique, sur le modèle du réseau Osmose, pose le problème de l'extension du champ territorial d'intervention du Pallium, sachant que le principal avantage d'un réseau de santé est sa proximité et sa connaissance des professionnels du terrain et qu'au-delà d'une certaine aire géographique, ces bénéfices sont moins évidents.

L'entrée en vigueur de la loi HPST va modifier les données, dans la mesure où elle prévoit que le médecin de premier recours a des fonctions de réseau de santé sans en avoir les moyens, et qu'il y a bien décloisonnement du sanitaire et du social au sein des Agences Régionales de Santé sans *l'outil de la loi* [23]que serait un réseau de santé reliant les établissements et les professionnels, fort de l'expérience acquise au fil des années.

[23] G. Poutout, CNEH

3 Le territoire comme vecteur d'innovation en santé : essai de prospective théorique.

Nous verrons d'abord que des recherches théoriques et des expérimentations étrangères, transposées ensuite en France, ont abouti au concept de *gestion de cas*, qui représente l'extrême du maillage territorial dans la prise en charge de la personne âgée.
Nous analyserons ensuite la façon dont le travail en réseau des professionnels de santé construit *un territoire de pratiques* innovant en la matière.

3.1 Vers la gestion de cas

La préférence affichée des personnes âgées pour le maintien à domicile, alors que le nombre d'aidants familiaux informels va diminuer à plus ou moins long terme, et parce que le niveau de ressources des personnes âgées ne permet pas toujours le choix de l'institution, oblige à réfléchir à une organisation plus systématique de la prise en charge à domicile en réseau.
Il a été constaté plus haut que la demande des tutelles était orientée vers la notion de réseau polyvalent, qui permette la mutualisation des moyens, et qui devienne à terme un « réseau territorial intégré de services »[24]. Cette évolution suppose la stabilité du territoire sur lequel agit le réseau, l'identification des besoins, une offre de services négociée entre les différents partenaires, non redondante, une intégration forte tant au niveau des pratiques et des processus qu'au niveau des structures, une forme juridique nouvelle (GCS ou GCSMS). La filiarisation des soins gériatriques répond aux mêmes conditions.

[24] Saïd Acef : « réseaux de santé et territoires, où en sommes –nous ? » in Informations Sociales, n°147 Mai 2008

3.1.1 La modélisation du travail en réseau

Le réseau territorial est en effet d'abord un *pourvoyeur de services* :

- le service au patient : pour une prise en charge globale et cohérente, en fonction d'un portrait des besoins de la personne ;
- le service aux professionnels de santé, dans une logique de réduction des incertitudes dans le cas des prises en charge complexes

Il y aura donc coordination et protocolisation, information sur les cas complexes, formation à certaines prises en charge, et délégation de missions.

Il est également un *acteur de territoire* :

- pour la mise en œuvre du programme régional de santé publique
- pour la réponse aux priorités régionales des SROS
- pour l'aménagement du territoire, en tant qu'offreur de services
- pour l'efficience de l'offre de soins

Mais aussi un *médiateur social* dans le sens où il va opérer un maillage des compétences au service de la population âgée fragile, dans le cas d'un réseau gérontologique, et où il va être un vecteur d'une philosophie de la communication généralisée, pour la (re)mise en lien social de la personne âgée.

Le Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie, (PRISMA), expérimenté au Québec, est un modèle qui vise à l'intégration des services aux personnes âgées, qui sera assurée s'il y a concertation entre tous les acteurs, utilisation d'un processus de gestion de cas avec guichet unique, partage d'informations cliniques, utilisation d'un outil d'évaluation standardisé et d'un plan de services individualisé. Le gestionnaire de cas joue un rôle central pour la personne âgée, puisqu'il est l'interlocuteur unique de la personne et de son médecin, et qu'il assure le suivi au long cours de la prise en charge déterminée par la demande du patient et/ou de sa famille.[25]

Un des sites d'expérimentation en France, le modèle COPA-Ancrage, qui est un réseau de santé gérontologique, a été implanté dans le XVIe arrondissement de Paris en octobre 2006. Il se caractérise par un repérage de la population âgée

[25] Source : Gérontologie et Société n°124, 2008/1

fragile et dépendante, la mise en place d'un guichet unique, l'implantation de la gestion de cas où les gestionnaires de cas (*case managers*) travaillent en lien avec les médecins traitants, le renforcement des soins de première (primaires) et deuxième ligne (spécialisés et hospitaliers), la formation commune et un pilotage partagé entre les structures de ville et hospitalières.[26]

Cette modélisation du travail en réseau, en filière gériatrique ou en réseau gérontologique, montre bien que cette dynamique va au-delà d'une superposition des dispositifs et peut s'analyser comme un nouveau type d' « économie de convention »

3.1.2 Une approche théorique de la coordination

La coordination entre les acteurs est toujours problématique, elle ne peut se déployer qu'à travers des conventions partagées, sachant que la convention est en même temps, le produit des acteurs et une contrainte sur les acteurs.
L'économie des conventions[27] a pour objectif de réintégrer dans les analyses économiques la question des valeurs, qui ne sont pas données mais construites en vue de la coordination des actions. C'est pourquoi les promoteurs de réseau recherchent avant tout la convergence des intérêts et des valeurs des différents acteurs du projet de réseau pour pouvoir travailler et doivent compter sur leur comportement moral *raisonnable*, éventuellement sur le plus petit dénominateur commun.
Ces conventions sont évolutives : les acteurs sont placés dans un contexte formel, (cahier des charges, indicateurs d'évaluation) qu'ils réaménagent pour pallier les défauts de coordination et de coopération. Elles sont donc le produit d'ajustements et de régulations ponctuelles, conjointes et itératives, dans le sens où le réseau doit répondre à un problème particulier, à un moment donné sur un territoire donné, où l'accord de tous les acteurs est nécessaire pour l'action choisie, y compris celui du patient ou de la personne âgée prise en charge,

---

[26] Le modèle COPA-Ancrage pour les personnes âgées fragiles :
Un réseau de santé avec intégration des services et gestionnaires de cas adapté au contexte français
Matthieu De Stampa, Isabelle Vedel, Howar Bergman, Joel Ankri , Bernard Cassou , Claire Mauriat , Jean-Luc Novella , Emmanuel Bagaragaza , Christelle Routelous , Liette Lapointe
[27] F. Eymard-Duvernay, « L'économie des conventions » la Découverte 2006

et où, enfin, des essais/erreurs seront peut-être nécessaires pour atteindre à la fois l'efficacité et la cohérence de cette même action. C'est bien une dynamique critique qui caractérise le travail en réseau.

L'intérêt de l'approche par l'économie des conventions réside dans le fait que seront prises en considération, en même temps, les valeurs, la coordination et la rationalité, qui intéressent bien entendu au premier chef le fonctionnement en réseau, que ce soit une filière gériatrique ou un réseau gérontologique. Le changement de logique, de celle du marché à celle de la convention, entraîne un déplacement des effets : l'incertitude est intrinsèque à l'économie des conventions et ne doit plus être une contrainte extérieure, mais au contraire permettre l'adaptation à la personne et au terrain, de l'action de coordination élaborée par tous les professionnels concernés, et aussi par la personne prise en charge, à supposer que son autonomie individuelle soit effective, ce qui n'est pas toujours le cas de la population âgée fragile et/ou dépendante .

3.1.3 Un nouveau territoire, le réseau de santé

Le réseau de santé a été au départ une réponse à la segmentation inhérente au système de santé français, et peut devenir un outil de réorganisation de ce même système. Mais des contraintes fortes sont à prendre en compte, la contrainte de la nouveauté et la contrainte de la complexité.
Le travail en réseau émerge et s'organise à partir du terrain. Comme l'explique E. Morin[28], « *Un système est une unité globale organisée d'interrelations entre éléments, actions ou individus. Il permet des émergences (…) les émergences sont des propriétés qui présentent un caractère de nouveauté par rapport aux propriétés des éléments considérés isolément*. » Ainsi le système de santé en France a suscité, du fait de sa configuration en tuyaux d'orgue, l'émergence des réseaux.

[28] Cité par J. Tellez : « La pensée tourbillonnaire, introduction à la pensée d'Edgar Morin, Ed. Germina 2009

Mais il ne faut pas oublier que ces nouvelles organisations, qui répondent à l'exigence plus importante d'efficacité, font dès lors référence au *paradigme de la complexité*, défini comme suit : « *un certain type de relation logique extrêmement forte entre des notions maîtresses, qui commande tous les propos qui obéissent inconsciemment à son empire ».* Il est donc nécessaire d'accepter le fait que l'action sera stratégie, « *qu'elle implique d'envisager, à partir d'une décision, un certain nombre de scénarios qui pourront être modifiés selon les informations acquises en cours d'action et selon les aléas qui viendront la perturber. »*[29]

Enfin, la conséquence première du travail en réseau, et qui peut représenter une contrainte supplémentaire, ou tout au moins un degré de plus de complexité, est ce qu'a appelé C.Laguillaume[30] *l'empowerment réciproque* des usagers et des professionnels : « *La notion de santé bien-être, pour large qu'elle soit, a le mérite de rendre l'intervenant en santé, acteur de la vie de la cité s'il veut correctement remplir sa mission. Le combat des réseaux pour une meilleure adéquation du système aux aspirations des professionnels et des usagers s'inscrit dans un processus réciproque de développement individuel des acteurs. »*[31]

Le travail en réseau contribue donc à une redéfinition du territoire : la mise en réseau de la prise en charge d'un patient ou d'une personne âgée conduit à donner des *points de repère sur un territoire*[32] pour ces populations vulnérables, un territoire de proximité pour une cohérence d'abord locale. « Le territoire peut être une ressource pour penser autrement les enjeux posés par le vieillissement de la population. En particulier, l'ancrage local des projets peut être une opportunité pour que la prégnance des logiques institutionnelles s'estompe au profit de logiques transversales, axées sur le développement local.»[33]

C'est pourquoi les collectivités locales sont impliquées dans le domaine de la santé publique, au plan local, et l'ARS, nouvelle institution, ne pourra agir sans s'appuyer sur la dynamique locale, portée par les réseaux de proximité, tel un réseau gérontologique.

---

[29] E. Morin : Introduction à la pensée complexe 1990
[30] Membre de la Coordination Nationale des Réseaux (CNR)
[31] Elus Santé Publique et Territoires, Actes de la journée d'étude de Reims, 25 Octobre 2007
[32] G. Poutout, CNEH, actes de Reims
[33] D. Argoud, « Territoires et Vieillissement », publications du CLEIRPPA

3.2 L'innovation sur un territoire

Il est nécessaire de préciser à ce point de l'étude que l'on ne parlera que du réseau territorial, la filière de soins n'étant qu'une modalité de coopération entre des établissements sanitaires et sociaux, qui utilise certes le travail en réseau, mais ne représente pas un changement de paradigme.
On analysera successivement l'innovation que représente le territoire de pratiques et ensuite l'apport en innovation du réseau de santé, au sens large, dont il pourrait résulter, pour le directeur d'établissement sanitaire et social, de nouvelles missions en ingénierie du lien social.

3.2.1 Un territoire évolutif

Au fur et à mesure du développement de l'innovation qu'a constituée le réseau, un nombre croissant d'individus s'est inscrit dans les pratiques nouvelles créées par les pionniers, amenant finalement l'existence d'une nouvelle norme. Cette *diffusion* progressive est le critère de réussite d'une innovation[34].
L'innovation n'est pas le passage d'un état stable à un autre, un simple changement, mais plutôt une trajectoire incertaine.
L'innovation érode les règles d'organisation, en un processus non synchronique mêlant traditions, résistances, apprentissages, découvertes…
L'innovation est un désordre, caractérisé par un déficit de régulation sociale : personne n'en a véritablement le contrôle.

Le territoire de pratiques, organisation en mouvement, en raison du caractère innovant de ces pratiques, évolue vers la formalisation. Les impératifs gestionnaires, dont l'évaluation et le contrôle, ont progressivement formalisé les pratiques au point d'aboutir à l'intégration dans le système de santé.

Les réponses aux besoins des populations vulnérables se font par l'interopérabilité des professionnels qui construisent donc leur champ d'intervention ; c'est la communauté de travail, autour d'une personne, qui génère le réseau,

[34] N. Alter : L'innovation ordinaire PUF 2000

et, une fois la coordination stabilisée, il y a construction de l'entité juridique et production de règles de fonctionnement et d'évaluation, définition des tâches de coordination et attribution à chacun des professionnels du réseau; l'intérêt général dépasse les intérêts propres et parfois divergents des intervenants, ce qui conduit à l'institutionnalisation.

« Paradoxalement les réseaux vont donc intégrer le système de santé alors qu'ils sont nés comme réponse aux dysfonctionnements de ce même système. Le réseau est accepté comme acteur de la réforme du système de santé à condition qu'il s'adapte aux besoins des institutions, mais les institutions devront adapter leurs objectifs aux besoins de santé des populations. »[35]

3.2.2 Un territoire de pratiques

La définition légale du réseau de santé est la suivante : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. »[36]. Un réseau est capable d'innover sans mettre en cause son équilibre parce que c'est une organisation à géométrie variable.

Ainsi que l'écrit P. Musso, « *le réseau est une structure d'interconnexion instable (…) Cette structure réticulaire est composée d'éléments en interaction dont la variabilité suit quelques règles de fonctionnement. »*[37]

Le réseau est caractérisé par l'invention managériale : une organisation

a-hiérarchique, la convergence d'intérêts comme moteur de l'action et la négociation comme mode de régulation culturelle.

En effet, la principale caractéristique d'un réseau est la collégialité du travail : les décisions concernant la prise en charge se prennent en équipe, chaque métier apprenant de l'autre, au point même d'aboutir à des glissements de tâches qui peuvent poser problème, même si le médecin demeure responsable de la décision clinique. Il n'y a plus seulement un colloque singulier, les autres intervenants

[35] Réseaux de santé : la qualité en pratique(Coordination Nationale des Réseaux)
[36] Art L 6321-1 du CSP
[37] P. Musso : in « Penser les réseaux » D. Parrochia, H. Bakis Ed. Champ Vallon 2001

assistent aux réunions d'inclusion, de coordination et aux réunions de réévaluation et peuvent influencer la décision ; les hiérarchies professionnelles entre les experts, les médecins généralistes, les acteurs du domicile et les professions paramédicales tendent à s'atténuer.

C'est la convergence d'intérêts de tous les professionnels autour de la personne prise en charge qui permet le travail du réseau : les médecins généralistes ont besoin d'expertise sur les poly pathologies du grand âge, que les gériatres sont en mesure de leur apporter, pour garder le suivi de leurs patients, en cas de rupture d'équilibre de l'état de santé, et ont besoin également du savoir-faire des professionnels du domicile pour pouvoir se concentrer sur la problématique médicale et réduire les incertitudes de la situation sociale des personnes. Quant aux acteurs du domicile, bien identifiés sur le terrain par les usagers et leurs familles, ils ont besoin d'une compétence sanitaire pour compléter et sécuriser la prise en charge, et le réseau de santé leur apporte cette compétence.

Enfin, la négociation est permanente dans le réseau, par des échanges et des confrontations, parce qu'il s'agit de cas complexes, et parce qu'il y a interdisciplinarité : l'interdépendance de tous les intervenants ne signifie pas qu'ils soient interchangeables.
Le médecin traitant fait souvent office de coordonnateur mais ces fonctions de communication et d'animation ne vont pas forcément de soi, et, de plus, la fonction de médiation entre les différents professionnels s'avère nécessaire, et doit être assumée par une tierce personne, c'est-à-dire le coordonnateur de réseau, dont la professionnalisation suit le processus de formalisation des réseaux[38].

[38] RFAS n°1-2005 : la coordination dans les réseaux de santé, M. Robelet, M. Serré, Y. Bourgueil

3.2.3 Un territoire d'action pour le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Etant donné que le réseau est un type d'organisation de travail qui relèverait plutôt de *l'adhocratie* au sens utilisé par H. Mintzberg[39], dans la mesure où :

- L'adhocratie est clairement située dans un environnement complexe et dynamique.
- L'adhocratie déploie les spécialistes en petites unités pour la réalisation du travail
- Il y a utilisation importante des mécanismes de liaison pour encourager l'ajustement mutuel à l'intérieur et entre des équipes.
- L'adhocratie caractérise les premières étapes de développement des structures

Etant donné donc les proximités organisationnelles du réseau et de la structure adhocratique, il s'ensuit que le directeur d'établissement ne participera à ces réseaux territoriaux que d'une façon volontariste, et seulement si sa motivation est clairement établie. L'adhocratie, en effet, requiert une forte implication subjective mais est créatrice de valeur dans la mesure où chaque membre de l'organisation est capable à bon escient de prendre des initiatives de coordination.

A l'inverse, il est possible de considérer que cette participation est fortement nécessaire, et même incontournable, quand l'évolution de nos sociétés tend vers *la société en réseaux*[40]. La globalisation de l'économie et l'ère des technologies de l'information ont créé un nouveau mode de développement, informationnel, des sociétés contemporaines. Ce mode de développement induit une construction nodale de la société, dans une logique de flux, et les connecteurs -ceux qui sont décideurs à chaque nœud du circuit- sont détenteurs de pouvoir. Par extension, un directeur ESMS, dans sa position de décideur à un nœud de l'organisation sanitaire -qui se caractérise par sa globalité, l'autonomie des acteurs de santé, et les incertitudes sur son devenir- peut imprimer une orientation forte aux politiques de santé publique, et par exemple à la politique du grand âge, en utilisant les outils de la société de l'information, les réseaux de travail ou les réseaux

[39] H. Mintzberg : Structure et dynamique des organisations, Ed. D'Organisation 1982
[40] M. Castells : la société en réseaux Fayard 1998

d'information. La circularité régulatrice du système est certes imposée par l'évolution de la société mais peut générer de nouvelles façons de travailler, qui seraient autonomes par rapport à un contrôle social, issu de l'interdépendance des acteurs, ou à une normalisation étatique.

La stratégie est nécessaire à l'exercice des missions du directeur ESMS, une stratégie renouvelée qui permette de « *penser global, agir local* »[41].
L'idée, applicable aux réseaux, est qu'une action locale se situe dans le cadre d'une pensée globale, et qu'elle est donc reproductible sur un autre territoire.
Le réseau est un concept opératoire, et crée de nouvelles expertises sur chaque territoire d'activité, qui peuvent être transposées à d'autres territoires.
Mais la transposition doit tenir compte des spécificités locales, et se faire de façon différenciée, la circulation centre/périphérie se faisant à double sens: il faut aussi *penser local, agir global* pour une rediffusion des bonnes pratiques, qui n'auraient été imaginées et utilisées que localement.
La capitalisation des bonnes pratiques a pour objectif au sein du réseau de développer les partages d'expérience entre territoires et entre acteurs, transférer les acquis pour améliorer la qualité des projets en fournissant un retour utile à tous. Cette capitalisation donnera aussi une visibilité aux réseaux qui, aujourd'hui, est insuffisante pour les financeurs.

C'est pourquoi un acteur comme le directeur ESMS se doit d'être promoteur, animateur, fédérateur de son territoire, au moyen d'une stratégie déterminée avec son équipe, et aussi avec les autres acteurs locaux en santé publique, sachant que sa mission première est l'ingénierie du lien social ou « l'art de faire vivre des collectifs intelligents et de valoriser au maximum la diversité des qualités humaines. »[42]
En tant que directeur d'établissement sanitaire et social, il est nécessaire d'intervenir dans son environnement extérieur, auprès d'instances fédératives, de collègues et partenaires, ou des pouvoirs publics, pour que le projet d'un territoire soit au service des personnes âgées prises en charge, et porteur d'innovation puisque ce projet est une œuvre collective.

---

[41] Percy Barnevik, président d'ASEA Brown Boveri, Suède, cité par Y. Doz « Penser global, agir local … et inversement » Le Monde du 17 Février 2009
[42] P. Lévy : l'intelligence collective La Découverte Essais 1997

Conclusion

Après les lois de décentralisation, *« la territorialisation des politiques publiques s'est progressivement imposée : les grands programmes nationaux ont laissé place à une approche différenciée des territoires, en recherchant les niveaux d'échelle les plus appropriés au développement des actions. »*[43]
La pratique des réseaux de santé a résulté de cette évolution et, en effet, la prise en charge des personnes âgées fragiles et/ou dépendantes nécessite le travail en réseau, en raison de la proximité que cette organisation leur offre : la prise en charge des personnes âgées demande le maintien du lien social, avec la famille et les amis proches, la limitation des déplacements souvent pathogènes, la réactivité face au changement d'état de pathologie ou de dépendance, l'adéquation aux besoins pour que la prise en charge ne signifie pas un changement de vie total.

Le nouveau contexte d'organisation de la santé, créé par le vote de la loi HPST, en Juillet 2009, qui met l'accent sur l'accès équitable aux soins et sur le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, nécessaire à la qualité, la continuité des soins, autant qu'à l'efficience du système de santé, n'est pourtant pas favorable à l'initiative locale, puisqu'il s'agit de déconcentration des politiques de santé publique plus que de décentralisation. L'Etat est bien entendu le garant de l'équité en santé mais le travail partenarial déjà entrepris sur les territoires, de façon pragmatique comme les réseaux de santé, ou plus institutionnelle comme les filières de soins, doit être pris en compte et favorisé.

Au début du stage professionnel sur le site de Rambouillet, alors que la convention constitutive de la filière gériatrique venait d'être signée et que le réseau gérontologique était encore en projet, l'expérience menée sur le terrain de stage a permis de voir qu'un territoire de planification imposé par les pouvoirs publics n'a pas de matérialité sans, d'abord, une appropriation par les acteurs de la prise en charge de la personne âgée fragile, et ensuite, un objectif qui donne sens au travail effectué.

---

[43] INPES La santé de l'homme N° 383 Mai-Juin 2006

A la question initiale sur la fonction d'ancrage du territoire pour la planification sanitaire, il est donc aisé de répondre que cette fonction est bien réelle mais que le territoire n'est pas un simple contenant, qu'il nécessite une codécision des différents décideurs pour la programmation de l'offre[44], et que sa définition peut évoluer au gré des pratiques des professionnels de santé à l'égard de la population âgée sur son aire.

A la question sur le caractère moteur du territoire de proximité dans l'interopérabilité des acteurs de la prise en charge des personnes âgées fragiles, l'expérience du Centre Hospitalier de Rambouillet, établissement support de la filière gériatrique 78-1, montre qu'un projet n'avance qu'avec des promoteurs actifs, mais l'évaluation de la démarche initiée est prématurée à ce jour. Mais ce sont bien les hommes qui font le territoire, un territoire adapté aux objectifs de qualité de prise en charge.

A la question posée sur le portage possible de l'innovation par un « territoire professionnel », on peut répondre que les solutions habituelles de prise en charge de situations complexes chez les personnes très âgées sont source de non qualité pour elles et génératrices de coûts et de dysfonctionnements pour les établissements sanitaires et sociaux concernés.

Là où le fonctionnement du système de santé français, en tuyaux d'orgue, enlève toute lisibilité et toute efficience aux pratiques, l'intelligence collective des acteurs d'un territoire permet de recréer du lien social et professionnel autour de la personne âgée.

---

[44] Dans le dernier libellé de la loi HPST, les territoires de santé sont définis après avis du préfet de région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.
Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le préfet et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé de l'ARS (associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale) chargée des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux (2° de l'article L. 1432-1 CSP).

Comme l'écrit P. Lévy[45], « *l'intelligence collective est un processus de croissance, de différenciation et de relance mutuelle des singularités. C'est une intelligence partout distribuée, sans cesse valorisée, coordonnée en temps réel, qui aboutit à une mobilisation effective des compétences.* » Il est donc important que les acteurs du territoire, et parmi ceux-ci, le directeur ESMS, participent activement aux instances de concertation nouvellement installées par la loi HPST, les conférences de territoire et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, pour la promotion des pôles de santé, tels que définis par l'article L 6323-4 du CSP :

« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.»

Un *pôle territorial de gériatrie* pourrait ainsi objectiver le travail en réseau déjà effectif à Rambouillet.

Face à l'urgence très concrète de la prise en charge de personnes âgées et fragiles en cas de rupture d'équilibre situationnel, une réflexion préalable fera la différence entre des actions de santé et une politique de santé publique : la notion de territoire bien présente dans la loi HPST doit être intégrée dans la stratégie d'un directeur d'établissement sanitaire et social gérontologique, tout simplement parce que l'objectif premier est la prise en charge *optimale* de personnes très âgées, dans un contexte d'évolution démographique prévisible : c'est cette finalité qui va justifier l'existence et l'utilisation de la notion de territoire en santé.

[45] P. Lévy : l'intelligence collective La Découverte Essais 1997

Bibliographie

Rapports, revues, mémoires :

- Conseil d'Analyse Economique, Octobre 2006 : *Vieillissement, activités et territoires à l'horizon 2030*
- Centre d'Analyse Stratégique, Décembre 2006 : *Les personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*
- CREDES, Janvier 2003 : *Territoires et accès aux soins*
- IRDES, Mai 2008 : *Document de travail n°10*
- CNR, 1999 : *Rapport Pailleret, réseaux de soins et la relation entre l'hôpital et la médecine de ville*
- ANAES, Septembre 2004 : *Guide d'évaluation des réseaux de santé*
- Département des Yvelines, *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale : Volet Personnes Âgées 2003-2008*
- ARHIF, Avril 2008 : *Projet médical de Territoire, Filières de soins gériatriques, territoire du 78-1* (Rapport Delphi)
- ESPT, (Elus Santé Publique et Territoires), 25 octobre 2007 : *Actes de la journée d'étude de Reims*
- INPES, Mai-Juin 2006 : *la promotion de la santé à l'épreuve des territoires* La Santé de l'Homme n° 383
- BEH, 2006 : *La santé des personnes âgées* n°5-6
- Gérontologie et Société, 2008/1, n°124
- La revue de l'Arhif, Mai 2009, n°spécial Gériatrie
- ADSP, Juin 1999 : *La valeur stratégique de l'espace dans les politiques sanitaires*, n°19
- ADSP, Décembre 1999 : *Santé publique et aménagement du territoire*, n°29
- Publications du CLEIRPPA, 1998, Argoud D. : *Territoires et vieillissement*
- Le Monde, 17 Février 2009, Doz Y. : *penser global, agir local…et inversement*
- Informations Sociales, mai 2008, Acef S. : *Réseaux de santé et territoires, où en sommes-nous ?* n°147
- RFAP, 2005, Bourdillon F. : *Les territoires de la santé* n°113
- RFAS 2005/1, Robelet M., Serré M., Bourgueil Y. : *La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles.*
- Legrand M., Schléret Y. 2002 : *la coordination, des procédures, un processus* in Vieillir dans la ville MiRE-Plan Urbain ed. L'Harmattan
- Mémoire EHESP 2008, Burnier A. : *Humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière gériatrique versaillaise.*
- Mémoire EHESP 2009, Compagnon B. : *Construction d'une démarche d'évaluation des filières de soins gériatriques.*

Ouvrages :

- ALTER N. Novembre 2005 : *L'innovation ordinaire* PUF Quadrige 284 p.
- BELLIVIER F., NOIVILLE C. (éd.) 2006 : *Nouvelles frontières de la santé, nouveaux rôles et responsabilités du médecin* Dalloz 236 p.
- BERCOT R., DE CONINCK F., 2007 : *les réseaux de santé, une nouvelle médecine* L'Harmattan Logiques Sociales 145 p.
- CASTELLS M., 1998 : *la société en réseaux* Fayard
- FANTINO B., ROPERT G., 2008 : *Le système de santé en France* Dunod 340 p.
- FLEURET S., THOUEZ J-P (ed.) 2007: *Géographie de la santé, un panorama* Paris Economica 301 p.
- EYMARD-DUVERNAY F. 2006 : *L'économie des conventions* Paris La Découverte
- GADAMER H-G. 1995 : *Herméneutique, esthétique, philosophie pratique, entretiens avec Carsten Dutt* Heidelberg Universität
- LEVY P. Mars 1997 : *L'intelligence collective* La Découverte Essais
- MORIN E. 1990 : *Introduction à la pensée complexe* Seuil Essais 158 p.
- PARROCHIA D., BAKIS H. (éd.) 2001 : *Penser les réseaux* Editions Champ Vallon
- PLANE J-M. 2008 : Théorie des organisations, Paris Dunod, 126 p.
- TELLEZ J. 2009 : *La pensée tourbillonnaire, introduction à la pensée d'Edgar Morin* Editions Germina
- VIGNERON E. (éd.) 2003 : *Santé et Territoires, une nouvelle donne* Editions de l'Aube/DATAR 231 p.

Liste des annexes

- Convention constitutive de la Filière Gériatrique 78 Sud (extraits)
- Questionnaire médecine de ville
- Grille de lecture des ouvrages analysés
- Cartes

ANNEXE 1

Convention constitutive de la filière gériatrique 78 Sud (extraits)

La filière a une capacité d'accueil de 81 lits installés en court séjour gériatrique, de 2 places installées dans le pôle ambulatoire, de 90 lits installés SSR gériatrique, de 70 lits installés soins de longue durée et de 2291 places d'hébergement dont 54 réservés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Elle comporte en outre 263 places de SSIAD, 30 lits d'HAD, hors HAD Santé Service

Son objectif est de tendre vers

1 lit pour 1000 habitants de 75 ans et plus *en court séjour gériatrique, de* 1 place dans le pôle ambulatoire pour 2000 habitants de 75 ans et plus, de 3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique (*préconisations du plan solidarité grand âge)*, 6 lits d'USLD pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

ou au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de 75 ans et plus, au moins 1000 journées de SSR gériatriques pour 1000 habitants de 75 ans et plus…etc *(référentiel d'organisation de la circulaire du 28 mars 2007)*

La capacité nécessaire sera déclinée en partant des ratios nationaux, à la population couverte par la filière.

Article 7. – Droit des patients

La convention ne fait pas obstacle au libre choix des patients qui conservent la faculté de s'adresser aux professionnels et structures de leur choix.

Les établissements de santé membres de la filière s'engagent à respecter le droit à l'information et au consentement de la personne âgée concernée lorsque son état lui permet de s'exprimer ou à défaut de la personne de confiance ou de son représentant légal, selon la loi du 4 mars 2002.

Article 8. – Responsabilité médicale de la prise en charge

La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé ou sous la responsabilité du médecin traitant à domicile ou en EHPAD.

Article 9. – Modalités de coordination de la filière

Les modalités de coordination devront être définies par un « comité de coordination ».

Il s'agit d'un organe fédératif, le **Comité Plénier**, composé de représentants administratifs et médicaux de chaque établissement (ou structure de soins) impliqué et qui se réunit au moins une fois par an.

Il détermine les orientations et le programme d'action annuel de la filière, et évalue les résultats.

En outre, un **Comité opérationnel** est mis en place.
Il comprend 5 représentants des établissements de santé, dont nécessairement l'établissement support ; 5 représentants des structures médico-sociales.
Il détermine le calendrier des actions, suscite et organise les groupes de travail. Il se réunit au minimum trois fois par an.

La coordination administrative est assurée par l'établissement support de la filière. *Elle consiste à*

- Assurer une veille réglementaire

- Superviser la transmission d'informations entre les établissements
- Assurer le lien avec les services de tutelle (statistiques, questionnaires…)
- Organiser les complémentarités (ex : fermetures de lits…)
- Tenir à jour les informations relatives aux projets, actions, groupes de travail menées par la filière.

La coordination médicale est assurée par les deux gériatres référents.

Elle consiste à

- Impulser le partenariat entre les équipes médicales de la filière,
- Proposer les protocoles d'orientation des patients, en concertation avec l'ensemble de la filière
- Détermination des indicateurs d'évaluation de la filière, en concertation avec l'ensemble de la filière

Des moyens seront nécessaires à l'accomplissement de cette mission de coordination.
Ils ont été sollicités à hauteur de : **2 ETP médicaux, 2 ACH** .

Article 10. – Orientation vers et au sein de la filière

L'interlocuteur de la filière pour les professionnels de santé (médecins traitants, médecins des services hospitaliers de la zone de couverture de la filière, médecins coordonnateurs d'EHPAD ayant passé convention avec les établissements signataires de la présente convention) est un gériatre (*référent)*. Il organise la réponse à une demande d'avis gériatrique.

Il est joignable de 9 heures à 17 heures tous les jours et le samedi de 9 heures à 12 heures.

Les gériatres référents à la date du 1er novembre 2008 sont :

- Dr Bruno Thubert (CH de Rambouillet / CGAS Chevreuse)
- Dr Bernadette Drouet (CH de Rambouillet)

Le dispositif d'orientation repose sur :

- des interlocuteurs identifiés par les publics concernés ;
- des critères médico-sociaux préalablement définis ;
- des procédures d'admission/mutation/transfert formalisées ;
- et la connaissance actualisée des ressources disponibles de la filière.

Article 11. – Conditions et garantie d'accès, permanence des soins

L'accès à une structure de soins de la filière est conditionné par l'avis (ou consultation) d'un gériatre de la filière et l'accord du médecin responsable de la structure.

L'organisation des structures de soins de la filière doit permettre l'accès des patients :

- à un avis gériatrique, quel que soit le service (médecine, chirurgie, etc...) dans lequel ils sont hospitalisés, dans le cadre de l'accord de collaboration défini entre les établissements de la filière.
- aux spécialités non gériatriques
- aux plateaux techniques

La filière assure une prise en charge adaptée des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentés et collabore avec le secteur psychiatrique pour les troubles psychiatriques de la personne âgée dans le cadre d'un dispositif gradué.

Les membres de la filière s'engagent à fonctionner pour partie de leur activité, en mode non programmé.

Les modalités de recours (au sein de la filière, aux autres services et plateaux techniques des établissements de santé) et de permanence des soins au sein de la filière sont clairement définies par des protocoles (en cours de rédaction).

Les fermetures prévisionnelles de capacités d'accueil (notamment pendant les périodes de congés) sont planifiées au sein de la filière et font l'objet d'une information auprès de tous les partenaires de la filière.

Article 12. – Modalités d'admission, de mutation/transfert, de sortie des patients gériatriques

L'admission/la mutation/transfert dans une structure de la filière sont réalisées sur la base du dossier médical du patient et d'une fiche d'orientation comportant des données médico-psycho-sociales et une évaluation d'autonomie. Le médecin traitant en est prévenu. Les informations qui accompagnent nécessairement le patient dans son parcours au sein de la filière sont définies en commun et figurent en annexe de cette convention.

La continuité des démarches des assistants de service social est assurée tout au long du parcours du patient dans la filière.

La filière s'engage à prendre en compte toutes les sollicitations dans un délai de 24 heures.

La préparation de la sortie implique une collaboration entre les différentes structures de soins concernées, les acteurs sociaux et médicaux sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou de réseau de santé « personnes âgées » . Les aidants (notamment familiaux) sont associés au projet de sortie.

Le médecin traitant est systématiquement prévenu au plus tard la veille de la sortie de son patient. Les comptes rendus d'hospitalisation lui sont adressés dans un délai de 48 heures.

La filière gériatrique offre une véritable priorité d'admission dans les EHPAD avec lesquels une convention de coopération a été signée permettant ainsi de réduire les hospitalisations inappropriées de personnes âgées.

Article 13. – Obligations des parties - Engagement des signataires - Avenant

Les membres de la filière s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention, les dispositions légales ou réglementaires concernant la prise en charge des malades.

Ils s'engagent à assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins dans les conditions prévues par la loi.

L'adhésion à la filière d'un établissement privé commercial doit s'accompagner d'un engagement de celui-ci sur les tarifs pratiqués, en termes de transparence notamment sur les chambres seules.

Toute évolution des conditions et modalités de coopération entre les établissements membres de la filière de soins gériatrique, feront l'objet si nécessaire, d'un avenant à la présente convention.

Article 14. – Modalités d'entrée et de sortie de la convention

Les établissements membres de la filière participent sur la base du volontariat et du libre choix. Ils s'engagent à respecter les dispositions de la convention. Ils peuvent se retirer, sous réserve de notifier leur intention par courrier recommandé au coordonnateur administratif, trois mois avant.

Article 15. – Pratiques professionnelles communes

Les membres de la filière s'engagent à échanger régulièrement sur leurs pratiques professionnelles et à diffuser les recommandations en vigueur.

Les membres de la filière s'accordent sur une démarche de valorisation des métiers de la gériatrie.

Article 16. – Système d'information

Le dispositif doit tendre vers l'interopérabilité des systèmes informatiques afin d'améliorer les échanges de documents.

La possibilité de participer et/ou de contribuer à un réseau de télémédecine est étudiée.

Le recueil des données d'activité par le PMSI individualise l'activité des structures de soins de la filière.

Une plateforme d'échanges d'informations, « espace coopératif » est accessible à tous les membres de la filière 78-1 Sud.

Article 17. – Evaluation

Une évaluation du fonctionnement de la filière est prévue.

Les membres de la filière s'accordent sur un tableau de bord comprenant des données qualitatives et quantitatives et sur une fréquence de diffusion à l'ensemble des membres.

Ils s'engagent à fournir les indicateurs de prise en charge demandés par l'ARHIF

Les membres signataires de la présente convention s'engagent à se réunir une fois par an pour l'évaluation des modalités d'organisation dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention.

Article 18. – Date d'effet – durée - résiliation

La présente convention est conclue pour une période de 1 an à compter du 1er janvier 2009.

Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une durée maximale de trois ans. Elle peut être dénoncée par d'une ou l'autre des parties signataires avec un préavis de trois mois.

Fait à Rambouillet, le 20 novembre 2008

Centre Hospitalier de Rambouillet

La Directrice

Emmanuelle Quillet

ANNEXE 2

La prise en charge des personnes âgées : questionnaire médecine de ville

1) Quel pourcentage de personnes âgées (+ de 60 ans et + de 75 ans) dans votre clientèle ? (*estimation*) ?

Plus de 60 ans : Moins de 20 % □
De 20 à 50 % □
Plus de 50% □

Plus de 75 ans : Moins de 20% □
De 20 à 50% □
Plus de 50% □

2) Les personnes âgées que vous prenez en charge à domicile ont-elles accès à un avis spécialisé à proximité :

Oui : □

Non : □

En partie : □

Commentaires

3) La coordination gérontologique (CLIC) est-elle un facteur facilitant du maintien à domicile de vos personnes âgées ?

Oui :□

Non :□

En partie :□

Si oui, ou en partie, pourquoi ?

4) Pour vous, la mise en place d'un réseau gérontologique représente :

-une aide pour favoriser le maintien à domicile : □

-un intervenant de plus sans intérêt dans la pratique : □

-l'accès à un soutien pour des prises en charge complexes : □

-sans avis : □

Commentaires éventuels

(Si vous avez des attentes particulières, merci de les mentionner)

5) Depuis Avril 2009, une filière gériatrique est labellisée afin d'optimiser le parcours de la personne âgée dans les différents établissements de santé.

-Est-ce que ceci va avoir des répercussions pour la prise en charge de vos personnes âgées ?

-Ceci n'est-il à vos yeux qu'une problématique purement hospitalière ?

-Craignez-vous une sortie trop précoce de vos personnes âgées ? Oui □ Non □

-Pensez-vous que la filière gériatrique va faciliter le retour à domicile ?
Oui □
Non □
En partie □
Commentaires

Personnes interrogées :

-Mme Mayolet Andrée, vice-présidente de l'ICSY
-Mme Fournier Roselyne, responsable ICSY
-M. Nadjahi, président de l'ICSY
-Mme de Mortain, chef de pôle gérontologie au CH Rambouillet (avec B.Compagnon, MISP DDASS 78)
-5 médecins gériatres particulièrement concernés par la PEC de la Personne Âgée, intervenant aux Urgences de Rambouillet, ou dans le Réseau Le Pallium

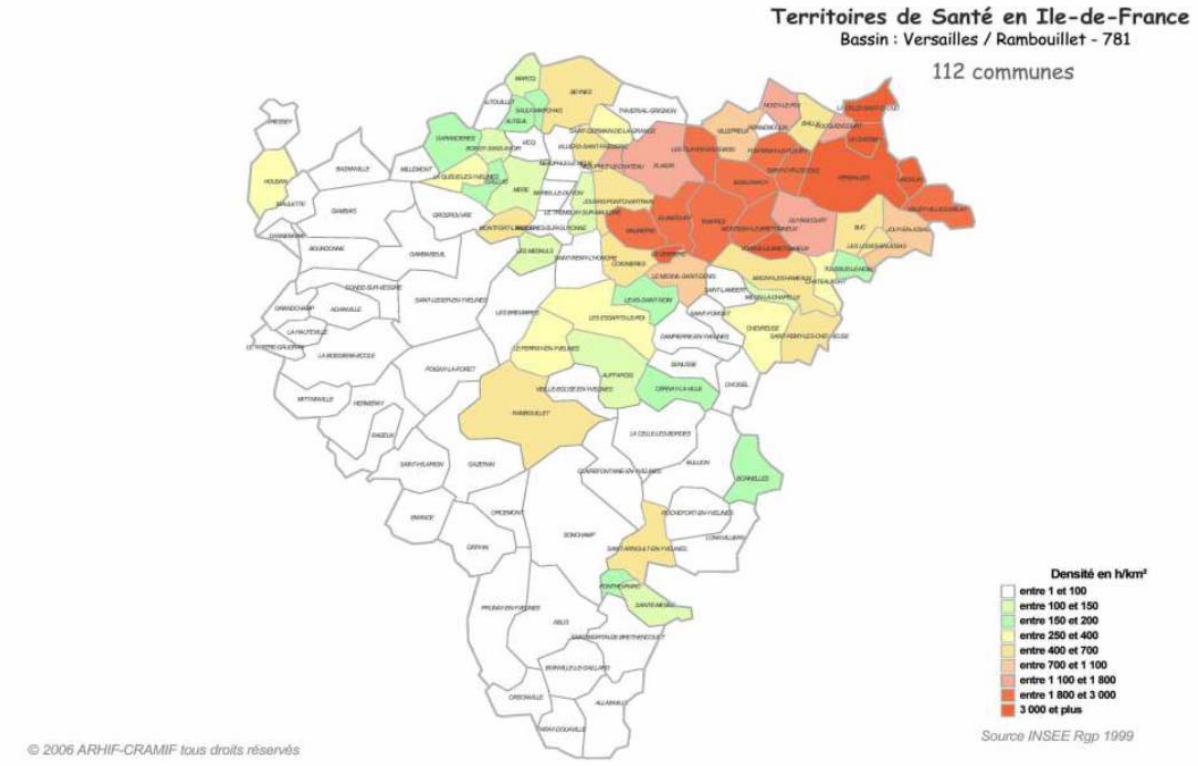
ANNEXE 3

Grille de lecture

Ressources		Le système de santé en France	La géographie de la santé	Santé et Territoires, une nouvelle donne	Nouvelles frontières de la santé, nouvelles responsabilités du médecin	les réseaux de santé, une nouvelle médecine	CR réunions F.G. (2)	Questionnaires (6)
QUI ?	Médecins gériatres						X	X
	Médecins généralistes	X			X	X		
	Autres acteurs de santé					X	X	
QUAND ?	Filière de soins établissements						X	X
	Aval complexe, Ehpad et réseaux				X	X	X	X
EN VUE DE QUOI ?	Fluidité du parcours PA, cohérence de la prise en charge					X	X	X
	Accès aux soins, proximité	X	X	X	X			
	Utilité sociale				X			
QUOI ?	Travail en réseau, coopération	X	X		X	X		X
POURQUOI ?	Dimension sociale de la santé					X		
	Maintien à domicile	X			X	X		
	Dysfonctionnements hospitaliers, cloisonnements	X				X	X	X
COMMENT ?	Connaissance mutuelle sur un territoire				X	X	X	
	Médiation				X			
	Apprentissages organisationnels					X		
OU ?	Domicile	X	X			X		
	Etablissements sanitaires et médico-sociaux							

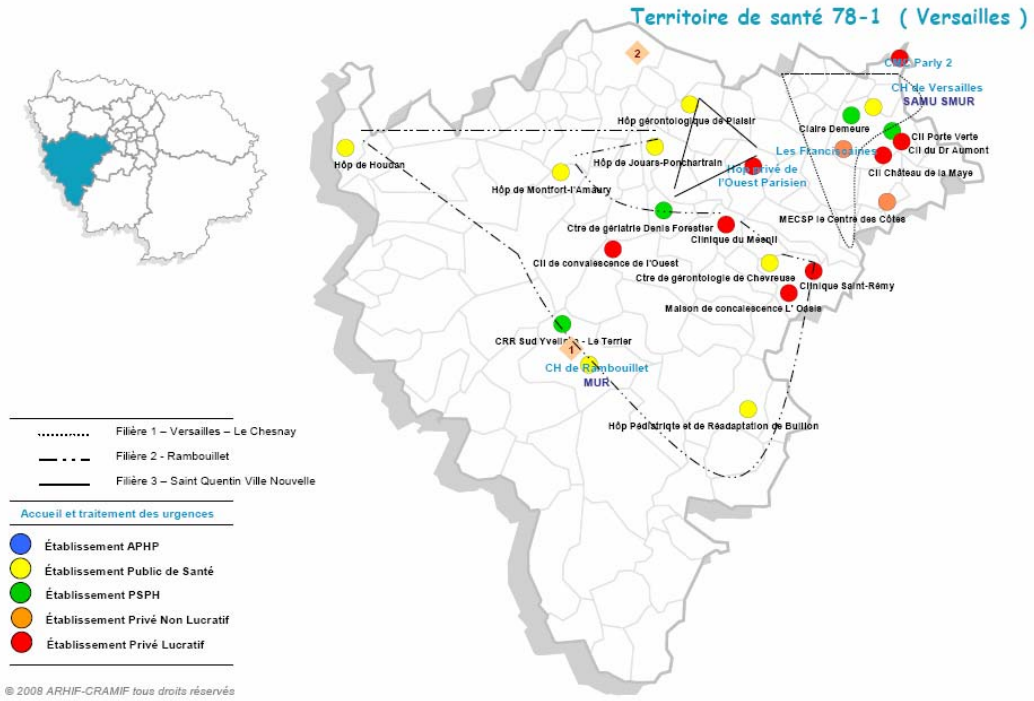
ANNEXE 4

CARTES



ARHIF

Filières de soins gériatriques



© 2008 ARHIF-CRAMIF tous droits réservés