



EHESP

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

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**De la filière gériatrique intra-hospitalière
à la filière gériatrique de territoire :
une dynamique orchestrée par
le Centre Hospitalier de Gonesse**

Patrick TRIESTE

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Pierre BURNIER, directeur du Centre Hospitalier de Gonesse, pour avoir fait le choix d'accueillir un premier stagiaire DESSMS.

Je remercie très vivement Madame Valérie GASSER, directeur chargé de la clientèle, de la qualité, de la communication et des affaires générales et Maître de stage pour ses conseils et sa disponibilité.

Mes remerciements vont également à Monsieur le Docteur Philippe COSTES, responsable de pôle et Madame Patricia LESOUF, cadre supérieure de santé pour leurs observations avisées.

Merci enfin à tous ceux, personnels du Centre Hospitalier de Gonesse et partenaires extérieurs, qui m'ont éclairé avec tant de disponibilité.

Sommaire

Introduction	1
1 Du cadre conceptuel de la filière de soins gériatriques aux réalités de la prise en charge des personnes âgées dans le territoire de santé 95-2.....	9
1.1 Un dispositif réglementaire étoffé qui éclaire la notion de filière gériatrique	9
1.1.1 La circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.....	9
1.1.2 La circulaire n° 101/DHOS/0/2004 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III)	10
1.1.3 La circulaire n° 507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération.....	12
1.1.4 Le Plan Solidarité grand-âge 2007- 2012 (PSGA).....	12
1.1.5 La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.....	13
1.2 Regards croisés sur la région Ile-de-France, le département du Val-d'Oise et le territoire de santé 95-2	17
1.2.1 Aperçu de la région Ile-de-France	17
1.2.2 Approche sociodémographique du Val-d'Oise.....	18
1.2.3 Principales caractéristiques du territoire de santé 95-2	21
2 Forces et faiblesses de la filière de soins gériatriques intra-hospitalière du Centre Hospitalier de Gonesse.....	25
2.1 Une filière de soins gériatriques avantageusement constituée en pôle d'activité	25
2.1.1 Le pôle gériatrie : une structuration forte au service du patient âgé	26
2.1.2 Une articulation avec les services de spécialités qui facilite la prise en charge globale en interne	31
2.1.3 Les renforcements envisagés pour adapter la filière interne aux besoins des usagers.....	32
2.2 Une filière, par nature, insuffisamment tournée vers l'extérieur.....	34
2.2.1 Des réponses encore insuffisantes aux attentes du secteur médico-social	34

2.2.2 Transformer la filière intra-hospitalière en filière de territoire : une démarche laborieuse.....	36
3 Quelles orientations pour aboutir à une filière de soins gériatriques de territoire ?	39
3.1 Développer les complémentarités avec l'hôpital Charles Richet	39
3.1.1 Dans le cadre du court séjour gériatrique.....	39
3.1.2 Dans la mise en place d'une unité cognitivo-comportementale	40
3.1.3 Dans les attributions des pôles ambulatoires	40
3.2 Faire le choix de l'établissement support	41
3.2.1 Le repérage préalable de points forts des deux établissements de santé	41
3.2.2 Le Centre Hospitalier de Gonesse comme établissement support : le choix de l'évidence	42
3.2.3 Le groupement de coopération sanitaire : une option à explorer	43
3.3 Travailler au renforcement d'un partenariat opérationnel.....	45
3.3.1 D'abord, clarifier les termes de ce partenariat opérationnel	45
3.3.2 Ensuite, mettre en œuvre une collaboration accrue avec les EHPAD	46
3.3.3 Puis, asseoir la coopération avec la médecine de ville	49
3.3.4 Enfin, renforcer le partenariat avec les réseaux.....	50
3.4 Enrichir l'équipe de direction du CH de Gonesse de la compétence particulière d'un DESSMS	52
3.4.1 Le cadre de cette intégration.....	53
3.4.2 Des objectifs immédiats mais d'effets durables.....	54
Conclusion	58
Bibliographie.....	61
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AP/HP	: Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARHIF	: Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France
CH	: Centre Hospitalier
CLIC	: Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CSTS	: Conseil Supérieur du Travail Social
DESSMS	: Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social
DHOS	: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	: Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	: Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG	: Équipe Mobile Gériatrique
GCS	: Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	: Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale
GIR	: Groupe Iso Ressources
GMP	: GIR Moyen Pondéré
HAD	: Hospitalisation A Domicile
HDJ	: Hôpital De Jour
HPNP	: Hôpital Privé Nord Parisien
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA	: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
PMP	: PATHOS Moyen Pondéré
PMT	: Projet Médical de Territoire
PSGA	: Plan Solidarité grand-âge 2007-2012
SAU	: Service d'Accueil d'Urgences
SMTI	: Soins Médicaux et Techniques Importants
SROS	: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	: Soins de Suite et de Réadaptation
SSRG	: Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques
T2A	: tarification A l'Activité
USLD	: Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Selon une étude¹ menée en 2007 par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), on estime que sur une population évaluée à 70 millions d'habitants en 2050, la France métropolitaine comptera 10,9 millions de personnes de plus de 75 ans² parmi lesquelles 4,2 millions auront dépassé l'âge de 85 ans³. C'est dire à quel point la tendance actuelle marquée par le vieillissement de la population continuera de s'accroître. Aussi, loin de se limiter au seul constat d'une France qui vieillit inéluctablement, il s'avère important de s'atteler au traitement de la question du vieillissement de la population et de la considérer autant comme un défi à relever que comme une opportunité à saisir pour adapter les dispositifs⁴.

L'allongement de la durée de la vie conjugue à la fois l'existence de problématiques liées à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes en raison d'une perte d'autonomie occasionnée par des déficiences sensorielles, locomotives ou cognitives et des perspectives d'une situation financière et d'une santé meilleures pour bon nombre de personnes âgées. Cette situation paradoxale n'est pas sans poser de nombreuses questions qui interpellent quant à la manière dont notre société organise la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées « *fragiles*⁵ ».

Si les estimations présentées plus haut se situent à un horizon de quarante ans, la situation actuelle ne requiert pas moins une attention particulière. En effet, les observations convergent toutes vers le constat d'une sur-occupation par les personnes

¹ Isabelle ROBERT-BOBEE, « Projection de population : vieillissement de la population en France métropolitaine », INSEE, Économie et statistiques, n° 408-409, 2007, 18 pages.

² Ibid. page 99.

³ Ibid. page 104

⁴ Selon une « *Étude portant sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes* » menée par le cabinet ERNST & YOUNG, en octobre 2008, à la demande du Sénat, la France va connaître une profonde mutation de la structure de sa population, du fait de l'allongement de la durée de vie, l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des baby-boomers. L'estimation est de 18 millions de français âgés de plus de 65 ans en 2030 soit une croissance totale de 185% par rapport à 2005. Cette croissance est inégale en fonction des tranches d'âge. Pour celle qui va de 75 à 84 ans, l'augmentation sera proche de 78% tandis qu'elle dépassera 280% pour la tranche d'âge allant au-delà de 85 ans. « *Ces augmentations se traduisent par une progression mécanique du nombre de personnes fortement dépendantes* » au point d'en faire, selon l'étude, « *un phénomène de société* ».

⁵ Le patient fragile présente des limitations fonctionnelles et une baisse des capacités d'adaptation sous l'effet conjugué du vieillissement physiologique, des maladies chroniques et du contexte de vie. Ce patient relève de la filière gériatrique dans toutes ses composantes. Chez un sujet fragile, un facteur mineur comme une pathologie relativement bénigne ou un stress est susceptible de déclencher des maladies sévères et une perte d'autonomie fonctionnelle.

âgées des services de court et de moyen séjour des établissements de santé. La majorité de ces personnes âgées entre à l'hôpital par les urgences. Elles sont ventilées ou transférées au gré des places disponibles. Quant aux services de spécialités qui les accueillent, ils sont pour le moins peu adaptés à une prise en charge globale⁶. A ce propos, il suffit de rappeler que le système de santé est organisé autour de soins aigus, curatifs et techniques mis en œuvre dans une volonté de guérir. Or, la prise en charge des personnes âgées dépendantes relève d'interventions pluridisciplinaires, évolutives et complexes qui ne visent pas uniquement à éradiquer la pathologie mais poursuivent l'objectif de permettre à la personne de vivre mieux. Ces interventions pluridisciplinaires cherchent autant « à *prolonger la vie* [qu'à] *donner de la qualité à la vie* »⁷. A cette fin, la place qu'elles accordent au relationnel, à la prévention et à l'accompagnement est aussi importante sinon plus encore que celle des actes techniques.

Pour appréhender les raisons qui conduisent à définir ainsi l'optique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il faut d'abord faire un détour par les particularités qui sont les leurs. Le sujet âgé qui relève de la gériatrie⁸ présente souvent un cumul de plusieurs pathologies chroniques (maladies neurodégénératives, diabète, hypertension...) auxquelles viennent s'ajouter une maladie aiguë, des problèmes psychologiques, des difficultés financières ou des problèmes familiaux et sociaux. C'est ce cumul⁹ de difficultés qui fragilise la personne et contribue à accroître sa dépendance. Pour traduire en peu de chiffres cette réalité, il est admis que 30% des plus de 85 ans sont catégorisés « fragiles » sur le plan médical, fonctionnel, psychologique et socio-affectif tandis qu'environ 10% d'entre eux sont atteints d'une polypathologie chronique, évoluée, génératrice de handicaps et d'isolement social. D'autre part, au-delà de 90 ans, le taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés passe à 47% de la population concernée. Dans ce contexte, l'hôpital est, à lui seul, peu adapté à cette intrication des dimensions médicale, sociale et psychologique qui forment la situation des personnes

⁶ Le « Plan Solidarité - Grand Age » présenté le 27 juin 2006 par M. Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la Famille reconnaît, en page 2, que « *l'organisation des soins ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles* ».

⁷ « La prise en charge des personnes âgées dans leur dernière période de vie : enjeux et pistes de réflexion pour l'Etat », Rapport du Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, Les Cahiers du Plan, n° 1, avril 2005, page 33.

⁸ En référence à la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, le patient gériatrique est « *un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe* ».

⁹ Il ne faut pas en conclure que ces éléments doivent tous être présents en même temps mais plutôt que plusieurs d'entre elles le sont.

âgées dépendantes. En première ligne de la prise en charge, l'hôpital se trouve confronté à des situations contradictoires :

- L'hospitalisation destinée à lui apporter des soins est vécue comme traumatisante par la personne âgée,
- L'évolution moins prévisible et moins stable dans le temps de l'état de la personne âgée hospitalisée entraîne une augmentation de sa durée de séjour en contradiction avec la contrainte médico-économique de maîtrise des dépenses de santé,
- L'insuffisance de structures d'aval amène souvent à procéder à des sorties mal préparées susceptibles d'occasionner l'aggravation de la dépendance et entraîne des ré-hospitalisations.

Fort heureusement, la prise en charge des personnes âgées ne relève pas uniquement de l'hôpital. Elle est mise en œuvre par de nombreux acteurs institutionnels qui opèrent à l'intérieur de champs qui leur restent spécifiques. Dès 1962, le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque¹⁰ a évoqué la nécessité d'une organisation coordonnée et cohérente des différents acteurs de terrain compte tenu des enjeux du vieillissement de la population. L'isolement des acteurs institutionnels ne peut être que préjudiciable aux bénéficiaires de la prise en charge car elle nuit à l'efficacité des interventions sans compter l'essoufflement des personnels qu'il induit, dès l'instant où ces personnels sont confrontés à des difficultés qui dépassent les possibilités de leurs établissements. Le décloisonnement recherché ne peut être obtenu qu'au prix d'une coordination qui favorise un accompagnement en interdisciplinarité des personnes âgées. Cette notion de coordination s'est progressivement enrichie au fil des années. Elle se décline aujourd'hui en une filière de soins gériatrique que la circulaire DHOS n° 2007-117 du 28 mars 2007 définit comme « *un continuum de prise en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis* ».

Élève Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS), j'ai voulu m'intéresser à la filière de soins gériatriques en tant que dispositif destiné à favoriser un accompagnement global des personnes âgées, dans une continuité de la prise en charge

¹⁰ Pierre Laroque est resté dans la mémoire collective comme le "père fondateur" de la Sécurité Sociale. Entré au Conseil d'Etat en 1951, il assure la présidence de la section sociale de 1964 à 1980. Sa connaissance des affaires sociales l'amena à prendre de nombreuses responsabilités extérieures au Conseil d'État. Il fut par deux fois président de la Caisse nationale de Sécurité sociale entre 1953 et 1967. En 1960, il fut nommé président de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. A ce titre, il rédigea un rapport, en 1962, qui fit autorité tant en France qu'à l'étranger.

sanitaire, sociale et médico-sociale. Au cours de mes lectures sur ce sujet, j'ai relevé que de nombreux auteurs mentionnent que les acteurs institutionnels peinent à organiser un parcours de santé spécifique et cohérent pour les personnes âgées. Malgré la volonté de décloisonnement tant des responsables politiques que des acteurs de terrain, le cloisonnement qui morcelle la prise en charge existe et résiste encore, affectant l'efficacité des interventions. Un cloisonnement qui résulte aussi de la méconnaissance par chacun des acteurs institutionnels du fonctionnement des autres institutions ainsi que des moyens dont elles disposent.

En stage au Centre Hospitalier de Gonesse¹¹, je me suis aperçu que ces constats généraux étaient applicables au territoire de santé 95-2. Une contextualisation plus affinée m'a amené à connaître et partager trois autres éléments d'insatisfaction quant à la prise en charge des personnes âgées telle qu'elle est effectuée au Centre Hospitalier de Gonesse. En premier lieu, le service d'accueil et d'urgences demeurent encore une porte d'entrée trop souvent mise à contribution pour ce qui est de l'hospitalisation des personnes âgées. En second lieu, la préparation à la sortie ou l'orientation vers les structures d'aval restent problématiques en raison d'une coordination peu opérationnelle. Enfin, la filière gériatrique déployée en interne est certes opérationnelle mais son ouverture sur l'extérieur reste grandement insuffisante.

Fort de ces constats, j'ai formulé ainsi ma question de départ :

Dans un territoire de santé où les intervenants de la prise en charge des personnes âgées sont nombreux et divers, pourquoi ne parviennent-ils pas à coordonner leurs actions pour assurer la fluidité du parcours du patient ?

Pour nourrir ma réflexion sur ce sujet, je me suis intéressé d'abord aux objectifs assignés à la filière de soins gériatriques puis à l'architecture à mettre en place pour qu'elle soit véritablement opérationnelle. J'ai aussi souhaité questionner l'apport de la filière gériatrique intra-hospitalière du CH de Gonesse à la prise en charge des personnes âgées hospitalisées dans l'établissement. Dans le prolongement de cette démarche, j'ai cherché à repérer la plus-value que réalise l'ouverture sur l'extérieur de la filière intra-hospitalière. Il m'a semblé que c'est sur ce point que se manifeste le souci du Centre Hospitalier de soins gériatriques dans un souci d'adaptation de l'établissement à la nécessité d'une dimension globale de la prise en charge des personnes âgées.

¹¹ Dans le cadre de ce mémoire, l'expression Centre Hospitalier ou le sigle CH désigneront toujours le Centre Hospitalier de Gonesse.

Pour faire avancer ma recherche, j'ai émis les trois hypothèses suivantes :

- les acteurs potentiels de la filière interviennent en fonction de règles qui leur sont propres et ces règles peuvent être en contradiction avec celles des autres acteurs,
- la pluralité d'acteurs offre certes davantage de possibilités mais elle ajoute aussi à la complexité de la problématique de la prise en charge,
- Les partenaires de la filière craignent une hégémonie de l'établissement support de la filière en même temps qu'un amoindrissement de leur liberté d'action et une dilution de leur identité dans le dispositif mis en oeuvre.

Animé de mon questionnement et sous l'autorité de mon maître de stage, directeur référent du pôle gériatrie, j'ai accompli mon stage en situation de directeur d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD), référent du pôle gériatrie. A ce titre, j'étais idéalement installé pour prendre la mesure des stratégies à mettre en œuvre pour que, s'agissant de l'établissement que je pourrais être amené à diriger plus tard, je sois à même de bien le positionner au sein d'une filière de soins gériatriques. Cela me paraît être un impératif majeur pour un directeur soucieux d'éviter les ruptures dans la prise en charge des résidents ; d'autant que celles-ci constituent pour eux une perte de chance et un risque d'aggravation de leur dépendance. En tant qu'élève DESSMS, je gardais à l'esprit l'orientation de la circulaire précitée de mars 2007 qui invite à associer, sur le territoire d'implantation d'une filière, l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge des personnes âgées. J'ai ainsi profité de mon stage au Centre Hospitalier pour mieux saisir la dynamique de coordination renforcée que l'établissement s'évertue à mettre en œuvre avec les structures environnantes pour que, soit leurs résidents, soit les personnes dont elles assurent le suivi, bénéficient de toutes les compétences disponibles au Centre Hospitalier. Dans le même temps, l'objectif est que les personnes âgées hospitalisées au Centre Hospitalier bénéficient des structures environnantes. Enfin, de ce positionnement propice à l'observation, j'ai pu analyser la manière dont il convient de surmonter les résistances pour instituer une coopération avec différents partenaires.

Dans cette étude, j'envisage de démontrer que la mise en œuvre d'une réponse adaptée aux enjeux du vieillissement nécessite une appropriation préalable du corpus réglementaire qui encadre la filière de soins gériatriques (I) et a permis de déployer au Centre Hospitalier de Gonesse une filière gériatrique dont le renforcement envisagé en interne (II) a pour indispensable corollaire une plus grande ouverture vers l'extérieur en vue de la transformer en une véritable filière de soins gériatriques de territoire (III).

Méthodologie

J'ai initié l'approche de mon sujet par une recherche documentaire effectuée à la bibliothèque de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes et à la bibliothèque du Centre Hospitalier de Gonesse. La lecture d'ouvrages, de mémoires, de rapports, de textes réglementaires et de différents articles en rapport avec cette thématique m'a permis de consolider les bases théoriques et de mieux cerner le sujet. Cette lecture m'a aussi fourni des données démographiques et épidémiologiques. J'ai également conduit ma recherche en usant de l'Internet.

S'agissant du recueil des données de terrain, j'ai fait le choix de conduire des entretiens individuels semi-directifs. J'avais notamment pour objectif d'accéder aux représentations de la filière gériatrique que pouvaient avoir les interviewés, des enjeux de la prise en charge coordonnée, des difficultés qu'ils rencontraient pour la mettre en œuvre ainsi que des moyens dont ils disposaient pour les résoudre. J'étais aussi attentif à la validation éventuelle des hypothèses que j'avais formulées et des nouvelles pistes de réflexion que pouvaient ouvrir les commentaires recueillis. Tout au long des entretiens, j'ai veillé à reformuler ce qui avait été énoncé tout en veillant à ne procéder à aucune interprétation.

Cinq entretiens ont bénéficié de l'accord des interviewés pour être enregistrés. Ils ont duré en moyenne 45 minutes. Même si l'exploitation des enregistrements a nécessité un long travail de retranscription, le procédé m'a permis de recueillir l'exhaustivité des propos et a facilité le travail d'analyse. Ces entretiens ont été conduits avec les personnes suivantes :

- le médecin gériatre, responsable du pôle gériatrie,
- la conseillère technique, responsable du service social du Centre Hospitalier de Gonesse,
- la responsable du Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) de Sarcelles,
- un médecin, en sa double qualité de médecin libéral et de président du conseil d'administration du Réseau Automne Coordination Gérontologique du Pays de France. L'entretien a eu lieu au cabinet du médecin. A l'issue de l'entretien, la discussion s'est poursuivie environ trente minutes hors enregistrement. L'entretien s'est achevé peu avant 21h00 ; heure à laquelle le médecin avait prévu de reprendre ses consultations, un patient étant déjà en salle d'attente.
- Un directeur d'EHPAD public. En dehors de cet entretien, j'ai procédé à des échanges informels avec ce directeur lors de plusieurs rencontres relatives au

projet de Maison de l'Autonomie et de l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) dans le territoire de santé 95-2.

J'ai par ailleurs conduit d'autres entretiens pour lesquels j'ai effectué une prise de notes. Ces entretiens ont concerné :

- Un directeur d'EHPAD privé. L'entretien a été réalisé au cours d'une demi-journée au cours de laquelle le directeur m'a fait visiter l'établissement et m'a autorisé à l'accompagner dans ses différentes activités,
- le cadre supérieur de santé du pôle gériatrie,
- la responsable de l'Association France Alzheimer du Val d'Oise,
- un responsable de SSIAD

Dans le cadre d'échanges informels, je me suis entretenu avec la psychologue, l'assistante de service social et une cadre de santé ; toutes trois exerçant au sein du pôle gériatrie. Ces échanges informels, de courte durée, mettaient en exergue un vécu particulier en lien avec le quotidien.

Bien entendu, mon maître de stage, a été une interlocutrice privilégiée avec laquelle les échanges ont été réguliers. L'intérêt a été d'avoir posé les bases de la réflexion et d'avoir eu l'occasion de continuer à l'enrichir tout au long du stage.

La recherche documentaire et les échanges verbaux ont été utilement complétés par ma participation :

- à la rencontre régionale du secteur personnes âgées organisée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) le 03 décembre 2008 à Paris,
- à la 2^{ème} conférence régionale de gériatrie ayant pour thème « L'organisation des filières gériatriques dans les huit projets médicaux de territoire » organisée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) le 20 janvier 2009,
- A l'agenda institutionnel du Centre Hospitalier de Gonesse relatif à la filière gériatrique à l'extérieur de l'établissement (rencontres Projet Médical de Territoire {PMT} / Personnes Âgées, PMT / Psychiatrie pour le volet géronto-psychiatrie et projet MAIA).

1 Du cadre conceptuel de la filière de soins gériatriques aux réalités de la prise en charge des personnes âgées dans le territoire de santé 95-2

Les réalités du territoire de santé 95-2 sont les reflets de celles du département du Val d'Oise. La bonne compréhension des unes et des autres ne peut s'obtenir qu'en remontant à la source des textes réglementaires.

1.1 Un dispositif réglementaire étoffé qui éclaire la notion de filière gériatrique

Les textes qui régissent la filière de soins gériatriques constituent un corpus relativement récent qui se compose essentiellement de circulaires même si cette thématique est abordée dans un certain nombre de travaux¹².

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

Cette circulaire s'inscrit dans une logique d'articulation et d'intégration entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Elle met en évidence le fait que les personnes âgées, qu'elles résident à domicile ou en institution, sont particulièrement exposées aux risques de dépression, de souffrance psychique ou de détérioration intellectuelle découlant d'une pathologie neurodégénérative. La fréquence de ces pathologies rend nécessaire un soutien spécialisé de ces personnes âgées mais aussi de leur entourage et plus largement encore des institutions et services médico-sociaux qui les accueillent.

Dans son préambule, la circulaire trace un état des lieux qui souligne qu' « à l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de

¹² Citons par exemple les *Études et résultats* de la Direction de la Recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) n° 485 – « La clientèle des EHPAD », avril 2006, n° 515 – « Pathologies et perte d'autonomie des résidents en EHPAD », août 2006. Citons encore le Plan Santé mentale (2007) ou enfin le « Rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », Edouard COUTY, janvier 2009.

décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Or, trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques... ». On peut y lire aussi que lors de l'entrée par le service des urgences, « l'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social ». Enfin, après avoir indiqué que ces difficultés étaient amplifiées « par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières », la circulaire s'est attachée à définir les trois orientations suivantes :

- développer le court séjour gériatrique. L'objectif est de faire en sorte que la prise en charge des patients gériatriques soit assurée par des professionnels compétents en gériatrie et dont les compétences sont réunies dans des services à partir desquels se diffusent les bonnes pratiques gériatriques,
- favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique. Il s'agit d'éviter le passage aux urgences. C'est notamment à ce titre que les médecins traitants négocient l'admission directe de leurs patients résidant à domicile ou en EHPAD,
- développer les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques. Ce point particulièrement important lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement disponible après l'hospitalisation permet au patient, grâce à une réadaptation ajustée, de retrouver un maximum d'autonomie.

1.1.2 La circulaire n° 101/DHOS/0/2004 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III)

C'est dans le cadre de ce dispositif posé par la circulaire du 5 mars 2004 que le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le cadre obligé de l'organisation des soins. Les limites du territoire de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Selon la circulaire, cette approche doit permettre de fixer le cadre utilisé pour la répartition des activités de soins dans l'annexe du SROS, d'assurer la

cohérence des activités liées au plateau technique et d'offrir un espace de concertation pour l'élaboration et le suivi du SROS III¹³.

L'objectif recherché est l'organisation la plus rationnelle possible de l'offre de soins, la création d'une dynamique territoriale dans l'élaboration et la mise en œuvre du SROS. C'est dans cette même optique que la circulaire introduit la notion nouvelle de projet médical de territoire. Il s'agit d'un document d'orientation qui traduit les orientations retenues au travers d'un plan opérationnel propre à chaque territoire et qui comprend les actions qui doivent être menées notamment en matière de coopération entre établissements. Le projet médical de territoire est le support d'une démarche contractuelle destinée à mutualiser les réponses apportées aux besoins de santé de la population du territoire pour ce qui concerne les activités de soins de proximité.

Dans une 2^{ème} partie consacrée au développement de l'accès aux soins de proximité, la circulaire indique qu'une attention particulière doit être portée sur la prise en charge des personnes âgées. Elle rappelle que celles-ci doivent pouvoir bénéficier de la structuration d'une véritable filière gériatrique. La circulaire mentionne, au titre de ses orientations principales qu'il importe d'*« impliquer les établissements dans une organisation territoriale de la filière gériatrique, pour en améliorer la fluidité, en lien étroit avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux et libéraux et renforcer l'articulation entre le secteur hospitalier, les soins de ville, les secteurs médico-sociaux et associatifs par l'intermédiaire de dispositifs de coordination »*. La filière est donc conçue pour renforcer l'accès aux soins de proximité en s'appuyant sur les médecins traitants généralistes, les hôpitaux locaux et les établissements de santé de proximité publics ou privés. Qualifiés de *« lieux de ressources en matière de compétences gériatriques »*, les services de court séjour gériatrique sont un maillon qui, à l'intérieur de la filière, doit permettre une approche globale adaptée aux pathologies et au risque de dépendance.

¹³ Le SROS III fixe plusieurs niveaux de territoire :

- les territoires d'immédiate proximité, pour répondre aux besoins de la population tant sur le plan des soins que celui de la prévention, de l'éducation thérapeutique et de la réadaptation ;
- les territoires de santé de proximité, qui constituent la cadre géographique privilégié pour une concertation opérationnelle sur l'ensemble du champ d'intervention : de la promotion aux soins palliatifs ;
- les territoires de recours, qui constituent le niveau où s'organise la concertation entre professionnels, élus et usagers et où se développent les projets médicaux de territoire.

Signalons encore que le SROS III se décompose en trois axes principaux : promouvoir la santé publique, faire du patient et usager un acteur de santé publique à part entière et décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour une prise en charge globale du patient.

Enfin, la circulaire du 5 mars 2004 confirme les orientations précédentes en rapport avec l'amélioration des réponses d'aval à l'hospitalisation en court séjour en soulignant, entre autres, le nécessaire développement des soins de suite et l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que l'articulation des dispositifs sanitaire et médico-social.

1.1.3 La circulaire n° 507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération

Cette circulaire qui intervient très rapidement après celle de mars 2004 vient combler une lacune en définissant comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées. Après avoir rappelé que leur prise en charge spécifique impliquait une articulation avec l'offre de soins en psychiatrie, la circulaire du 25 octobre 2004 indique que la priorité demeure celle d'une prise en charge de proximité dans le cadre de la psychiatrie de liaison. L'accent est aussi mis sur le fait d'assurer des soins psychiatriques dans les EHPAD ou dans les établissements et services de soins somatiques qui accueillent les personnes âgées. De même qu'un effort doit être envisagé pour favoriser les interventions à domicile d'équipes psychiatriques spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées.

En définitive, il s'agit de satisfaire l'objectif de proposer une réponse en terme de prévention et de prise en charge dans un cadre global et cohérent en développant des programmes coordonnés quel que soit le lieu où les besoins s'expriment.

1.1.4 Le Plan Solidarité grand-âge 2007- 2012 (PSGA)

Élaboré en raison des mutations démographiques, en particulier de l'allongement de l'espérance de vie, ce plan était destiné à « *permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées dans le respect de leurs droits, et en assurant une continuité de prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé* ». Ce plan s'articule autour de cinq grands axes¹⁴. L'adaptation

¹⁴ Les cinq grands axes retenus pour cette réforme sont :

- *donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elle,*
- *inventer de la maison de retraite de demain,*
- *adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique et en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite,*
- *assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance,*
- *insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.*

de l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique constitue l'un d'entre eux. Cette adaptation est recherchée « *en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite* ». Le plan met prioritairement l'accent sur l'organisation, sur chaque territoire de santé, d'une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge de patients âgés. Une fois encore, le PSGA souligne le risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie que représente l'hospitalisation. Il rappelle aussi qu'il « *faut savoir évaluer tous les facteurs d'entrée dans la dépendance, préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition, entretenir toutes les capacités nécessaires à la vie quotidienne, pour que cette personne âgée puisse retourner à son domicile* ». A ce titre, l'objectif affiché est celui de la réorganisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital grâce à une filière de soins qui assure la prise en charge globale, la préservation de l'autonomie et le retour à domicile dans de bonnes conditions. Un autre aspect non moins important concerne l'organisation concrète de la filière gériatrique ainsi que sa labellisation.

1.1.5 La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

La circulaire du 28 mars 2007 porte un véritable éclairage sur la filière gériatrique. Elle en précise les contours. En effet, après avoir réaffirmé que la filière de soins gériatriques doit permettre une prise en charge globale et graduée quel que soit le lieu de résidence, elle dévoile que « *du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée* ». Ainsi se trouve posée la structure organisationnelle de la filière de soins gériatriques. Dans l'esprit des textes précédents auxquels elle se réfère et dont elle entend renforcer les dispositions, la circulaire de mars 2007 précise que « *la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». Dès lors, il s'agit pour le patient de bénéficier d'une prise en charge gériatrique dans le cadre d'hospitalisations programmées ou non ainsi que d'un avis gériatrique, si possible préalable à l'hospitalisation programmée. Il lui faut aussi profiter d'un accès rapide aux plateaux techniques et, en dernier lieu, d'une préparation à la sortie.

Ces différents aspects sont utilement complétés par le rôle de « ressources » assuré par la filière au bénéfice des acteurs de ville et du secteur médico-social et social. Sur ce point, la circulaire fait référence à la notion de territoire d'implantation, territoire sur lequel, par le jeu de la filière, sont associés « *l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées ; ce qui fait de la filière un levier de coordination de leurs actions au service des personnes âgées* ». Ce levier de coordination représente une incontestable valeur ajoutée qui permet à la filière d'être le garant de la diffusion de la culture gériatrique. A cet égard, et comme le souligne la circulaire, l'action de la filière s'inscrit dans une dynamique d'organisation territoriale qui doit produire une amélioration effective de la prise en charge et une plus grande fluidité du parcours de soins des personnes âgées.

La circulaire du 28 mars 2007 est accompagnée de six annexes qui forment autant de référentiels d'organisation des soins :

A) Annexe 1 : Filière de soins gériatriques

Cette annexe apporte des indications supplémentaires en précisant les trois grandes catégories de besoins identifiés que la filière doit prendre en charge :

- les hospitalisations non programmables,
- les hospitalisations programmables,
- les bilans réalisés à froid.

Elle indique en outre que « *La filière doit également organiser l'accompagnement et les soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées* ». Dans le même ordre d'idée, la filière de soins gériatriques a vocation à prendre en charge les problèmes psychogériatriques. Son intervention se situe dans le cadre d'un partenariat qui associe les compétences variées des autres établissements de soins, des médecins traitants, des acteurs médico-sociaux et des structures de coordination.

L'annexe 1 comporte une précision importante en ce qu'elle expose que « *l'établissement support de la filière est celui qui comporte le court séjour gériatrique* ». On y trouve aussi mention d'une équipe mobile et une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique au sein de l'établissement support.

Enfin, et c'est une donnée cruciale, la lecture attentive de l'annexe 1 permet de repérer une mise en garde implicite à l'encontre d'une filière dont la construction se réduirait à la seule juxtaposition de ses éléments constitutifs.

B) Annexe 2 : le court séjour gériatrique

Le document rappelle que « *le court séjour gériatrique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière* ». L'annexe 2 en donne une définition : « *L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques, et de problèmes sociaux surajoutés* ».

L'annexe 2 précise, par ailleurs, les missions dévolues court séjour gériatrique :

- assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences,
- procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale,
- établir les diagnostics et pratiquer les soins, non réalisables en ambulatoire,
- traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées,
- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieure et contribuer à leur organisation,
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

C) L'équipe mobile gériatrique

Intervenant à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, l'équipe mobile gériatrique poursuit différentes missions qui consistent à :

- dispenser une évaluation gérontologique et d'émettre un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
- orienter les patients dans la filière de soins gériatriques,
- participer à l'organisation de leur sortie en faisant la jointure avec les dispositifs de soutien à domicile,
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

L'action de l'équipe mobile est aussi tournée vers l'extérieur puisqu'elle poursuit aussi l'objectif d'assurer des consultations avancées dans les hôpitaux locaux, au sein des EHPAD et au domicile du patient.

D) L'annexe 4 : l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique

Cette annexe en fait un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation chargé d'assurer une prise en charge ambulatoire du patient âgé. Au titre de ses nombreuses missions, il lui revient notamment de « *dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée* » ou encore de « *proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gériatrique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur* »

E) L'annexe 5 : les soins de suite et de réadaptation gériatriques

Ils remplissent la double mission principale d'assurer :

- les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées,
- la rééducation et la réadaptation

De manière connexe, ils permettent de maintenir la socialisation de la personne âgée et l'accompagnement à la réinsertion familiale.

F) L'annexe 6

Il s'agit d'une convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Les différents textes que nous venons de présenter nous permettent de mieux saisir les réalités ; qu'il s'agisse du département du Val-d'Oise ou plus spécifiquement du territoire de santé qui constitue notre terrain d'investigation.

1.2 Regards croisés sur la région Ile-de-France, le département du Val-d'Oise et le territoire de santé 95-2

1.2.1 Aperçu de la région Ile-de-France

A) Structure de la population

Environ 20% de la population métropolitaine vit en Ile-de-France. C'est une population globalement plus jeune que ne l'est celle de la France métropolitaine. En effet, en Ile-de-France, la population âgée de 75 ans et plus est évaluée à 6,2% alors qu'elle atteint un pourcentage de 8,2% au plan national.

Depuis 1999, la population francilienne augmente en moyenne de 0,7% chaque année alors que la moyenne nationale s'établit à 0,64%.

Pour l'année 2015, les prévisions font état d'une population de plus de 75 ans représentant 7% de la population francilienne. Quant aux personnes âgées de plus de 80 ans, leur pourcentage se situera aux alentours de 4,5%.

B) Équipements en structures médico-sociales

Le processus de généralisation de la médicalisation des maisons de retraite a été quasiment mené à son terme. La plupart des établissements ont signé la convention tripartite qui leur permet d'accueillir des personnes âgées dépendantes et de disposer des crédits de médicalisation. L'étape suivante est le renforcement de cette médicalisation afin de mieux prendre en compte non seulement l'accroissement du niveau de dépendance mais aussi le niveau de soins requis par les personnes âgées recueillies.

Les capacités d'accueil sont inégalement réparties entre départements ; la grande couronne bénéficiant d'une meilleure dotation que Paris ou la petite couronne.

Les orientations retenues au niveau régional sont en adéquation avec les plans nationaux. Ces orientations visent en particulier à :

- permettre à une population en perte d'autonomie à continuer à vivre chez elle dans des conditions adaptées en soutenant le maintien à domicile,
- développer une offre d'hébergement de qualité en poursuivant l'effort de création de nouveaux EHPAD et en renforçant la médicalisation des EHPAD existants,
- assurer un véritable continuum dans les réponses apportées notamment en améliorant l'articulation avec le secteur sanitaire

- tendre vers une plus grande équité géographique d'accès aux équipements et services, au profit des départements les moins équipés.

Dans ces perspectives, il est prévu de porter le taux d'équipement régional en places d'EHPAD à 78,5‰ en 2012 sur la base de la projection de la population âgée de 75 ans et plus à échéance 2010. Ce sont, par ailleurs, 1230 places d'accueil de jour et 880 places d'hébergement temporaire qu'il est envisagé de créer au cours de la période couverte par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2008-2012. Sur ce même cycle, 6000 places supplémentaires concernant les SSIAD doivent être créées pour porter le taux d'équipement à 24‰.

Malgré tout, la vigilance reste de mise pour deux raisons majeures. D'abord parce que les difficultés récurrentes de recrutement de personnels paramédicaux constituent un frein. Ensuite, parce qu'un point que relève nombre de travaux mérite une attention particulière. Ces travaux soulignent la difficulté de prise en charge générale des patients vieillissants et atteints de pathologies psychiatriques stabilisées dans des unités de soins de longue durée (USLD) non intégrées dans un partenariat avec le secteur psychiatrique. Peu de structures acceptent de prendre en charge ces patients.

1.2.2 Approche sociodémographique du Val-d'Oise

Arrêté conjointement le 20 janvier 2006 par le Président du Conseil Général du Val d'Oise et le Préfet du département, le schéma gérontologique du Val d'Oise 2006-2010 définit pour la période considérée la politique générale du département. Ce schéma se structure autour de trois grandes parties relatives successivement à l'état des lieux, l'analyse critique de la couverture des besoins et les orientations.

A) L'état des lieux

En ce qui concerne cette première partie, le schéma met l'accent sur les différents points suivants :

- les aspects démographiques

La croissance démographique se poursuit en Val d'Oise comme dans l'ensemble des départements franciliens mais à un rythme moins rapide. On estime qu'à l'horizon 2030, les plus de 60 ans seront environ 300 000 soit 20% de la population contre 14% en 1999.

- l'état de santé des seniors

Le schéma gérontologique souligne que les personnes âgées vivent plus longtemps à domicile mais qu'elles déclarent aussi plus de pathologies. L'entrée en établissement se fait de plus en plus tard et la dépendance s'y accroît. En raison du vieillissement de la

population, les démences et la dépendance qui en résultent deviennent un enjeu majeur. Les projections concernant le département conduisent à une estimation de l'ordre 7500 cas de démence de toutes causes chez les plus de 65 ans dont 4900 environ de maladie d'Alzheimer ».

- les conditions de vie des seniors

95% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent à domicile. En 1999, le Val d'Oise comptait 19.000 personnes âgées de 75 ans ou plus. La proportion des seniors vivant dans une structure d'hébergement augmente avec l'âge. En Val d'Oise, 10% des personnes de plus de 75 ans vivent en maison de retraite ou plus rarement en long séjour hospitalier. Ce pourcentage est de l'ordre de 23% à partir de 85 ans. C'est une proportion sensiblement plus importante en Val d'Oise qu'en Ile-de-France.

- Les équipements et services sociaux et médico-sociaux

L'offre départementale d'aide à domicile est difficilement quantifiable. Il apparaît toutefois, à la lecture des questionnaires d'auto-évaluation, que sur 10 personnes prises en charge, 8 sont des personnes âgées pour lesquelles très peu de services assurent une intervention le week-end ou les jours fériés.

Les services de soins infirmiers et d'aide à domicile (SSIAD) comptent dix structures implantées sur le département. Ces structures totalisent 793 places. Le taux de couverture moyen est de 15,87 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Les plus de 85 ans représentent 44% de l'ensemble des bénéficiaires.

Les SSIAD prennent en charge des personnes très dépendantes dont plus d'un tiers sont en GIR 1 et 2. La plupart présente une dépendance psychique : cohérence altérée partiellement ou totalement associée à une désorientation dans l'espace et le temps. Les interventions concernent avant tout les soins d'hygiène et d'aide à la mobilisation et aux transferts. Viennent ensuite la prévention des escarres et la surveillance des fonctions d'élimination et l'aide au change pour les personnes incontinentes. Les interventions concernent également la prise de médicaments et le soutien psychologique. A l'inverse, les soins techniques et complexes restent peu fréquents.

- Les modes d'hébergement collectifs des personnes âgées

Les taux d'occupation de la quasi totalité des établissements est proche de 100% avec des listes d'attente justifiant d'une demande importante pour l'entrée en établissement de personnes dépendantes ou désorientées pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible.

Rapportée à la population âgée, la capacité d'hébergement en maison de retraite est de 123 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Cette moyenne départementale cache toutefois de grandes disparités entre les territoires puisqu'elle varie de 79 à 218 lits pour 1000 habitants.

- Les solutions intermédiaires entre l'hébergement collectif et le maintien à domicile
L'accueil de jour dispose de peu de places. Pour autant, toutes ces places ne sont pas utilisées. La difficulté à recruter du personnel formé et spécialisé, le fait que le dispositif soit peu connu des familles et le problème majeur du coût des transports sont parmi les raisons qui expliquent cette sous-utilisation.

L'hébergement temporaire est très peu développé en tant que véritable projet organisé au sein d'un établissement¹⁵.

B) Analyse critique de la couverture des besoins.

Le schéma gérontologique du Val-d'Oise se fixe pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par une adaptation des locaux et la formation de personnels spécialisés. Il souligne le manque de coordination des acteurs à tous les niveaux et dans tous les champs. Il précise en outre que « *la multiplicité des acteurs, la complexité des dispositifs contribuent à souligner ce défaut de coordination. Cette situation conduit au plan institutionnel à créer des doublons, là où une action concertée permettrait de dégager des moyens pour plus de complémentarité* ».

Il est fait mention de la coordination dans des termes qui ne laissent planer aucun doute sur l'ampleur de la tâche à accomplir. On y lit en effet que « *la coordination regroupe tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée et doivent constituer un réseau. Faute d'avoir formalisé ce réseau, d'avoir identifié et nommé un référent, cette coordination est laissée au bon vouloir de chacun* ».

C) Orientations préconisées.

Le schéma gérontologique exprime clairement la volonté de :

- favoriser la prévention des risques sanitaires liés au vieillissement,
- structurer et développer l'offre de services pour garantir une qualité de vie à domicile,

¹⁵ Si quelques établissements ont inscrit dans leur capacité d'accueil des lits identifiés théoriquement pour ce type d'accueil, dans la pratique, la tension sur l'offre de lits d'hébergement d'une part et la difficulté à avoir suffisamment de personnel sur la période au cours de laquelle ce type d'accueil est le plus sollicité font qu'il est difficile de réserver de façon permanente des lits pour un accueil temporaire.

- adapter et améliorer le potentiel d'accueil en institution, développer une offre d'hébergement diversifiée,
- et surtout, renforcer la coordination des actions et des professionnels intervenant auprès de la personne âgée.

Les indicateurs épidémiologiques de l'état de santé de la population sont plutôt défavorables. En effet, le département présente le second taux de mortalité d'Ile-de-France

1.2.3 Principales caractéristiques du territoire de santé 95-2

Ce territoire regroupe 38 communes réparties sur 8 cantons. Sa surface est équivalente à 1/5^{ème} du département. Le territoire se partage entre une zone rurale au nord et une zone fortement urbanisée au sud. Sa population s'élève à 262 845 habitants, soit près du quart de la population du département. Elle est inégalement répartie puisque plus de trois-quarts des personnes se concentre sur 7 communes.

Selon les projections de population¹⁶, en 2020 les personnes de plus de 75 ans seront environ 16500 sur une population totale estimée à environ 271000

Actuellement, on estime que le pourcentage de patients dits fragiles représente 25 à 30% des 75 ans et plus, soit entre 3465 et 4165 personnes. Dans le même temps, l'incidence annuelle de la démence est de 520 cas par an tandis que la prévalence est estimée à 2470 cas en 2010.

S'agissant de l'offre de soins, le territoire comprend trois établissements de statut juridique différent. Ils sont tous trois situés dans la zone urbanisée, à moins de 6 kms les uns des autres. Deux établissements sont à vocation polyvalente ayant une activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Il s'agit du Centre Hospitalier de Gonesse (936 lits et places) et de l'Hôpital Privé Nord Parisien (HPNP) de Sarcelles (249 lits et places). Cet établissement privé lucratif n'a pas actuellement d'orientation gériatrique. Le troisième établissement, l'Hôpital Charles Richet de Villiers-le-Bel (472 lits de moyen et long séjour), est à vocation gériatrique. Il est rattaché à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Son recrutement Val' d'Oisien se situe à hauteur de 50%.

¹⁶ Données SROS III

Le territoire de santé 95-2 comprend aussi :

- 11 EHPAD dont un dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et deux qui intègrent des unités spécialisées dans l'accueil de patients Alzheimer,
- 6 foyers-logement,
- 2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui ont un savoir-faire confirmé du fait de leur implantation depuis plusieurs années,
 - o l'ADMR Pays de France, implanté à Survilliers, couvre les 29 communes rurales du nord du territoire,
 - o le SSIAD « Léonie Chaptal », implanté à Sarcelles, couvre les 9 communes restantes
- un Point conseil 3^{ème} âge implanté à Garges-lès-Gonesse, qui consacre une grande partie de son activité à l'aide personnalisée d'autonomie (APA),
- un centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) de niveau 2 situé à Sarcelles et dont les interventions sont limitées à cette seule commune
- le Réseau Automne Coordination Gérontologique du Pays de France est installée au nord du territoire de santé 95-2. Il rayonne sur 42 communes dont quelques-unes situées sur le territoire de santé 95-1. Quatre établissements hospitaliers et un service de soins infirmiers à domicile sont adhérents de ce réseau :
 - o le CH de Gonesse, dont l'adhésion date de quelques mois,
 - o le CH Charles Richet de Villiers-le-Bel,
 - o le CH de Senlis,
 - o le CH Carnelle de Saint-Martin-du-Tertre
 - o le SSIAD du Pays de France.

Le réseau Automne poursuit les objectifs suivants :

- o placer le patient au centre du dispositif
- o évaluer, organiser, coordonner
- o conforter le lien Ville/Hôpital/Institution,
- o mener des actions de formation.

Le Réseau Automne offre un accueil téléphonique centralisé ; ce qui entraîne une simplification pour les usagers et pour l'ensemble des partenaires. Les procédures qu'il met en œuvre concernent la réalisation d'une évaluation par le réseau sous 48H ouvrées, la rédaction du bilan et d'une synthèse par un professionnel de santé évaluateur ainsi que la mise en place d'un plan d'aide après accord du bénéficiaire.

A la lecture des rapports d'activité, on s'aperçoit que les besoins recensés par le réseau Automne sont principalement en lien avec la perte d'autonomie, la mise en place d'aide

diverses pour le maintien au domicile¹⁷ et la mise en route de soins techniques infirmiers ou de kinésithérapie. Il convient également de signaler que le Réseau Automne intervient également pour faciliter le retour à domicile après une hospitalisation.

Des points forts peuvent être mis en évidence dans les domaines suivants :

- le renforcement et la diversité de l'offre de soins sont en voie d'être assurés ainsi que la coopération en psychiatrie entre les secteurs et les structures médico-sociales,
- la coopération est bien établie entre le CH de Gonesse et l'HPNP en cancérologie et pour l'accueil des urgences,
- il existe des prémices de contractualisation entre l'Hôpital Charles Richet et le CH de Gonesse dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques et en matière de soins palliatifs. Il existe aussi une convention entre ces deux établissements sanitaires fixant un quota annuel d'admissions en SSRG sur Charles Richet de patients en aval du court séjour du CH de Gonesse,

A l'inverse, un certain nombre de points faibles demeure :

- le territoire est relativement peu doté en offre de soins de ville,
- l'étude des flux de patients âgés de plus de 75 ans ayant été hospitalisés en SSR, en 2007 montre que 70% des patients résidant dans le territoire ont été pris en charge dans un établissement du département. Malgré les capacités importantes du territoire en hospitalisation complète SSRG, les fuites sont importantes
- la densité en personnel médical et paramédical se situe à un niveau très inférieur à ceux des autres territoires du département, lesquels sont inférieurs aux densités régionales,
- Des réseaux ville/hôpital existent. Ils restent tout de même à structurer davantage car ils se caractérisent par une insuffisante implication des professionnels libéraux et par une appartenance des établissements et des professionnels du territoire à des réseaux séparés,
- l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social doit être renforcée et formalisée par le biais de convention de coopération pour améliorer les filières tant en amont d'une prise en charge en hospitalisation ou un passage aux urgences qu'en aval de proximité en soins de suite.

¹⁷ Cela concerne les prestations ménagères, la toilette et l'hygiène, le repas, la mise en place de matériel et l'exécution de tâches administratives.

2 Forces et faiblesses de la filière de soins gériatriques intra-hospitalière du Centre Hospitalier de Gonesse

Dans un contexte marqué en premier lieu par un accueil hospitalier spécifique et une coordination avec les structures environnantes encore insuffisants, et en second lieu par une absence de réseau gérontologique de proximité réellement opérationnel, la filière de soins gériatriques poursuit un quadruple objectif :

- assurer une prise en charge gérontologique globale qui intègre le somatique, le psychologique et le social. Le patient doit pouvoir bénéficier d'une palette complète de soins en fonction de sa situation clinique et sociale. Ces soins de qualité et adaptés à son état doivent être dispensés en toute sécurité. Ils doivent aussi reposer sur le savoir-faire des équipes ; d'où la nécessité de recourir à un personnel qualifié, formé et varié ayant à sa disposition une technologie avancée,
- favoriser une prise en charge de proximité ; tant il est primordial pour les patients de rester au plus près de leur lieu de vie et de ne pas être coupés de leur environnement socio-affectif,
- répondre à un objectif d'efficience en termes de gestion des ressources. On peut attendre d'une filière complète et de capacité optimale qu'elle permette une meilleure gestion du flux des personnes âgées à partir des urgences et une optimisation du fonctionnement des services de spécialité,
- assurer une dynamique d'organisation gérontologique territoriale. La filière doit s'articuler et se coordonner avec l'HAD, les SSIAD, les médecins généralistes et les EHPAD. Elle doit, par ailleurs, intégrer un réseau de santé.

C'est à ces différentes fins que la filière de soins gériatriques a été constituée et que se sont bâtis un certain nombre de projets.

2.1 Une filière de soins gériatriques avantageusement constituée en pôle d'activité

La filière gériatrique intra-hospitalière constitue un pôle au sens de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette filière a été approuvée par les instances de l'établissement.

2.1.1 Le pôle gériatrie : une structuration forte au service du patient âgé

Le pôle gériatrie regroupe les différentes structures qui composent la filière gériatrique intra-hospitalière. Dans son volet purement sanitaire, le pôle gériatrie regroupe une unité de court séjour gériatrique, une unité de soins de suite et de réadaptation gériatriques (SSRG), une équipe mobile gériatrique, un hôpital de jour gériatrique (HDJ) ainsi que les consultations d'évaluation gériatrique et la consultation mémoire. Dans son volet sanitaire et médico-social, la filière dispose d'une unité de soins de longue durée (USLD), d'un EHPAD (maison de retraite) et d'un centre d'accueil de jour pour maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

A) Le court séjour gériatrique

L'unité de court séjour gériatrique est, comme il convient, le maillon essentiel de la filière gériatrique intra-hospitalière. Comme nous l'a rappelé le médecin gériatre responsable de pôle, elle a vocation à prendre en charge les malades âgés de plus de 75 ans présentant une sémiologie polymorphe (chutes, confusion, malaises, troubles du comportement...) et pour lesquels le risque de décompensation est important. C'est donc dans le cadre du court séjour gériatrique que les personnels médicaux et paramédicaux dispensent les soins aigus de diagnostic et de traitement ainsi que les soins de prévention. Le service y réalise aussi une identification précoce des facteurs de fragilité de la personne âgée en s'intéressant principalement à l'état fonctionnel, aux fonctions cognitives, aux syndromes gériatriques et à la situation sociale.

En prévenant l'aggravation de la dépendance et par conséquent le risque d'une entrée prématurée en institution, l'unité de court séjour participe, avec les autres maillons de la filière, au maintien du patient âgé à son domicile le plus longtemps possible et diminue le taux de recours aux urgences.

La référence au nombre de 1 lit pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans tel que défini par le PSGA permet de calculer le dimensionnement en lits de médecine aiguë gériatrique. Si l'on applique ce calcul au territoire de santé 95-2, le nombre de lits de court séjour devrait être de 27. La réalité est différente ; l'unité de court séjour ne compte pour l'heure que 7 lits. L'ouverture prévue d'un 8^{ème} lit, en 2009, tel que prévue par le projet médical d'établissement, n'a pu se faire faute d'un effectif infirmier suffisant.

L'activité de cette unité est soutenue. En 2008, Le taux d'occupation a été 99% et la durée moyenne de séjour (DMS) de 10,8 jours. Le service n'étant pas en mesure de

bloquer de lit, les hospitalisations directes ne sont possibles que si elles sont réalisées à l'instant où le lit est libre. Les hospitalisations directes ne sont pas programmables pour le lendemain car en cas de demande émanant des urgences, le service est tenu d'y répondre favorablement.

Le mode d'entrée se fait par les urgences à près de 50%. En 2008, Les admissions directes ont été de l'ordre de 36%. Environ 50% des personnes retournent à leur domicile et 36% vont en soins de suite.

La localisation de cette unité au sein du pôle de médecine est jugée peu satisfaisante par le responsable du pôle de gériatrie. Il lui semble très difficile d'assurer la mission de promotion d'une culture gériatrique *« auprès de paramédicaux qui sont amenés à prendre en charge, sur une même aile, des typologies de patients très hétérogènes tant en ce qui concerne l'âge que les pathologies »*.

Enfin, le fonctionnement de l'unité nécessite une mutualisation des moyens paramédicaux et médicaux avec la fédération de médecine. Cette situation n'est pas satisfaisante car elle ne permet pas de constituer une équipe homogène qui assurerait la promotion de la spécificité du soin gériatrique.

B) L'unité de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques et l'hôpital de jour

L'Unité de Soins de Suite et de réadaptation Gériatrique (SSRG) a été ouverte en 2007. D'une capacité de 8 lits, il accueille des patients polypathologiques dont la moyenne d'âge est d'environ 80 ans. Le Centre hospitalier a pour projet de porter la capacité à 20 lits, fin 2009 ou courant 2010. Mais une fois encore, cet objectif est conditionné au recrutement de personnels infirmiers. La faible attractivité du Centre Hospitalier à cet égard incline plutôt à un certain pessimisme. Les patients du SSRG proviennent essentiellement des services de médecine ou de chirurgie du CH de Gonesse. La pathologie aiguë qui a motivé leur hospitalisation est stabilisée. Il s'agit d'un SSRG de proximité qui assure la poursuite de soins médicaux dont la durée est incompatible avec le rôle de l'unité de court séjour et qui ne peuvent être réalisés à domicile. Elle pratique, dans tous les cas, une évaluation gérontologique globale afin d'élaborer un projet pour le malade.

Le SSRG a la possibilité d'accueillir des patients hospitalisés en court séjour et en attente de solution d'hébergement en EHPAD, si la durée prévisible de la gestion de leur dossier d'aide sociale et l'obtention d'une place en EHPAD n'excède pas un délai d'un mois.

Deux modes d'admission en SSRG sont possibles. Soit il peut s'agir d'une mutation à partir d'un service de court séjour pour les malades dont le retour à domicile ne peut être envisagé directement pour des raisons médicales ou sociales. Soit il peut s'agir d'une admission directe à la demande de médecins généralistes ou d'acteurs sociaux externes

En 2008, le fonctionnement du SSRG a été jugé optimal avec 80 séjours, une DMS de 28 jours et un taux de retour à domicile pour près de 55% des patients.

L'hôpital de jour compte un lit. Ce dimensionnement est extrêmement faible au regard des besoins du territoire de santé. Si l'on tient compte des préconisations du PSGA, l'hôpital de jour devrait compter 5 places. Un projet de création de deux places supplémentaires d'ici à 2011 est à l'ordre du jour.

Avec 60 passages en 2008, l'activité de l'hôpital de jour est en progression constante. Son développement, objectif majeur de la politique du CH de Gonesse, s'inscrit dans le cadre d'une démarche parallèle d'information menée auprès des médecins généralistes pour leur en préciser les modalités de fonctionnement et les objectifs, ainsi que des médecins coordonnateurs et des directeurs d'EHPAD pour leur proposer des bilans diagnostics ou des évaluations médico-psycho-sociales pour les résidents de leurs établissements.

L'admission en HDJ s'effectue après une consultation de gériatrie. Cette consultation peut être demandée par le médecin traitant, la personne âgée elle-même ou son entourage. A l'issue de la journée en HDJ, une synthèse est effectuée par le gériatre. Les conclusions sont précisées au malade et, le cas échéant, à sa famille. Un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant et, le cas échéant, au médecin coordonnateur.

- C) L'équipe mobile gériatrique, les consultations d'évaluation gériatriques et la consultation mémoire

L'équipe mobile gériatrique est adossée au court séjour et au SSRG qui constituent sa base logistique. Elle intervient en interne à la demande des autres services pour pratiquer des évaluations et fournir des conseils. Nous nous attarderons sur son fonctionnement dans le cadre de l'articulation de pôle avec les services de spécialités.

Les consultations d'évaluation gériatriques et la consultation mémoire constituent avec l'HDJ un pôle d'évaluation gériatrique. La consultation mémoire vise notamment à diagnostiquer avec fiabilité le trouble démentiel.

Labellisée en 2007, la consultation mémoire du CH de Gonesse regroupe l'activité de consultation du service de neurologie et celle de la gériatrie. Les neurologues reçoivent en consultation les patients de moins de 75 ans et les gériatres ceux de plus de 75 ans. Les gériatres et les neurologues ont réalisé 515 consultations mémoire en 2008. Au cours de cette même année, ce sont 204 évaluations neuro-psychologiques qui ont été réalisées.

D) L'USLD, l'EHPAD et le centre d'accueil de jour

L'USLD compte 120 lits. C'est une offre conséquente que l'établissement souhaite conserver malgré la réforme des USLD qui devrait conduire à une diminution de l'ordre de 50%. Le GIR Moyen Pondéré (GMP)¹⁸ est resté stable à hauteur de 860.

60% des patients de l'USLD ont un syndrome démentiel et près du quart d'entre eux présente des troubles du comportement (agressivité, cris, fugues, déambulation...). De ce fait, le cadre architectural inadapté et insuffisamment sécurisé rend difficile leur prise en charge.

L'EHPAD compte 80 lits. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) est passé de 506 à 691 de 2007 à 2008. Cette augmentation s'explique par l'admission ayant un plus haut niveau de dépendance.

La difficulté dont il a été fait mention en ce qui concerne la prise en charge, en Ile-de-France, de patients vieillissants et atteints de pathologies psychiatriques se retrouve avec la même acuité dans le territoire de santé. Même si la réponse de la filière intra-hospitalière n'est pas à la hauteur de ce qui est attendu¹⁹, elle est une première réponse de qualité. Elle s'efforce de proposer un accueil, au sein de l'EHPAD, de 40 patients psychiatriques âgés. La restriction est que ces patients doivent provenir du secteur. Cette

¹⁸ Le GMP rend compte du niveau global de dépendance de la structure. Il est ici plus élevé que la moyenne nationale.

¹⁹ L'annexe 1 de la circulaire du 28 mars 2007 précise que « *La filière a vocation à prendre en charge les problèmes psychogériatriques. Elle doit s'articuler avec les structures psychiatriques (...) afin de proposer un dispositif gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles composées de professionnels de la psychiatrie susceptibles d'intervenir à la demande de la filière. Ce dispositif doit être associé à de petites unités de gérontopsychiatrie* ».

prise en charge qui nécessite des ratios en personnels élevés est un défi majeur pour le Centre Hospitalier dans cette période de pénurie de personnels infirmiers.

Le taux d'occupation de l'USLD et de l'EHPAD avoisine les 90%. Le pourcentage de patients relevant de soins médicaux et techniques importants (SMTI) est de 72% pour l'USLD, soit un pathos moyen pondéré (PMP)²⁰ de 514. S'agissant de l'EHPAD, le pourcentage de patients dits SMTI est de 46% avec une forte proportion de patients psychiatriques. Le PMP est de 375.

L'accueil de jour dispose de huit places. Les objectifs qui lui sont assignés sont de différents ordres. Ils visent autant à soulager les aidants familiaux qu'à éviter si possible les hospitalisations en urgence. Ils concernent aussi le maintien d'une vie sociale du patient en stimulant son autonomie et ses potentialités restantes. Il est aussi question de faciliter une possible entrée en EHPAD.

Le nombre de patients accueillis est actuellement de 35. La file active de 24. Sarcelles et Garges-lès-Gonesse sont les deux villes limitrophes d'où proviennent 75% des patients. Leur niveau de dépendance est élevé. Le nombre de séances réalisées en 2008 s'est élevé à 1403.

Dans le cadre du réseau gérontologique inter-établissement du Val d'Oise auquel le CH de Gonesse adhère, un dossier commun de consultation a été mis au point. Il est cependant insuffisamment utilisé. Il existe aussi une fiche de suivi qui retrace l'évaluation des bénéfices apportés par l'accueil de jour.

Au vu des différentes structures que nous venons de présenter, on s'aperçoit que le CH de Gonesse a déployé une filière gériatrique complète qui a pour objectif d'apporter une réponse aux besoins des patients de plus de 75 ans hospitalisés au CH de Gonesse. Cette réponse couvre tant le champ sanitaire que le champ médico-social. La volonté initiale qui était de proposer une prise en charge cohérente et un suivi personnalisé est plus que jamais d'actualité. Pour assurer une coordination du pôle gériatrie, des réunions régulières du bureau de pôle sont organisées. Son fonctionnement optimal est facilité par les réunions d'admission qui impliquent les gériatres, les cadres de santé du pôle, l'assistante sociale référente, la psychologue et un représentant du service des admissions. Quant aux staffs pluridisciplinaires rendus nécessaires par l'état du patient, il

²⁰ Le PMP reflète le niveau de charge en soins d'une USLD. Il est beaucoup plus élevé au CH de Gonesse qu'au plan national.

met plus généralement le pôle en relation avec le service de médecine physique et de réadaptation ou avec le service de cancérologie. Ces staffs pluridisciplinaires sont une modalité de l'articulation du pôle gériatrie avec les services de spécialités.

2.1.2 Une articulation avec les services de spécialités qui facilite la prise en charge globale en interne

Les hospitalisations non programmables réalisées le plus souvent en court séjour gériatrique par le biais des urgences empruntent la voie d'une procédure de prise en charge des urgences internes qui est clairement définie en fonction du degré d'urgence. Des hospitalisations sont également programmées par les médecins gériatres du pôle à partir de la consultation de gériatrie ou de la consultation mémoire.

Pour ce qui est du plateau technique²¹, le pôle gériatrie bénéficie d'un accès facilité en programmé ou en urgence. Il en est de même de l'accès aux différentes spécialités²². A titre d'exemple, les différentes unités du pôle gériatrie peuvent avoir recours à un avis psychiatrique. Pour une assistance en urgence, il peut être fait appel à l'équipe de psychiatrie de liaison qui intervient auprès du patient aux fins d'évaluation et propose la prise en charge appropriée.

D'autre part, l'unité mobile de soins palliatifs et d'accompagnement intervient à la demande des équipes du pôle gériatrie pour aider à la prise en charge des malades en situation palliative. Cette unité mobile conduit une action de formation à la démarche palliative auprès des professionnels du pôle gériatrie.

Enfin, il convient de souligner que tous les malades âgés ne sont pas hospitalisés en court séjour gériatrique, loin s'en faut. Ce constat souligne l'importance de l'équipe mobile gériatrique (EMG) qui met à la disposition des services de spécialités une compétence spécifique et joue un rôle de liaison entre ces services et les structures gériatriques. Les missions de l'EMG du CH de Gonesse sont diverses et transversales. Elles consistent à dispenser un avis gériatrique sur demande dans l'ensemble des services de l'hôpital et

²¹ Le plateau technique dispose des éléments suivants : IRM, scanner, imagerie conventionnelle, échographie, fibroscopie digestive, fibroscopie bronchique, EFR, ostéodensitométrie, laboratoire d'anatomo-pathologie, échographie cardiaque, doppler vasculaire, holter, coronarographie, angioplastie, laboratoires (hématologie/hémovigilance, parasitologie/immunologie/bactériologie/virologie/hygiène)

²² Le CH de Gonesse compte plus de 25 spécialités. On y dénombre notamment l'ophtalmologie, l'oncologie, la rhumatologie, la diabétologie et la cardiologie.

à réaliser des évaluations médico-psycho-sociales. Elles comprennent également la participation au dépistage de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés ainsi que le conseil sur l'organisation de la sortie.

La composition²³ de l'EMG est conforme aux orientations de la circulaire du 28 mars 2007. Elle est opérationnelle cinq jours sur sept. L'équipe mobile intervient après accord du médecin responsable de l'unité où est hospitalisée la personne âgée. Pour que la prestation qu'elle dispense soit la plus appropriée possible, il importe que les motifs de recours et les questions qui lui sont posées soient clairement formulés.

L'EMG instruit un dossier qui lui est propre et son intervention donne lieu à l'élaboration de recommandations médicales et soignantes. Les recommandations médicales ont pour but de mettre à disposition des médecins ayant sollicité l'intervention un ensemble de propositions diagnostiques et thérapeutiques. Les recommandations soignantes et thérapeutiques réalisées par l'infirmière ou l'ergothérapeute sont à destination des infirmières des services concernés. L'EMG ne formulent cependant pas de prescription. Il s'en suit que son intervention ne dessaisit nullement le service demandeur qui reste seul maître d'œuvre de la prise en charge. Au besoin et si cela est possible, une copie du compte-rendu est adressée au médecin traitant. Ce compte-rendu reprend les éléments de l'évaluation ainsi que les recommandations à court et moyen termes. Cette pratique permet d'associer les médecins libéraux à la prise en charge de leurs patients et constitue une modalité de la coordination que le Centre Hospitalier tente de dynamiser.

2.1.3 Les renforcements envisagés pour adapter la filière interne aux besoins des usagers

Des entretiens menés en interne, il ressort d'emblée que la filière interne est sous dimensionnée en capacité de court séjour gériatrique, en SSRG et HDJ. Ce constat ne peut surprendre puisqu'en effet les objectifs définis par la circulaire du 28 mars 2007 en termes de capacité ne sont pas atteints. Faut-il rappeler par exemple que l'annexe 2 précise que le court séjour gériatrique doit comporter au minimum 20 lits. Le responsable du pôle insiste sur le fait qu'il s'agit bien là d'un minimum. Il estime que la capacité idéale pour un fonctionnement harmonieux de l'unité de court séjour serait de 30 lits, sachant que même avec de telles disponibilités, le service ne pourrait répondre à toutes les

²³ L'équipe pluridisciplinaire se compose d'un gériatre, d'une infirmière, d'une secrétaire médicale et d'une assistante de service social. La collaboration d'un ergothérapeute et d'un psychologue peut être envisagée pour effectuer les évaluations fonctionnelles ou psychométriques.

sollicitations. Aussi, pour assurer une réelle continuité de la prise en charge, le CH de Gonesse a bâti un scénario et défini les paliers successifs qui permettraient d'atteindre l'objectif de 30 lits. Il est d'abord question d'augmenter le nombre de lits à 20, puis de proposer l'ouverture de 10 lits supplémentaires. Pour la direction du Centre Hospitalier, il est primordial de se doter de moyens suffisants permettant de répondre à l'exigence de prise en charge des hospitalisations programmées. A défaut de cela, les risques de dysfonctionnement de la filière sont réels.

Le problème du sous-dimensionnement est le même s'agissant du SSRG. L'annexe qui lui est consacré pose exigence en termes de nombre de lits. Le CH de Gonesse manifeste une même volonté de renforcer le SSRG en termes de capacité.

Le sous dimensionnement de l'HDJ est encore plus criant puisqu'il est réduit à sa portée minimale voire minimaliste avec un seul lit au lieu des cinq requis par les textes.

Les professionnels que j'ai interrogés en interne font observer que le fait que le Centre Hospitalier soit le siège d'un SAU et dispose d'un plateau technique important lui confère un avantage pour négocier l'augmentation du nombre de lits afin de poursuivre le déploiement de la filière interne. L'articulation avec les autres services a déjà favorisé la promotion d'une culture gériatrique. Le renforcement de la filière ne pourra que l'améliorer.

Dans cet esprit, le CH de Gonesse a aussi prévu un certain nombre de projets qui visent à optimiser la réponse donnée aux besoins des usagers. Outre l'augmentation du nombre de lits de SSRG et de court séjour gériatrique dans le cadre de la construction du nouvel hôpital en 2012, un projet de rénovation des bâtiments de l'USLD est à l'étude pour permettre une humanisation des locaux. Cette humanisation doit se traduire par une diminution du nombre de chambres doubles et une augmentation de la surface des espaces communs.

Un autre projet a été étudié par un cabinet privé mais ne bénéficie pas encore de financement. Il s'agit de la construction de trois unités Alzheimer comportant chacune un espace réservé. Chaque unité comprendra treize lits. Ce projet nécessite une extension de l'USLD. Sur le plan architectural, ces unités seront situées sur des niveaux différents et seront reliées verticalement. Il est prévu de leur associer un espace extérieur spécifique. L'objectif est d'assurer une prise en charge adaptée pour les patients Alzheimer « difficiles ». Ce projet est une réponse à l'insuffisance de structures de ce type sur le territoire 95-2.

Enfin, dans le cadre du suivi concerté des patients psychiatriques vieillissants, il est envisagé d'identifier, au sein de l'EHPAD, une unité de 15 lits dédiée à la prise en charge des patients psychiatriques. Le responsable de pôle indique qu'au vu de la population déjà présente dans la structure, l'option la plus favorable serait l'identification de deux unités totalisant 25 à 30 places. Même dans ce cas de figure, il pense qu'il sera difficile de satisfaire aux demandes émanant des partenaires externes. En concertation avec le pôle psychiatrie, cette unité à orientation psychiatrique serait destinée à la prise en charge des patients psychiatriques anciens, stabilisés, âgés de plus de 65 ans dont le maintien à domicile n'est plus possible et qui, le plus souvent, ne peuvent intégrer les structures gériatriques classiques. Dans le cadre de cette unité, le suivi psychiatrique et la gestion des situations de crise seront assurés par une équipe mobile psychiatrique. A l'inverse, il reviendra au personnel de l'unité d'assurer au quotidien une prise en charge géronto-psychiatrique adaptée et de qualité.

2.2 Une filière, par nature, insuffisamment tournée vers l'extérieur

Comme cela a été préalablement indiqué, l'un des objectifs du pôle gériatrie est d'impulser une dynamique territoriale qui conduise à la mise en œuvre d'une filière gériatrique au sens de la circulaire du 28 mars 2007. C'est cette volonté qui a conduit le centre hospitalier de Gonesse à se positionner comme porteur d'un projet de filière à l'échelle du territoire de santé. Mais pour l'heure, la filière actuelle reste encore très orientée vers l'interne ; ce qui ne clarifie pas forcément sa position aux yeux des partenaires externes.

2.2.1 Des réponses encore insuffisantes aux attentes du secteur médico-social

Lors d'une réunion du Comité Thématique Local de Concertation²⁴ (CTLC) ayant pour objet de traiter de la filière gériatrique du territoire de santé 95-2, les représentants des EHPAD ont pu faire connaître leurs motifs d'insatisfaction. Je fais le choix de les regrouper en quatre grands domaines. Le premier de ces domaines d'insatisfaction a trait aux délais d'attente aux urgences. D'une manière générale, ce délai est jugé excessivement long. Un directeur d'EHPAD a précisé que dans un cas concernant un

²⁴ Dans le cadre des projets médicaux de territoire, le CTLC a pour mission d'identifier les filières et les ressources et d'élaborer des propositions.

résident en provenance de sa structure, le délai avait atteint 10 heures. On comprend aisément que pour une personne âgée relevant d'une prise en charge gériatrique un tel délai soit possiblement délétère. Le représentant d'une autre institution a aussi signalé qu'il est même arrivé qu'un patient revienne des urgences avec des escarres en raison de la durée de l'attente. Même si ces situations ne sont pas courantes, elles sont malgré tout très dommageables pour les personnes âgées. Pour les éviter, certains EHPAD choisissent d'adresser les résidents pour lesquels une trop longue attente serait insupportable vers un établissement de santé situé hors du territoire de santé 95-2.

La deuxième raison qui justifie l'insatisfaction est liée au défaut de coordination. En effet, nombre de partenaires se sont plaints de ce que les sorties à domicile après hospitalisation ne soient pas, en général, organisées de manière satisfaisante. Il leur arrive d'être faites brutalement sans préavis ni information alors que pour un SSIAD, par exemple, la mise en place d'un dispositif qui assure le suivi du patient nécessite un délai minimum de 24H. Un autre exemple a illustré le manque de coordination. Il est aussi arrivé qu'un patient, au sortir des urgences, soit reconduit à son domicile et non à l'EHPAD où il réside.

Un troisième motif d'insatisfaction des partenaires médico-sociaux réside dans la prise en charge des patients psychiatriques âgées et des patients Alzheimer ayant des troubles sévères du comportement. Faute de disposer d'une unité spécifique, cette prise en charge se révèle inadaptée. Lors d'un précédent entretien que j'avais eu avec la responsable du CLIC de Sarcelles, elle avait fait mention de cette difficulté²⁵. Lorsque les institutions sont confrontées à ce problème, elles adressent les personnes en crise aux urgences où elles sont prises en charge par des praticiens non formés à ces pathologies. Le besoin d'une unité de psychogériatrie se fait cruellement ressentir. Le secteur de psychiatrie implanté à Gonesse ne dispose pas d'une unité spécialisée d'hospitalisation de psychogériatrie. Selon toute vraisemblance, la difficulté risque de perdurer car les psychiatres, déjà peu nombreux sur le territoire de santé, ne sont pas particulièrement enclins à prendre en charge les patients psychiatriques âgés.

Enfin, le dernier domaine d'insatisfaction rejoint le souhait émis par les EHPAD d'avoir accès à une équipe mobile gériatrique. L'intérêt de l'intervention d'une EMG hors d'une unité d'hospitalisation est de permettre de rencontrer le patient dans son cadre de vie

²⁵ Selon la responsable du CLIC de Sarcelles, la psychiatrie a été la grande absente dans les dispositifs originaires qui se mirent en place avec les réseaux gérontologiques. Même après plusieurs années, la psychiatrie n'y a jamais été véritablement associée.

habituel ; qu'il s'agisse de son domicile ou de l'EHPAD. L'avantage est d'éviter tout déplacement inapproprié d'une personne en situation de grande fragilité. De tels déplacements exposent les sujets âgés fragiles à un risque de désadaptation qui peut s'avérer définitif et rendre impossible tout retour à domicile. Ces interventions de l'EMG ont l'avantage d'offrir un accès précoce à des soins adaptés. Elles mettent en œuvre une concertation pluridisciplinaire qui associe le médecin traitant et les autres intervenants à domicile. Elles font aussi une place aux proches. En fait, ce mode opératoire est au cœur de la coordination entre l'institution hospitalière et l'ensemble des partenaires extérieurs qui ont vocation à intégrer une filière de soins gériatriques. Pour la direction du CH de Gonesse, parvenir à satisfaire cette demande participe fondamentalement de l'objectif qu'elle s'est fixée d'être le moteur de la coordination de la filière gériatrique.

Sans nier les avancées que la filière gériatrique a permises, les insatisfactions des partenaires mettent en évidence que les prestations offertes doivent être diversifiées et améliorées.

2.2.2 Transformer la filière intra-hospitalière en filière de territoire : une démarche laborieuse

Notre enquête fait apparaître une situation très contrastée quant à la perception que les partenaires ont de la démarche entreprise par le Centre Hospitalier de Gonesse. Sans remettre en cause cette démarche, certains émettent des réserves quant aux motivations qui la sous-tendent.

A) Des inquiétudes persistantes...

Les partenaires qui évoluent dans le champ social font remarquer que si le secteur sanitaire se réfère volontiers à la notion de la filière, le secteur social fait plutôt référence à celle de réseaux. Ils jugent cette différence importante, et pas simplement sur le plan sémantique. Pour eux, le réseau est l'outil organisationnel au service du partenariat. Il permet de dépasser les contraintes de chacune des institutions qui le composent *« en repérant les zones d'interface entre elles et en mettant en place les passerelles qui assouplissent le système »*. Leurs interrogations renvoient au fait que le réseau gérontologique a eu, dès son origine, vocation à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Cela est d'autant plus vrai que la loi du 4 mars 2002 indiquait déjà que *« les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à*

la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». Jusqu'ici, les réseaux ont été des instruments privilégiés d'une politique de rationalisation de l'offre hospitalière. Ils ont servi à mettre en œuvre une cohérence globale de la prise en charge ambulatoire, hospitalière et médico-sociale. Mes interlocuteurs ont reconnu que les réseaux ne sont pas totalement parvenus à atteindre cet objectif. Ils se demandent, malgré tout, si la filière parviendra à mieux faire.

Pour ces partenaires institutionnels, la réponse est loin d'être rassurante. Il faut pour s'en convaincre, nous est-il dit, se rappeler que la filière gériatrique est adossée à un établissement hospitalier ; ce qui interpelle quant à la logique qui sera mise en œuvre. D'un côté, le choix peut être fait d'une logique purement médicale. D'un autre côté, une logique faisant prévaloir l'évaluation de la dépendance pourrait présider à l'élaboration de la filière. Dans les deux cas, les intervenants seront quasiment les mêmes mais le choix d'une logique purement médicale accordera une prédominance certaine au corps médical. Pour ces partenaires, le choix d'adosser la filière gériatrique à un établissement hospitalier est révélateur de l'option choisie et risque d'accentuer le déséquilibre au profit de l'établissement hospitalier.

Ces partenaires ont certes admis que, dans le cadre de la coordination qui reste à mettre en œuvre pour que la filière fonctionne correctement, l'établissement sanitaire est un acteur particulièrement important. Cependant, ils précisent que si la prise en charge des personnes âgées est une des préoccupations de l'établissement sanitaire, elle n'en est qu'une parmi d'autres tandis que cette prise en charge est la raison d'être et la préoccupation majeure des EHPAD. Cela signifie que dans le territoire de santé 95-2 où les EHPAD sont fortement médicalisées, elles sont autant mises à contribution que le Centre Hospitalier. A leurs yeux, la question qui se pose est celle de savoir si l'établissement sanitaire peut accepter d'être un maillon parmi d'autres au sein du dispositif. Dans des formulations très concrètes, les partenaires se demandent si les objectifs du Centre Hospitalier ne se résument pas d'une part à rechercher des solutions de désengorgement de son court séjour gériatrique et, d'autre part, à gagner la bataille qui semble l'opposer à l'autre établissement sanitaire du territoire de santé.

B) ... et une certaine défiance à surmonter

Pour d'autres partenaires, les notions de filière gériatrique et de réseau sont essentiellement une affaire de terminologie qui ne change rien au problème majeur de la personne âgée : bénéficier d'un dispositif qui lui assure une prise en charge globale. Un

des partenaires précise que dans le langage courant de la personne âgée « *il lui faut quelqu'un qui s'occupe d'elle pour la faire passer toutes les difficultés qui se présentent dans le cours de sa prise en charge* ». C'est là son intérêt et, en réalité, ce n'est pas si simple. Dans le cadre d'un échange qu'un partenaire a souhaité considéré « *off*²⁶ », il a estimé que nul n'intègre un système, que l'on peut appeler réseau ou filière, si ce n'est pour défendre ses propres intérêts. Dès lors, il craint que la mise en œuvre de la coordination soit recherchée avec l'arrière-pensée de préserver des intérêts partisans. En la circonstance, chacun des deux établissements de santé du territoire est suspecté de manœuvrer en coulisse pour défendre son attractivité et être désigné comme établissement support de la filière de soins gériatriques. Cette position ne m'a pas semblé isolée même si d'autres ne l'ont pas exprimé avec la même force.

La défiance de certains partenaires naît aussi de la crainte d'être dépossédé de leur pouvoir et d'être ramené au niveau d'un trop petit maillon de la chaîne. Convaincu que le bon niveau de coordination²⁷ sera celui qui permettra la mise en commun de moyens et de ressources pour développer des actions en direction des personnes âgées, chacun craint cependant un processus d'intégration qui serait préjudiciable à la conservation de ses prérogatives.

²⁶ Je reprends ici l'expression même du partenaire qui a signifié qu'il ne souhaitait pas être enregistré à ce moment ni cité *in extenso*.

²⁷ On repère généralement trois niveaux de coordination. Le premier niveau est la liaison. C'est le niveau le moins structuré. Dans ce cas de figure, les organisations continuent de fonctionner de manière autonome en conservant leur propres règles d'admission, d'évaluation et de gestion. Le deuxième niveau garde l'appellation de coordination. Le troisième niveau est le plus structuré. Il s'agit de l'intégration complète. Dans ce scénario, une seule organisation devient responsable de l'ensemble des services.

3 Quelles orientations pour aboutir à une filière de soins gériatriques de territoire ?

A l'évidence, les objectifs qui doivent être assignés à la filière dans une perspective territoriale devraient viser à corriger les points faibles qui ont été répertoriés. Globalement, les deux établissements de santé cherchent à préserver leurs intérêts, et en finalité leur attractivité, au travers du maintien d'une forte identité propre et de spécificités. D'autre part, si tous les autres acteurs sont présents, la coordination des actions reste largement perfectible.

3.1 Développer les complémentarités avec l'hôpital Charles Richet

Le passage d'une filière gériatrique intra-hospitalière à une filière gériatrique de territoire requiert de développer des complémentarités avec l'autre établissement sanitaire du territoire de santé. Trois domaines peuvent être retenus.

3.1.1 Dans le cadre du court séjour gériatrique

Entre le CH de Gonesse et l'Hôpital Charles Richet, il existe une convention qui fixe un quota annuel de 350 admissions en SSRG sur Charles Richet de patients en aval du court séjour du CH de Gonesse. Les capacités d'accueil du SSRG de l'hôpital Charles Richet ne sont pas saturées ; ce qui peut ouvrir la voie à la négociation de ce quota. Cette convention pourrait s'enrichir d'autres axes de coopération qui conduiraient, par exemple, à utiliser les lits de court séjour gériatrique répartis sur les deux sites en fonction de pathologies. Les deux sites disposent de 22 lits et escomptent chacun une extension de leurs unités de court séjour gériatrique. Les deux offres sont complémentaires ; le Centre Hospitalier proposant son service d'urgences, son plateau technique et un recours possible aux spécialistes, tandis que l'hôpital Charles Richet inscrit son offre dans une dimension préférentiellement programmée particulièrement reconnue pour la prise en charge de troubles cognitifs sévères. La complémentarité des deux services se perçoit aisément. Pour les tutelles, elle gagnerait à être clairement reconnue et affichée de façon à permettre une orientation adaptée de chaque patient. C'est une préconisation à laquelle je souscris entièrement.

3.1.2 Dans la mise en place d'une unité cognitivo-comportementale

La complémentarité entre les deux établissements peut encore être d'un grand avantage dans le domaine de la prise en charge en hospitalisation des troubles psycho-comportementaux présentés par les patients Alzheimer ou atteints de troubles apparentés. De quoi est-il question concrètement ? Le cas est celui d'un patient Alzheimer présentant des troubles du comportement ingérables tant à domicile et qu'en ambulatoire. La solution du recours aux urgences reste la seule disponible. Elle aboutit souvent à une hospitalisation en court séjour gériatrique. Ce scénario met en évidence la nécessité de disposer d'une unité cognitivo-comportementale. Ces unités, conçues selon une architecture adaptée et fonctionnant avec un personnel formé, permettent une évaluation des patients que nous venons de décrire et une prise en charge rapide de leurs troubles du comportement. Elles permettent en outre de soulager les familles et d'essayer d'équilibrer les traitements.

Le CH de Gonesse ne dispose pas de locaux qui pourraient être dédiés à ce type de prise en charge. A l'inverse, non seulement les locaux sont disponibles à l'hôpital Charles Richet mais l'établissement a déposé, de surcroît, un projet d'unité cognitivo-comportemental (UCC) en décembre 2008 auprès de l'ARH. Cette unité de 10 lits a pour objectif de couvrir tant les besoins internes de l'hôpital que ceux du territoire ; l'hôpital Charles Richet s'engageant à ne pas être uniquement une filière d'aval pour l'AP-HP. L'UCC ferait des admissions directes 5 jrs/7. Pour permettre une orientation adéquate, une équipe mobile de psycho-gériatrie serait mise en place.

3.1.3 Dans les attributions des pôles ambulatoires

Les deux établissements de santé du territoire disposent chacun d'un pôle ambulatoire orienté vers les bilans des troubles cognitifs et de la mémoire. Une demande existe en matière de bilans nutritionnels, de bilans d'escarres et de bilans de chutes. Plutôt que de faire des choix redondants, la réflexion doit être engagée sur la répartition qu'il est possible d'opérer.

A la lumière de ces différentes incitations, on voit se dessiner quelques aspects de la complémentarité à construire entre le Centre hospitalier de Gonesse et l'hôpital Charles Richet. D'ailleurs, comme a pu le souligner l'un des médecins gériatres du Centre Hospitalier, « *même s'il y avait 60 lits de SSRG en interne à Gonesse, ce ne serait pas suffisant pour répondre à toutes les demandes* ». Cela traduit bien une configuration qui

impose aux deux établissements de santé de coopérer. La complémentarité est le prix d'une filière de soins de qualité au bénéfice des personnes âgées du territoire.

Cette coopération, même acquise, n'épuise pas la question du choix de l'établissement support de la filière

3.2 Faire le choix de l'établissement support

Adosser la filière gériatrique à un établissement support est une exigence requise par la circulaire du 28 mars 2007. Il se trouve que les deux établissements publics de santé du territoire se déclarent en mesure de remplir cette fonction. Faire un choix nécessite alors de repérer et d'évaluer les points forts de chaque établissement.

3.2.1 Le repérage préalable de points forts des deux établissements de santé

La finalité n'est pas de déterminer lequel des deux établissements doit l'emporter sur l'autre. Le repérage doit conduire à faire ressortir, pour l'un ou l'autre des ces établissements, une combinaison d'atouts susceptibles de constituer le socle de la filière gériatrique de territoire.

Pour ce qui est du CH de Gonesse, l'existence de la filière gériatrique interne que nous avons détaillée précédemment est un élément clé. A cela s'ajoute le fait qu'environ 85% des patients de plus de 75 ans qui sont hospitalisés passent par le SAU du Centre Hospitalier. Même si l'objectif est de diminuer le recours aux urgences pour le type de patients qui nous intéressent, il n'en demeure pas moins que ce mode d'entrée restera prédominant pour de nombreuses années. La présence du SAU est donc un élément déterminant.

L'existence d'un plateau technique est un autre facteur décisif lorsqu'il s'agit d'assurer la prise en charge d'un patient en aigu et d'être en mesure de faire un diagnostic rapide et précis qui évite une hospitalisation à rallonge. Il peut être vital pour le patient d'avoir un plateau technique au plus près. C'est aussi un élément de confort indiscutable. En effet, on voit mal un patient âgé, hospitalisé à un endroit, être contraint de faire de multiples allers/retours pour effectuer des examens ou pour que soit recueilli tel ou tel avis de spécialité. Non seulement la répétition de ces déplacements ne constitueraient en rien un

mode opératoire efficient et cohérent mais elle est de nature à mettre en danger la personne âgée. Par ailleurs, comme le faisait remarquer le responsable du pôle gériatrie, les patients accueillis en court séjour gériatrique sont souvent dans un état physiologique très instable qui nécessite une surveillance rapprochée. De ce fait, la proximité du plateau technique, et des autres services de spécialités auxquels on peut avoir ponctuellement recours constitue réellement un atout important.

Pour ce qui est de l'hôpital Charles Richet, établissement de 472 lits et 5 places d'accueil de jour, sa capacité et le fait qu'il soit entièrement consacré à la gériatrie est un indéniable point fort.

Tout comme le centre hospitalier de Gonesse, l'hôpital Charles Richet dispose d'une filière gériatrique complète. Mieux encore, son équipe mobile gériatrique, quoique ayant une vocation essentiellement interne, intervient dans un certain nombre d'EHPAD pour apporter son expertise aux équipes soignantes au plus près de l'environnement des résidents. C'est une démarche qu'elle entend continuer à mener en la renforçant pour satisfaire à la demande grandissante des EHPAD. D'ailleurs, un projet d'extension de ces interventions externes a été déposé et justifié par le fait qu'elles évitent les hospitalisations pour bilan et réduisent les risques que les déplacements inutiles font peser sur les résidents souvent en situation de fragilité. Pour l'heure, l'absence de financement de l'équipe mobile n'a pas permis l'extension de ces interventions externes.

Enfin, le court séjour gériatrique dispose de 15 lits, soit une capacité plus importante qu'à Gonesse. On peut lui reprocher cependant de fonctionner comme filière d'aval de deux hôpitaux parisiens de l'AP-HP qui le remplissent à 95%. On peut espérer néanmoins que l'ouverture prochaine d'une unité de court séjour de 10 lits dans l'un de ces hôpitaux soit de nature à redonner une orientation plus centrée sur le territoire 95-2 au court séjour gériatrique de l'hôpital Charles Richet.

3.2.2 Le Centre Hospitalier de Gonesse comme établissement support : le choix de l'évidence

Au vu de ce qui précède et des conditions énoncées par la circulaire du 28 mars 2007, l'un comme l'autre de ces deux établissements peut faire valoir sa capacité à remplir le rôle d'établissement support de la filière. Lors des rencontres organisées par la DDASS et l'Assurance Maladie sur le thème des filières gériatriques chaque établissement a

défendu sa position dans un climat de rivalité feutrée mais qui cachait mal un vrai rapport de force que n'ont pas manqué de relever les participants.

Pour autant, les professionnels n'en sont pas restés à ce constat et ont posé immédiatement le postulat que la filière est un dispositif qui doit se mettre en œuvre dans l'intérêt de l'utilisateur, indépendamment des autres considérations. Comme a pu le faire remarquer un directeur d'EHPAD, si le « *benchmarking* » d'aujourd'hui et la convergence tarifaire de demain semblent introduire une notion de concurrence, celle-ci ne peut être que « *fictive et ne doit servir qu'à mettre en œuvre les réajustements nécessaires et à se recentrer sur le cœur de métier* ». En définitive, les seules vraies questions sont de savoir quelle qualité de prise en charge est offerte à l'utilisateur et à quel coût. La raison commande donc de raisonner en termes de complémentarité et non en termes de concurrence.

C'est en ayant cela à l'esprit que les discussions ont progressé au point de parvenir à ce que, tout en rappelant qu'elle se sentait en capacité d'assumer la position d'établissement support, la communauté médicale de l'hôpital Charles Richet consente à ce qu'un choix différent puisse être fait au motif que le CH de Gonesse disposait d'un atout propre à faire la différence : son service d'accueil d'urgence. Il est vrai que la circulaire du 28 mars 2007 n'en fait pas une condition *sine qua non* puisqu'elle prévoit que dans le cas où l'établissement support ne dispose pas d'une structure d'urgence, il peut « *être conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure* ». Mais, en se ralliant à l'idée que le CH de Gonesse était un choix plus pertinent, l'Hôpital Charles Richet privilégiait l'intérêt du patient âgé fragile à qui il convient d'apporter la solution la plus confortable en termes de prise en charge. C'est cette notion de confort qui a prévalu et qui, parce qu'elle semblait relever de l'évidence, a fait pencher la balance au profit du CH de Gonesse en tant qu'établissement support de la filière de soins gériatriques.

Mais avant d'entériner définitivement un choix sur lequel il serait difficile de revenir, il était proposé de réfléchir à une autre option possible.

3.2.3 Le groupement de coopération sanitaire : une option à explorer

Les autorités de tutelle préfèrent une coopération qu'elles cherchent à susciter plutôt que la compétition. Lors des travaux du PMT « Recomposition », elles ont proposé aux deux établissements de réfléchir à la création d'un groupement de coopération sanitaire gériatrique. Au stade actuel, on ne peut pas encore parler de projet mais d'une option qui mérite que l'on s'y attarde.

C'est par une ordonnance du 4 septembre 2003²⁸ que la coopération a été consacrée comme un axe prioritaire de planification sanitaire et que le groupement de coopération sanitaire (GCS) a pris une place importante. L'intérêt de cette formule réside dans les objectifs que les textes lui assignent. Doté de la personnalité juridique, le GCS facilite, améliore et développe l'activité de ses membres. Il peut permettre des interventions communes de ses personnels, gérer des équipements d'intérêt commun, détenir et gérer des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins. Il peut aussi constituer ou être membre d'un réseau de soins. On s'aperçoit aisément que le GCS permet de mettre en commun des moyens au service de la réalisation d'objectifs que tant le CH de Gonesse que l'Hôpital Charles Richet aurait beaucoup de mal à réaliser seul. A ce titre, le GCS peut être un levier et une opportunité stratégiques pour tenter d'harmoniser des relations qui restent, à bien des égards, concurrentielles.

Dans une perspective plus ouverte aux autres partenaires de la filière, il n'est pas superflu de rappeler que les dispositions réglementaires permettent d'associer au sein des groupements de coopération sanitaire les établissements de santé (quel que soit leur statut), les établissements médico-sociaux et les professionnels libéraux, voire le cas échéant d'autres intervenants des secteurs sanitaire et social. Cette association d'acteurs diversifiés autorise la réalisation de prestations croisées et correspond aux objectifs de la filière gériatrique. Elle est susceptible de dynamiser la mobilisation autour de la filière gériatrique. C'est à ce titre qu'elle constitue une option possible.

Pour autant, l'analyse de cette possibilité doit être conduite au plus près du principe de réalité. Le GCS n'est certes pas un outil miracle. Il n'est pas non plus incontournable puisque des coopérations peuvent tout à fait être établies par le biais de conventions. Il nécessite surtout une délimitation précise de son champ de compétence. Le GCS demeure une option qu'il conviendra d'étudier sans précipitation mais avec la plus grande attention.

²⁸ L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation s'inscrit en complément de la précédente ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Cette dernière avait entrepris de relancer une dynamique qui faisait de la coopération un outil de planification et qui ouvrait la voie à la nouvelle formule que constituait le groupement de coopération sanitaire.

3.3 Travailler au renforcement d'un partenariat opérationnel²⁹

L'intérêt de l'enquête a été de montrer que les partenaires étaient intéressés à dépasser le simple vœu d'un développement du partenariat et souhaitaient travailler à sa mise en œuvre pour qu'elle soit réellement une plus-value. La dynamique que cela suppose se décline en quatre temps.

3.3.1 D'abord, clarifier les termes de ce partenariat opérationnel

C'est un processus qui prend ses racines dans le cahier des charges des projets médicaux de territoire pour les filières gériatriques. Sous l'égide du comité thématique local de concertation³⁰, les professionnels du territoire de santé s'organisent pour que l'offre de soins réponde, de la manière la plus efficiente possible, aux besoins de la population du territoire. L'objectif stratégique poursuivi est de parvenir à une prise en charge graduée des patients gériatriques sans qu'il y ait de point de rupture dans le maillage du territoire. Les réunions qui se sont tenues, et qui se poursuivront bien après la fin de mon stage, ont permis d'identifier les partenariats existant et d'apprécier leur potentiel d'évolution.

Depuis plusieurs années, le CH de Gonesse s'est positionnée comme centre de référence sur son territoire de santé. Dans cette perspective, des conventions ont été signées avec 14 EHPAD dans le cadre des plans bleus³¹. D'autres conventions dont l'objet est de favoriser la prise en charge en soins de suite indifférenciés de patients hospitalisés à Gonesse ont été signées avec 7 autres structures, dont certaines sont situées hors du

²⁹ Comme l'indique Michel JAEGER, dans son livre « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale » aux pages 662 et 663, le partenariat opérationnel établit une relation juridique entre les institutions et comporte des instances de concertation, de négociation, de décision et surtout au final une organisation qui va se charger de la coordination entre les services et les intervenants et qui va donc régler la mise en œuvre de cette complémentarité dans l'intervention. Pour cet auteur, le réseau est l'organisation à laquelle il fait référence Michel JAEGER oppose le partenariat opérationnel au partenariat incantatoire qui n'est qu'une incitation sans moyens opérationnels qui met en relation des interlocuteurs et non des partenaires.

³⁰ Le CTLC est animé par un représentant de l'Assurance maladie et un représentant de la DDASS (secteur sanitaire). Leur sont associés un représentant de la DDASS du secteur médico-social, afin de contribuer à l'articulation de la filière gériatrique avec les services et structures sociales et médico-sociales ainsi qu'un représentant du Conseil général, en mesure de veiller à l'articulation de la filière avec les services et structures dédiées aux personnes âgées relevant de la compétence du Conseil général.

³¹ Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'art. L 313-12 du code de l'action sociale et des familles. JO du 9 juillet 2005.

territoire de santé mais à proximité. Le centre hospitalier entend clairement poursuivre cette démarche de partenariat. En considérant la coordination comme un objectif stratégique, il a défini deux catégories d'objectifs opérationnels.

La première catégorie est centrée sur les besoins de la personne âgée. Elle concerne d'une part l'optimisation de la prise en charge par les structures sanitaires du territoire de santé. D'autre part, elle intègre le fait d'éviter les hospitalisations en urgence par une meilleure coordination des partenaires du maintien à domicile. En troisième lieu, elle concerne également le fait de faciliter le retour à domicile en cas d'hospitalisation et de promouvoir les alternatives à l'hospitalisation complète. Enfin, on y retrouve le développement de la prévention de la perte d'autonomie par l'évaluation gériatrique et les consultations mémoire.

La seconde catégorie est en rapport avec les dispositifs mis en œuvre. Elle a trait à la coordination des acteurs du maintien à domicile, au degré de formalisation des relations entre les différents partenaires de la filière et, pour finir, à la définition d'un système d'information et de communication entre les partenaires.

La définition de ces objectifs offrait plusieurs avantages. Elle apportait une orientation aux discussions engagées et aidait à la réflexion sur les meilleurs moyens de parvenir aux résultats souhaités dans la mesure où les options étaient clarifiées et les compromis identifiés. Elle clarifiait aussi les compétences en restituant chaque partenaire dans ses missions et en mettant en lumière ses contraintes. Il faut effectivement reconnaître que la diversité de structures a pour effet de brouiller la lisibilité du système de prise en charge de la perte d'autonomie. Enfin, la définition d'objectifs pose le préalable à toute évaluation sachant que ces objectifs fondent les référentiels qui permettent d'apprécier dans quelle mesure les buts fixés ont été atteints.

3.3.2 Ensuite, mettre en œuvre une collaboration accrue avec les EHPAD

Les EHPAD sont des partenaires incontournables de la filière. Ils ne souhaitent pas subir le partenariat ni être instrumentalisés. Ils veulent plutôt agir en tant que coauteurs des actions. La coordination que le CH de Gonesse met en œuvre au travers de la filière qu'elle structure tend à introduire de la fluidité dans le parcours des patients de l'hôpital vers les EHPAD et, dans le sens inverse, à permettre une prise en charge adaptée des résidents de l'EHPAD par le Centre Hospitalier lors des états de crise ou des épisodes de décompensation.

Pour les EHPAD qui se situent à proximité, le CH de Gonesse est le premier partenaire de la filière. A titre d'exemple, 80% des hospitalisations de l'EHPAD de Louvres se font à Gonesse. Pour ce directeur d'EHPAD, « *il faut établir les conditions d'une prise en charge privilégiée par une meilleure articulation du travail des deux entités* ». Il estime que la conséquence immédiate serait de réduire le temps d'attente dans les couloirs des urgences notamment, d'où un plus grand confort pour le résident. Il souhaite que les aspirations qui ont amené à passer une convention trouvent leur traduction dans les actes concrets de la prise en charge. L'ensemble des EHPAD a en commun cette préoccupation. Dès lors, se pose la question de savoir comment le CH de Gonesse peut prendre en compte ces attentes.

Il faut se situer sur le plan de la méthode d'élaboration tant de la convention constitutive de filière gériatrique que de la convention relative aux modalités de coopération entre l'établissement de santé et l'EHPAD dans le cadre de la filière de soins gériatriques. La première réunion de concertation sur ce sujet a eu lieu au début de l'année 2008. Elle a réuni un grand nombre de directeurs d'EHPAD au Centre Hospitalier. Depuis, il n'y a pas eu d'autres réunions malgré plusieurs tentatives en raison de la difficulté à faire coïncider les emplois du temps. Le Centre Hospitalier a poursuivi sa réflexion en ayant pour objectif de proposer une convention à la signature des directeurs d'EHPAD. Ceux que j'ai interrogés conviennent qu'il est difficile de parvenir à réunir tous les directeurs d'EHPAD du territoire en même temps. Ils soulignent néanmoins qu'en termes de partenariat, il est toujours plus judicieux de mener la réflexion en commun dès le départ. Le gain de temps que constitue un document clé en main est certes réel mais, en dernière analyse, c'est loin d'être la meilleure solution. En réalité, seule une concertation entreprise dès le début a l'avantage de réduire au minimum le décalage entre les attentes et la prestation proposée. De ce fait, l'efficacité de ce mode opératoire n'en est que plus grande. Ils sont donc partisans d'une poursuite des travaux d'élaboration de la convention constitutive dans le cadre d'un comité restreint représentatif des EHPAD et des autres partenaires afin de sortir du débat d'idée pour aller vers des réalisations concrètes.

Ces réalisations concrètes seront obtenues grâce à la mise en place de conventions dont le contenu doit être précis. Par exemple, il a été identifié que le délai de demande et de mise en place des aides sociales retarde les admissions en EHPAD. D'autre part, malgré l'existence d'un dossier unique d'admission en EHPAD conçu avec le Réseau Automne, celui-ci reste largement sous-utilisé par les différents partenaires. Ceux-ci continuent d'utiliser leurs anciens dossiers. Une harmonisation reste donc à rechercher pour faciliter les démarches des familles.

Sur un autre plan, il est aisé de faire le constat que les patients accueillis en EHPAD sont aujourd'hui très fortement dépendants. Ils présentent un profil pathologique lourd, souvent très instable, qui ira en se dégradant. Un très grand nombre d'entre eux sont des patients alzheimer dont certains présentent des troubles du comportement. L'accueil de ces patients met souvent les structures médico-sociales en difficulté. Pour ces raisons, les médecins coordonnateurs ont de plus en plus besoin, soit d'un avis gériatrique, soit d'une prise en charge hospitalière pour un problème aigu qui ne peut être traité au sein de l'EHPAD. Il peut aussi s'agir d'explorations à visée diagnostique pour la prise en charge de certains patients qui ont des troubles psycho-comportementaux ingérables en EHPAD, du moins momentanément. Comme a pu le faire remarquer Mme SIMON-PREL : « *seules des complémentarités fortes, sur la base de procédures formalisées et effectives, entre les EHPAD et la filière hospitalière, permettront d'améliorer le parcours des patients lorsqu'une institutionnalisation est nécessaire*³² ». Il reste à élaborer les modalités concrètes de coopération, à définir les règles de partage de protocoles gériatriques dans un souci d'uniformisation de certaines pratiques ainsi qu'à clarifier et formaliser les processus de décision, de gestion et d'évaluation.

Un dernier aspect de la collaboration avec les EHPAD mérite une attention particulière. Comme ont pu le rappeler les directeurs d'EHPAD, leurs demandes concernent souvent les admissions directes sans passage par les urgences. A cette demande initiale, qui concerne aussi les médecins coordonnateurs, s'ajoute celle d'avoir un retour d'information sur ce qu'il est advenu du patient. La réalité est bien souvent que suite à son passage dans les services d'urgences, le patient se retrouve dans un service de spécialité sans que le médecin coordonnateur ne soit tenu informé des évolutions. Dans un certain nombre de cas, le retour à l'établissement d'origine est effectué sans même que, là non plus, le médecin coordonnateur ne soit avisé. Il y a donc des liens à établir entre le médecin coordonnateur et le directeur d'EHPAD d'une part et l'établissement hospitalier, d'autre part afin qu'il y ait un échange d'information en vue d'une bonne coordination de la prise en charge.

A côté des EHPAD la médecine de ville joue un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées. La relation ville/hôpital revêt une importance particulière.

³² SIMON-PREL R. « Perspectives et évolutions en gériatrie en Ile-de-France », *La Revue*, N° Spécial Gériatrie, mai 2009, p. 3.

3.3.3 Puis, asseoir la coopération avec la médecine de ville

Notre réflexion a été nourrie de ce que les médecins interrogés nous ont rapporté. Ils font le constat que les médecins généralistes, en relation directe avec les personnes âgées, n'ont pas forcément une culture gériatrique. Pour cette raison, ils appréhendent difficilement tous les aspects gériatriques dans le cadre de leur consultation ; laquelle ne dure pas un temps suffisant pour atteindre cet objectif. Les médecins généralistes ont donc besoin des évaluations plus poussées que réalisent les gériatres. Dans le même ordre d'idée, les médecins généralistes, bien placés pour détecter les troubles mnésiques, ont besoin de la compétence gériatrique pour retrouver l'étiologie des troubles cognitifs. Aussi, un des enjeux de la filière gériatrique est de participer à l'amélioration de la circulation de l'information entre le système hospitalier et la médecine de ville.

Le problème du généraliste est d'avoir une réponse à sa demande en cas de situation de crise d'un de ses patients. Son souhait est de trouver rapidement un interlocuteur qui l'aide dans la prise en charge du patient sans que le recours soit systématiquement celui des urgences. C'est l'absence de réponse rapide, et parfois de réponse tout court, qui conduit au recours systématique aux urgences. La proposition serait donc de prévoir un temps d'échange dans le cadre du suivi mutuel des patients. Il conviendrait sans doute aussi de mettre à disposition des médecins traitants un numéro d'appel unique permettant de joindre aux heures ouvrables un gériatre hospitalier pour avoir rapidement accès à un dispositif d'expertise gériatrique diversifié : bilan gériatrique (programmation d'une consultation et/ou d'une évaluation en hôpital de jour), alternatives à l'hospitalisation quand elles sont envisageables ou, dans le cas contraire, programmation d'une entrée directe en court séjour gériatrique. Cela revient à se donner la possibilité de mettre en place une orientation adéquate du patient en fonction de ce que le médecin coordonnateur et le médecin généraliste auront précisé à leur interlocuteur gériatre.

En définitive, il est nécessaire de développer la communication avec la médecine libérale et de formaliser les processus organisationnels qui garantissent cette continuité. Composante essentielle de la coordination, la communication entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière exige que s'instaure des relations confraternelles et rééquilibrées.

3.3.4 Enfin, renforcer le partenariat avec les réseaux

C'est, d'une manière générale, avec l'ensemble des partenaires que la communication doit être instaurée en vue d'un véritable partage d'information, une élaboration et une sécurisation des processus organisationnels. Cette communication managée par le CH de Gonesse tend à intensifier les liens existants avec les structures qui assurent la prise en charge ambulatoire. La finalité est de prolonger les soins à domicile afin de maintenir le patient dans son environnement et rétablir son autonomie. Il est acquis que les hospitalisations à domicile répondent à cet objectif puisqu'elles participent à la réduction de la durée de prise en charge hospitalière des patients. Il s'en suit que ceux-ci se sentent psychologiquement moins agressés et gardent la possibilité de conserver un contact avec leurs habitudes de vie.

Parce qu'elles autorisent des soins continus médicaux et paramédicaux complexes et fréquents au domicile même du malade, les hospitalisations à domicile sont une alternative que le CH de Gonesse souhaite aider à développer. Pour ce faire, la direction envisage d'impliquer fortement son service social dans la coordination d'un partenariat privilégié avec le CLIC, le SSIAD de Sarcelles et le Réseau Automne. Chacun de ces partenaires, en raison de ses missions, est attentif à ce partenariat.

A) Avec le CLIC de Sarcelles

Sarcelles est au cœur de la zone d'attractivité du Centre Hospitalier de Gonesse. La responsable du service social du CH de Gonesse et la responsable du CLIC de Sarcelles connaissent bien la situation des personnes âgées qui doivent être prises en charge. Elle reflète celle du territoire de santé. La plupart connaissent des problèmes financiers. Leurs revenus sont bas et beaucoup n'ont pas de mutuelle. De nombreux dossiers d'aide personnalisée d'autonomie doivent être montés. Les délais pour obtenir une aide financière et pour organiser les services de proximité sont souvent longs. La responsable du service social souligne aussi le relatif isolement familial des personnes âgées du territoire. Pour la responsable du CLIC qui connaît bien ces situations, il importe dès l'admission à l'hôpital, de réfléchir à la manière dont va s'organiser le retour. Ainsi, sur la perspective médicale, il est nécessaire de greffer au plus tôt une perspective sociale et médico-sociale qui « *par l'analyse, l'expertise et l'évaluation des besoins et des potentialités de la personne sur son lieu de vie va permettre de poser les conditions d'un retour à domicile* ».

Le CLIC est aussi en attente de solutions relatives à la prise en charge des patients qui relèvent de la gérontopsychiatrie. Il s'agit essentiellement de patients qui ont développé des pathologies psychiatriques depuis de longues années et qui, devenant des personnes âgées, n'ont pas de structures pour les accueillir.

B) Avec le SSIAD de Sarcelles

Pour sa part, le SSIAD de sarcelles participe au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et des malades chroniques qui souhaitent continuer à vivre à domicile ou qui désirent y terminer leur vie. Sur prescription médicale et sur demande de la personne elle-même et/ou d'un tiers, une première visite d'évaluation³³ des besoins est effectuée à domicile par une infirmière coordinatrice et un ergothérapeute. Suite à cette première visite, l'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute informent l'équipe des besoins et de l'autonomie du bénéficiaire. Le SSIAD assure des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques, de soins de base et relationnels. Il élabore avec la personne et sa famille un accompagnement individualisé qui comporte deux axes : un aspect « soins » et un aspect « projet de vie ». Le projet de vie prend en compte les envies personnelles du bénéficiaire et les possibilités de la mise en œuvre de ses souhaits. L'accompagnement individualisé est évolutif au regard de l'autonomie, du confort et de la sécurité du bénéficiaire.

Pour le SSIAD en particulier, mais cela reste vrai pour l'ensemble des partenaires, l'HAD est une filière de soins à part entière, composante de la filière gériatrique, et pas seulement une solution de repli en cas d'engorgement des services hospitaliers.

C) Avec le Réseau Automne

Le partenariat avec le Réseau Autonome se consolide à partir de l'idée que le service social du centre hospitalier n'est pas cantonné à l'intérieur de l'établissement et que les partenaires du réseau peuvent y accéder dans le cadre de leur coopération avec le service social. La convention que le CH de Gonesse a conclu avec le Réseau Automne est récente et n'a pas encore produit de résultats véritablement tangibles. Chacun sait que nombre de patients âgés hospitalisés sont suivis préalablement. Mais parce que le service social ne parvient pas toujours à obtenir à temps les informations, il peine à les relayer auprès de ces acteurs médico-sociaux et à les informer de la sortie

³³ Cette première visite permet notamment de connaître les besoins, d'évaluer les soins à effectuer et d'envisager les meilleures conditions matérielles et sécuritaires pour la réalisation de ceux-ci.

des patients. On voit donc qu'il convient d'enrichir la logique médicale d'une approche qui intègre la notion de dépendance qui oblige à tenir compte non plus seulement de la pathologie à laquelle une réponse médicale a été apportée mais de tout un contexte qui réunit les questions d'insalubrité, d'incurie ou encore d'autonomie.

C'est sans doute dans le cadre de cette collaboration que peuvent émerger les réponses nouvelles et évoluer les pratiques par la diffusion de protocoles et de référentiels. C'est encore évidemment dans un tel cadre marqué par la diversité des intervenants que l'élaboration des plans d'aide³⁴ et le suivi des situations difficiles³⁵, en lien avec le médecin libéral, se révèlent être des atouts indispensables pour anticiper les situations de crise. Enfin, et ce n'est pas le moindre, la bonne gestion d'une sortie suppose une étroite collaboration entre l'équipe hospitalière et les intervenants du domicile. Cette collaboration revêt une dimension d'autant plus impérieuse que le patient est isolé. Comme a pu le faire observer P. FOURNIER « *les premiers jours de la sortie sont souvent difficiles et conditionnent le maintien à domicile. L'équipe hospitalière, après un séjour parfois prolongé en soins de suite pour une personne précaire, a pu cerner les capacités de cette dernière dans un environnement protégé... Mais est-elle capable d'imaginer totalement le mode de vie à domicile, l'environnement matériel affectif et humain auquel la personne se trouvera confrontée*³⁶ ? » La collaboration avec le réseau s'avère donc indispensable.

3.4 Enrichir l'équipe de direction du CH de Gonesse de la compétence particulière d'un DESSMS

Je me suis associé aux précédentes préconisations en y ajoutant les éléments résultant de l'analyse que j'ai réalisée soit par l'observation, soit par la recherche, soit encore par les échanges de toute nature. Cette dernière préconisation résulte des mêmes éléments mais j'en assume seul la proposition. A mon sens, cette proposition se justifie en raison d'éléments liés au contexte et obéit à une finalité.

³⁴ Le plan d'aide est conçu en fonction des objectifs fonctionnels atteints, de la stabilisation de la situation médicale et de la situation familiale et environnementale du patient. Il tient compte de ses ressources fonctionnelles, des aides techniques envisagées et des possibilités de la famille.

³⁵ Il est fréquent de constater que les capacités du sujet âgé divergent en fonction du lieu de l'évaluation. Le plan d'aide doit pouvoir être réajusté.

³⁶ FOURNIER P., 2002, « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », *Gérontologie et société*, n° 100, p. 138.

3.4.1 Le cadre de cette intégration

Je voudrais d'abord rappeler que le début de structuration de la filière intra-hospitalière à partir de l'EHPAD et de l'USLD ne remonte qu'à deux ans. Son déploiement dans une perspective de filière de soins gériatriques de territoire est un défi de taille. Selon les propres termes de mon maître de stage « *les enjeux qui pèsent sur la filière gériatrique à Gonesse sont complexes ; entre autres du fait de sa faible ancienneté (ouverture du SSR, il y a à peine plus d'un an) et de la proximité d'un voisin problématique (établissement de l'AP-HP spécialisé en gériatrie)*. Cet établissement jugé « *problématique* » est bien l'Hôpital Charles Richet à propos duquel j'ai tenté de montrer que les complémentarités étaient possibles et souhaitables si l'on veut faire prévaloir les intérêts supérieurs des personnes âgées sur toute autre considération. Ce terme « *problématique* » met en lumière une certaine défiance sous-jacente qui perdure entre les deux établissements sanitaires. Cette défiance n'empêche certes pas la mise en œuvre de la dynamique de coordination mais produit cependant une certaine inertie qui la ralentit et pourrait, à terme la mettre, en échec. A bien y regarder, les EHPAD manifestent aussi une certaine défiance vis-à-vis du Centre Hospitalier. Ils ne souhaitent pas être cantonnés au rôle de simples substituts d'une filière d'aval. Comme a pu le souligner le rapport du Conseil Supérieur du Travail Social³⁷, la question de la défiance est étroitement liée au risque de subordination du social au sanitaire.

Outre le fait qu'intégrer un DESSMS à l'équipe de direction serait un signal fort de l'intérêt que l'établissement accorde à la prise en charge de la personne âgée, cette intégration pourrait avoir pour objectif de travailler à l'établissement d'un consensus pour une coopération transparente au service des usagers³⁸. Il serait à même de porter la communication de l'établissement en rapport avec la légitimité des actions entreprises. Sur ce point, il pourrait participer activement à l'installation de la confiance entre les différents partenaires en s'appuyant sur les indications du CSTS : « *surmonter le cloisonnement en prenant en compte l'existence et les potentialités des autres domaines et des autres compétences* ». L'enjeu, était-il rappelé, étant « *de trouver les conditions d'une mobilisation des compétences complémentaires sans les subordonner l'une à l'autre, sans les substituer l'une à l'autre. [...] Il s'agit bien de concevoir et de mettre en place une véritable coopération*³⁹ »

³⁷ « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social », rapport du CSTS.

³⁸ Dans son ouvrage « Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social », Jean-Marie MIRAMON souligne que cela suppose la reconnaissance de tous les acteurs et leur place dans le dispositif. Il rappelle que la fragilité d'un acteur est préjudiciable à l'ensemble.

³⁹ Ibid. p. 51.

Cette intégration que je préconise soulignera à quel point l'installation d'une filière gériatrique est un enjeu important pour le CH de Gonesse. Au-delà de la satisfaction d'une exigence réglementaire, la filière gériatrique reste le moyen adapté à une prise en charge coordonnée des personnes âgées. C'est pour cette raison que le CH de Gonesse devrait en confier la conduite à un professionnel formé à cette mission particulière en lui assignant des objectifs particuliers.

3.4.2 Des objectifs immédiats mais d'effets durables

Dans le cadre de ses missions, le DESSMS est à même de conduire l'intervention sociale et médico-sociale et procéder à l'analyse de l'environnement et de ses acteurs pour rechercher les alliances, les complémentarités et les synergies avec les entités individuelles ou les groupements. Dans ce champ social et médico-social qui lui est familier, le centre hospitalier peut lui confier le soin de faire émerger et de coordonner les réponses conjoncturelles et structurelles qui doivent être apportées à la problématique de la prise en charge des personnes âgées tout en soutenant la diffusion d'une culture gériatrique commune qui doit s'allier aux cultures propres de chaque structure. En lien avec les autres directions fonctionnelles, il peut y travailler avec une réactivité plus grande parce que sa spécialisation le rend, par nature, plus disponible pour ces questions. Trois grands projets futurs pourraient d'ores et déjà constituer les creusets de la coordination à laquelle le DESSMS peut contribuer. Il s'agit de la renégociation des prochaines conventions tripartites, de la labellisation de la filière gériatrique et de la constitution d'une MAIA.

A) Les conventions tripartites

La convention tripartite, en elle-même, est un outil fédérateur qui nécessite une forte implication des différents acteurs. Les deux conventions tripartites qui concernent l'USLD et l'EHPAD ont été signées en décembre 2004. Leur renouvellement doit être envisagé en fin d'année. Le Centre Hospitalier a déjà procédé à un premier bilan de la réalisation des objectifs. Il reste néanmoins à travailler à la fixation de nouveaux objectifs et à préparer la négociation budgétaire. Ces nouveaux objectifs entretiennent nécessairement un lien étroit avec la filière gériatrique. L'augmentation de l'accueil de jour et la création des unités Alzheimer, autant de besoins clairement identifiés, seront des axes incontournables de cette renégociation. L'incidence de leur ouverture sur le GMP et les moyens alloués seront au cœur des discussions. Il en sera de même s'agissant des taux d'encadrement. En effet, la densité de soignants au lit du patient, beaucoup moindre en EHPAD qu'en

USLD, est révélatrice de la qualité de la prise en charge. Il sera pertinent d'anticiper les besoins en hébergement médicalisé ; lesquels vont croître dans les prochaines années.

B) Le dossier de labellisation de la filière gériatrique

En 2008, le CH de Gonesse a présenté une demande de labellisation de sa filière gériatrique. La labellisation est une valorisation de l'activité de gériatrie et une aide au développement. Elle est conditionnée par une mise en conformité de chacun des éléments constitutifs de la filière à partir d'une grille d'auto-évaluation et d'une visite sur site de l'ARH. La structuration hospitalière de la gériatrie respectant les bonnes pratiques est un préalable que l'on peut qualifier d'essentiel. La labellisation emporte l'idée d'une dynamique de territoire que l'établissement s'engage mettre en œuvre avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne âgée. Elle suppose enfin la formalisation de coopérations entre les différents partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire de santé par le biais de conventions ou de groupements.

Consciente des points faibles du dossier de labellisation qu'elle présentait, la direction n'en attendait pas moins, en retour, les suggestions qui lui permettraient de faire aboutir une demande future. La décision défavorable était justifiée au motif que « *la coordination avec les structures environnantes était encore insuffisante* » et que « *le partenariat devait encore être négocié, développé et formalisé* ». Aussi, pour donner suite à ces remarques, il convient désormais de passer à une phase qui touche à la définition des modalités concrètes de la relation entre les différents maillons de la filière gériatrique. L'écriture de la convention constitutive de filière et les conventions de coopération doivent répondre à de multiples questions en rapport notamment avec les modalités de recours des EHPAD au plateau technique, l'accès aux expertises, évaluations et formations qui sont délivrées aux acteurs médico-sociaux et aux praticiens libéraux. Les questions en suspens concernent pareillement l'accès à l'information sur la disponibilité des lits et des places médico-sociales ; en d'autres termes la garantie pour le Centre Hospitalier de voir les patients gériatriques pris en charge rapidement après leur hospitalisation et pour les EHPAD d'éviter le retour d'un patient non stabilisé. De nombreuses autres questions très concrètes demeurent. Elles touchent à la définition d'indicateurs de résultat et de performance qui permettront de faire le bilan de la mise en place de la filière gériatrique. Ces questions ne sont pas étrangères non plus à la nécessité de mettre en lien les systèmes informatiques pour permettre un suivi du parcours de soins à l'intérieur de la filière.

On constate aisément que ces interrogations sont en lien avec la définition et la conduite de l'intervention sanitaire et sociale⁴⁰. Il s'agit là de l'une des missions principales des DESSMS je propose de confier au DESSMS la conduite de cette phase très concrète pour qu'en fin de compte soit précisé le rôle de chacun, à chaque étape de la prise en charge de la personne âgée.

C) La création de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

Les MAIA ont pour objectif d'assurer une prise en charge sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa famille. L'objectif recherché est de créer un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Les MAIA seront en premier lieu dédiées aux personnes malades Alzheimer, mais pourront s'élargir à toute personne âgée très dépendante, voire à toute personne en perte d'autonomie.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a retenu, pour le département du Val d'Oise (95) et dans le cadre de la phase expérimentale, le projet porté par Mondial Assistance en lien avec le projet porté par le Réseau Automne et le Centre Hospitalier de Gonesse. Les deux projets ont été réunis à la demande de la CNSA sous la coordination du Conseil général du Val d'Oise. Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut dire que l'ambition des porteurs de projets se décline sur différents axes. En premier lieu, il s'agit de mettre en œuvre une coordination que permette de simplifier les procédures et la relation entre le domicile et les établissements médico-sociaux. D'autre part, il est question de faciliter et d'organiser les conditions d'une prise en charge globale à domicile et l'accès aux soins des personnes en situation de grande dépendance. Enfin, une qualité optimale à toutes les étapes de la prise en charge est recherchée en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire par ailleurs susceptible d'apporter une réponse aux interrogations des médecins traitants.

La MAIA est sans doute une opportunité pour la population du Val d'Oise ; d'autant plus que le département, à l'image du territoire de santé 95-2, est sous-équipé pour répondre à la demande en termes de prise en charge des malades Alzheimer. Pour bien saisir cette opportunité, il faut aussi être conscient du fait qu'au cours de ces dernières années, différents plans Alzheimer ont conduit à la mise en place de structures dont les missions se recoupent parfois. Par ailleurs, la création des structures de coopération altère quelque

⁴⁰ Cette mission comporte notamment la définition du processus d'élaboration et de mise en œuvre des projets d'intervention sanitaire et sociale personnalisée ou collective, le développement de la qualité des prestations ainsi que l'organisation et la gestion des partenariats.

peu la lisibilité des institutions membres, génèrent parfois des chevauchements et des concurrences en matière de compétences et, occasionnellement, opacifie l'usage des fonds affectés aux missions. Il faut ajouter à cela l'éventuel alourdissement des frais de structure. La difficulté consiste donc à faire fonctionner les différentes structures en assurant une coordination propice au décloisonnement. A ce propos, il est opportun de se rappeler que c'est l'information partagée qui nourrit la cohésion collective.

Sur le territoire de santé 95-2, la filière gériatrique et la MAIA sont en train de voir le jour au même moment. Excepté le groupe Mondial Assistance, les partenaires sont les mêmes. Pour éviter toute dispersion, il me paraît approprié que le DESSMS, déjà attelé à la mise en œuvre de la filière gériatrique, soit aussi contributeur de la réussite du projet de MAIA dont la même finalité est proche. Il pourra y parvenir en s'appuyant sur une stratégie qui *« suppose de connaître où se trouvent les lieux de décision, donc d'utiliser les rapports de force qui se jouent au sein des organisations, ainsi que de connaître le fonctionnement des instances⁴¹ »*

En définitive, les conventions tripartites, la labellisation de la filière gériatrique et la MAIA sont trois domaines où la représentation et la stratégie du CH de Gonesse peuvent être déléguées, dans un souci de cohérence, à un même directeur.

⁴¹ MIRAMON Jean-Marie, « Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social » page 99.

Conclusion

Du fait de sa fragilité, la personne âgée dépendante a besoin non seulement d'une succession d'actes techniques posés par des professionnels, mais surtout que soit mise en œuvre une prise en charge coordonnée de ses besoins. Ainsi, en cherchant à préserver l'autonomie de la personne âgée et à faciliter son retour à domicile, la filière de soins gériatriques permet de renforcer l'accès aux soins de proximité et réalise le « *continuum* » qui situe le séjour hospitalier dans une histoire de vie et un environnement qui le précèdent et dans un projet de vie qui le complète. Plus largement, elle permet d'adapter la prise en charge hospitalière aux besoins spécifiques des personnes âgées tout en préparant l'hôpital au vieillissement massif de la population.

Sur le territoire de santé 95-2, le Centre Hospitalier de Gonesse se constitue moteur d'une dynamique qui tend à installer une véritable complémentarité entre tous les intervenants de la prise en charge des personnes âgées. Consciente qu'une filière de soins gériatriques à l'échelle du territoire de santé ne se décrète pas mais nécessite une réelle implication de la structure hospitalière, la direction œuvre pour que s'instaure, par le dialogue permanent, un climat de confiance entre partenaires. Elle se dépense avec ardeur pour aider au déploiement d'une filière qui améliore autant le parcours du patient et la relation ville/hôpital que le développement de l'offre de soins gérontologiques et la prise en charge en urgence. Ces objectifs qui s'appuient sur une réflexion éthique traduisent une volonté d'apporter aux personnes âgées dépendantes les réponses les plus appropriées à leurs difficultés.

Si elle n'est pas une fin en soi, la filière de soins gériatriques demeure, à ce jour, le meilleur dispositif que le Centre Hospitalier de Gonesse peut contribuer à mettre en œuvre avec l'ensemble des partenaires institutionnels qui interviennent dans la prise en charge des personnes âgées du territoire de santé 95-2. Pour autant, la filière de soins gériatriques ne comblera ni l'insuffisance des moyens ni les inégalités économiques et sociales des patients et des familles. Certes, la formation des personnels pourra être améliorée, mais pour prendre en charge des personnes âgées qui connaissent des difficultés sur le plan psychologique et sur le plan pathologique, il est nécessaire que les personnels soient en nombre suffisant et qualifiés. Il faut, de surcroît, que les financements soient à la hauteur des ambitions.

En fin de compte, la réussite de la filière de soins gériatriques du territoire de santé 95-2 résultera d'une volonté politique forte relayée par les opérateurs institutionnels. Elle restera conditionnée à la mise en œuvre d'une synergie qui intègre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge. Véritablement destinée à la mise en œuvre d'une prise en charge graduée des personnes âgées en perte d'autonomie, elle vise à assurer la coordination des différents acteurs institutionnels en concevant un parcours de soins qui apportent l'ensemble des réponses aux besoins identifiés. Cet objectif lui confère sa pleine dimension : celle d'une réponse digne, à l'échelle du territoire de santé, que notre Société donne à l'interpellation qui lui faite en rapport avec les efforts qu'elle est prête à consentir pour le bien-être de ses aînés.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

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

Circulaire n° 101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS de 3^{ème} génération.

Circulaire n° 507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération.

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

Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative aux USLD

Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé « personnes âgées ».

Circulaire DHOS/01/02/DGS/MC3 n° 2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012.

Documents de planification et rapports

Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, mars 2006, « Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération, 2006-2010, Annexe », pp. 362-378.

Commissariat général du plan, avril 2005, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie : enjeux et pistes de réflexion pour l'État », Les Cahiers du Plan, n° 1.

Commissariat général du plan, juillet 2005, « Prospectives des besoins d'hébergement en EHPAD. Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », rapport présenté par M. BOULER (le).

Conseil Supérieur du Travail Social, 2007, rapport au ministre chargé des affaires sociales, « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social », sous la direction de ROCHE F., éd. ENSP, 116 p.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VOGOUROUX P., avril 2006, « Un programme pour la gériatrie », rapport commandé par M. Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités.

INSEE, 2008 « La prise en charge sanitaire des personnes âgées de 75 ans et plus : réflexion sur l'organisation des soins dans le cadre des territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais », Bilan économique, pp. 56-59.

Plan Solidarité Grand Age présenté par M. Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2007.

Schéma gérontologique du Val d'Oise 2006-2010, Conseil Général du Val d'Oise.

Ouvrages

BRAMI G., 2006, « Le nouveau fonctionnement des EHPAD : droit et pratiques institutionnelles en gérontologie », Paris, *Les Études Hospitalières*, pp. 82-85 et 111-113.

CORNIERE H., 2005, « Place et rôle du directeur d'association », in CORNIERE H., GUAQUERE D., GAUTIER P., et al., *Être directeur en action sociale aujourd'hui : quels enjeux ?* Paris, Coll. Actions sociales/société, ESF Éditeur, pp. 65-69.

JAEGER M., BAUDURET J-F., DUBREUIL B., 2005, « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale », Paris, Coll. DUNOD, pp. 662-681.

MIRAMON J-M., PEYRONNET G., 2009, « Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social » Paris, éd. Seli Arslan, 186 p.

TOUTUT J-P., 2007, « Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Paris, éd. Seli Arslan, 155 p.

Articles

ARCHAMBAULT H., mai 2009, « Conférences de gériatrie du 20 janvier 2009 », *La Revue de l'ARHIF*, N° spécial gériatrie, p. 5.

CHICHÉ P., octobre 2007, « L'intervention de l'hospitalisation à domicile dans le EHPAD », *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 107, pp. 13-14.

CUDENEC T., TEILLET L., avril 2009, « Patients âgés hospitalisés : rôle des équipes mobiles de gériatrie », *Revue Hospitalière de France*, n° 527, pp. 21-24.

DELIVET V., octobre 2008, « PMT : premier bilan des huit projets », *La Revue ; la lettre d'information de l'ARHIF*, n° 9, pp. 4-5.

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, juin 2007, « Les unités Alzheimer au sein des établissements d'hébergement collectif », *La lettre de l'Observatoire*, n° 3, pp. 1-4.

FOURNIER P., « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », *Gérontologie et société 2002*, N° 100, pp. 131-147.

GILLIOTTE N., LAROSE D., ALUZE J-L., et al., novembre 2007, « Groupements de coopération : apprendre à jouer collectif », *Direction(s)*, n° 46, pp. 22-28

GARNIER D., PORTRON P-L., LE GAL C., et al., janvier 2008, « Unité mobile de gériatrie », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XV, n° 141, pp. 34-37.

GHERARDI E., juin 2003, « La coopération dans le secteur social et médico-social », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 43, pp. 41-43.

GUERIN J-L., 12 janvier 2008, « La filière gériatrique s'installe à l'hôpital Fougères », Ouest France.

HUBERT E., BÉRARD F., DABADIE A., avril 2009, « Intervention en EHPAD : un nouveau défi pour l'hospitalisation à domicile », *Revue Hospitalière de France*, n° 527, pp. 36-38.

JAMOT M., MADJLESSI A., CRESSENS M., janv./fév. 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 526, pp. 40-42.

LAVALETTE-FERGUSSON (de) E., mai 2009, « Maisons de retraite hospitalières : intégration ou externalisation ? », *Gestions Hospitalières*, N° 486, pp. 290-295.

LUSSIER M-D., PACCALIN M., PORCHERON J-B., et al., avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue Hospitalière de France*, n° 527, pp. 30-34.

MOLLET G., ANCELLIN J-B., LEBRUN C., et al., septembre 2007, « Unité de soins Alzheimer aiguë en court séjour gériatrique. Intérêts et difficultés », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIV, n° 137, pp. 338-345.

MONTAGARD P., novembre 2007, « Réseaux, filières et stratégies pour les établissements et services médico-sociaux », *Revue Droit et Santé*, n° 20, pp. 786-789.

PACHECO A., avril 2009, « Équipe mobile de psychogériatrie : pour quoi faire ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 527, pp. 26-29.

POUZET J., juillet 2008, « Filière gériatrique de territoire, une réponse de proximité au vieillissement de la population », disponible sur Internet : <http://www.médiapart.fr>.

SIMON-PREL R., avril 2009, « Révision du SROS SSR », *La Revue ; la lettre d'information de l'ARHIF*, n° 11, pp 2-6

SIMON-PREL R., mai 2009, « Perspectives et évolutions en gériatrie en Ile-de-France » et « La démarche de labellisation des filières gériatriques » *La Revue ; la lettre d'information de l'ARHIF*, N° spécial gériatrie, pp. 2-4 et 6-7.

TRUONG A-G., avril 2008, « La gériatrie s'offre un coup de jeune », *L'actualité Poitou-Charentes*, n° 80, pp. 48-49.

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

Mémoires

BILLON P., 2007, *Promouvoir l'accompagnement global des personnes âgées en EHPAD*, Mémoire ENSP.

BURNIER A., 2008, *Humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière versaillaise*, Mémoire EHESP.

BURTSCHER P., 2008, *La filière de soins gériatriques : un levier pour l'action du directeur d'un hôpital local*, mémoire de l'EHESP.

KERGREIS M., 2007, *La mise en place d'un réseau gérontologique à partir de l'Hôpital local de Sancerre*, Mémoire ENSP.

REYDANT-COUCPEY C., 2007, *De la création d'une filière gériatrique à l'élaboration d'un projet gérontologique global*, Mémoire ENSP.

SANTONJA-FABRE M-L., 2008, *Un regard sur la coordination gérontologique : l'expérience de l'hôpital local de Pont-Saint-Esprit*, Mémoire de l'EHESP.

Sites Internet

<http://actionsociale.weka.fr>

<http://www.fhf.fr>

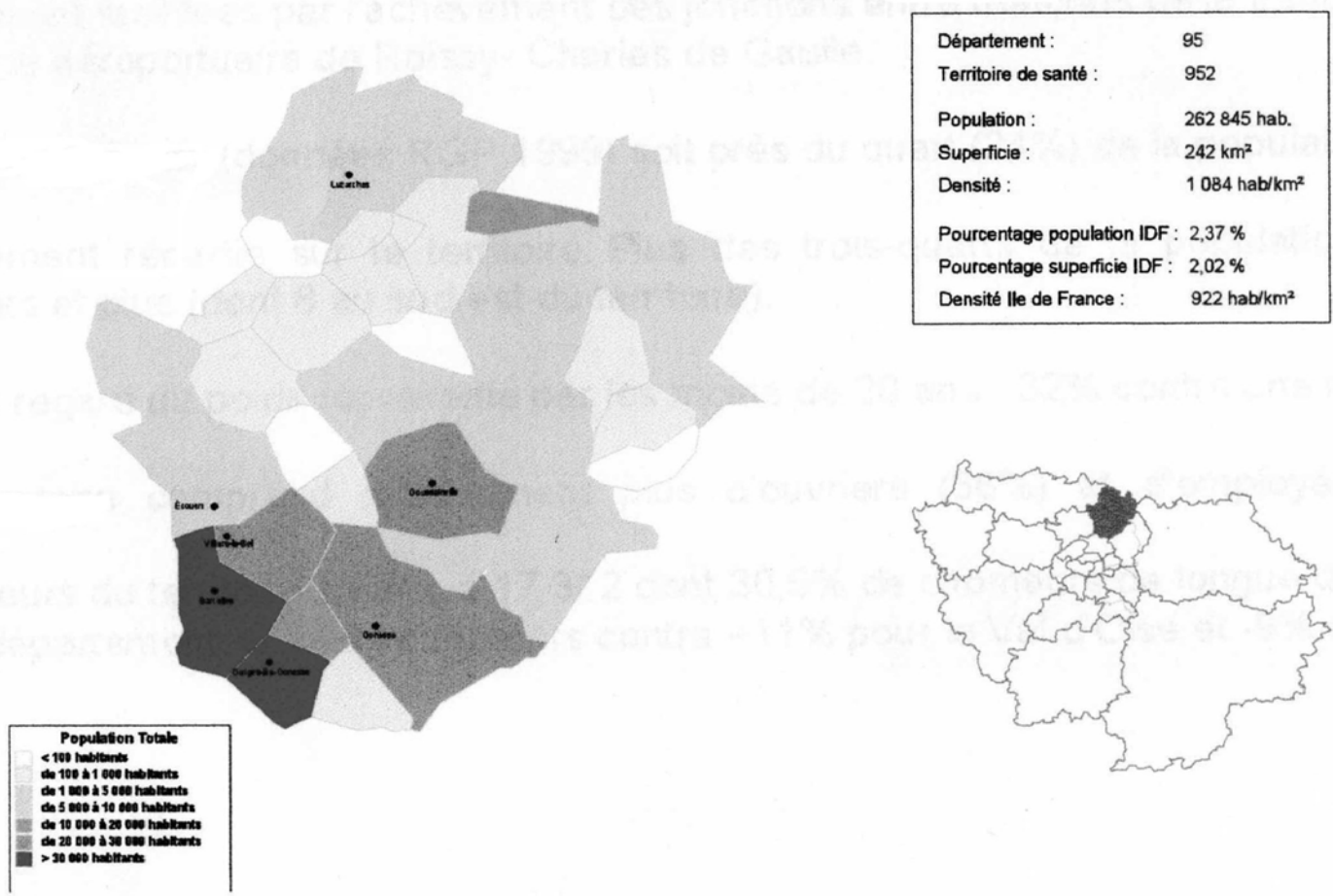
<http://www.reseauautomne.free.fr>

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Territoire de santé n° 95-2.

Annexe n° 2 : Convention relative aux modalités de coopération entre le Centre Hospitalier de Gonesse et l'EHPAD.... dans le cadre de la filière gériatrique.

TERRITOIRE DE SANTE 952 Gonesse



Convention relative aux modalités de coopération dans le cadre de la filière gériatrique

Entre

Le Centre Hospitalier de Gonesse, représenté par

Et

Nom de l'EHPAD, représenté par

Vu l'article L. 6134-1 du code de la santé publique ;

Vu l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles,

Il est convenu ce qui suit :

Exposé des motifs

Afin d'assurer aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé, il convient, conformément aux dispositions prévues par le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, de formaliser les obligations réciproques des établissements de santé et des EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour but de décrire de façon opérante les engagements réciproques ou partagés du Centre Hospitalier de Gonesse et de l'EHPAD afin de :

- Faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique ;
 - en faisant bénéficier les résidents de l'EHPAD de bilan de santé (notamment psycho gériatrique), de bilan mémoire, de l'hôpital de jour gériatrique et d'une évaluation gériatrique
 - en évitant aux résidents, en cas de transfert à l'ES, de transiter par la structure d'urgences,
 - en garantissant aux résidents des hospitalisations personnalisées et ciblées,
 - en facilitant leur retour dans l'EHPAD après une hospitalisation,
- Favoriser la communication des informations relatives aux résidents entre le Centre Hospitalier de Gonesse et l'EHPAD
- Favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier ;

- Développer une culture gériatrique commune.

Les établissements s'engagent à entretenir des liens privilégiés par un accueil réciproque et prioritaire de leurs 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.

L'EHPAD et l'hôpital 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 famille ou représentant légal.

Toute personne âgée pour laquelle un transfert est envisagé, quel qu'en soit le motif, chirurgical ou médical, reçoit une information orale sur les objectifs de son transfert. Son accord ou le cas échéant, celui de sa famille est recherché.

Lorsque l'état de santé d'un résident nécessite un choix thérapeutique difficile il est souhaitable d'en débattre avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

Article 2 : Engagement du Centre Hospitalier de Gonesse

Le Centre Hospitalier de Gonesse s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD, quel que soit leur niveau de couverture sociale, aux structures sanitaires requises par leur état de santé :

- consultations gériatriques ;
- consultations mémoire ;
- consultations de spécialités ;
- hôpital de jour gériatrique ;
- court séjour gériatrique ;
- services de spécialités (y compris psychiatrie);
- soins de suite et de réadaptation ;
- soins de longue durée ;
- hospitalisation à domicile (dans le cadre de la filière gériatrique du territoire) ;
- équipe mobile gériatrique interne au Centre Hospitalier de Gonesse.

2.1. Accès aux consultations, au plateau technique et à l'hôpital de jour

L'accès en est facilité pour les résidents de l'EHPAD par une concertation entre le médecin traitant, le médecin coordonnateur et le médecin hospitalier, et par des modalités formalisées (regroupement d'examens et/ou de consultations, programmation, plages facilitées..).

2.2. Recours à l'hospitalisation complète

Le résident nécessitant une hospitalisation en raison de son état de santé est pris en charge dans les plus brefs délais dans le service du Centre Hospitalier de Gonesse dont il relève, soit court séjour gériatrique, soit service de spécialités (psychiatrie, chirurgie, autres...) après contact entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur et l'équipe concernée de l'ES. Les cas d'urgence vitale peuvent justifier un passage par la structure des urgences.

Le Centre Hospitalier de Gonesse assure la prise en charge du résident en SSR gériatriques, soit suite à son hospitalisation dans l'un des services du CHG, soit directement en provenance de l'EHPAD. L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après l'accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

L'admission d'un résident au sein de l'ES se fait selon le protocole joint en annexe.

Le Centre Hospitalier de Gonesse s'engage à préparer la sortie du résident en collaboration avec l'EHPAD selon le protocole joint en annexe. En tout état de cause, l'EHPAD est informé du retour du résident dans un délai négocié entre les deux parties au moment de l'hospitalisation.

2.3 Information des correspondants

L'équipe médicale des urgences s'engage à tenir informée, par fax ou téléphone, l'EHPAD (médecin traitant, médecin coordonnateur et/ou responsable soignant) du devenir de la personne âgée et en particulier de son transfert dans un service d'hospitalisation ou le cas échéant de son transfert dans un autre établissement hospitalier, public ou privé non lucratif.

En cas de décès au Centre Hospitalier de Gonesse, il revient à ce dernier d'assurer l'ensemble des modalités de prise en charge de celui-ci et d'informer immédiatement l'EHPAD et la famille. Cette dernière prendra alors toutes les dispositions nécessaires qui s'imposent.

En l'absence de famille, l'EHPAD fournit à l'établissement de santé toutes informations ou éléments dont il dispose notamment sur les souhaits qu'aurait exprimés le patient sur sa prise en charge après le décès.

L'EHPAD est informé de la sortie de l'hôpital de la personne âgée résidente, au minimum 24 heures en avant en cas d'hospitalisation dans un service et le plus tôt possible pour une prise en charge par le service des urgences

La personne âgée est transférée à l'EHPAD, accompagnée d'une fiche de liaison commune comprenant le diagnostic, le compte-rendu d'hospitalisation, le choix thérapeutique, le traitement instauré, l'ordonnance de sortie, ainsi que la fiche de liaison soignante

Article 3 : Engagement de l'EHPAD

3.1. Retour d'un résident hospitalisé dans l'EHPAD

L'EHPAD s'engage à reprendre dans un délai négocié le résident selon des modalités définies, dès que le praticien, responsable de son hospitalisation, estime qu'il ne nécessite plus une prise en charge hospitalière et que son état de santé est compatible avec les possibilités de soins techniques de l'EHPAD, en accord avec le médecin coordonnateur.

Après évaluation et concertation avec le médecin coordonnateur, lorsque l'état de santé du résident n'est plus compatible de façon transitoire ou définitive avec le niveau de soins possible au sein de l'EHPAD, une nouvelle orientation dans la filière de soins gériatriques est recherchée conjointement

La personne âgée sera accompagnée d'une fiche de transfert dont le contenu est spécifié en annexe.

En cas de prescription de médicaments non délivrés en officine de ville, le patient sort avec 24 heures de traitement.

L'EHPAD s'engage, dans le cas où l'état de santé du résident ne permettrait pas son retour à l'EHPAD, après avis du médecin coordonnateur et décision du directeur de l'EHPAD, à accueillir un autre patient provenant du service de soins de suite du Centre Hospitalier de Gonesse, et ayant une origine géographique proche de celle de l'EHPAD.

3.2. Accès à l'EHPAD des personnes âgées hospitalisées dans un des services du Centre Hospitalier de Gonesse

L'EHPAD favorise l'accueil de personnes âgées hospitalisées dans l'ES dont l'état de santé ne justifie plus le maintien dans la filière hospitalière.

Le transfert à l'EHPAD s'effectue selon le protocole joint en annexe.

Article 4 : Engagements partagés par le Centre Hospitalier de Gonesse et l'EHPAD

4.1. Outils et supports communs

Le Centre Hospitalier de Gonesse et l'EHPAD s'engagent à élaborer conjointement les protocoles prévus par la présente convention :

- un protocole relatif aux modalités d'admission au Centre Hospitalier de Gonesse précisant les conditions d'admission ainsi que les modalités d'information réciproque auxquelles s'obligent les parties, à l'entrée du résident et au cours de son séjour. Il comprend notamment une fiche d'admission type précisant les renseignements à fournir par l'EHPAD lors de l'admission d'un résident au Centre Hospitalier de Gonesse (personne à prévenir, médecin traitant, médecin coordonnateur, traitement en cours, antécédents, motifs du transfert) ainsi qu'une fiche type de liaison de soins infirmiers ;

- un protocole relatif aux modalités de retour d'un résident à l'EHPAD après une hospitalisation au Centre Hospitalier de Gonesse. Il organise le retour du résident dans l'EHPAD selon des modalités conformes au fonctionnement de l'EHPAD. Il prévoit notamment qu'à la sortie du résident l'ES adresse au médecin traitant et au médecin coordonnateur de l'EHPAD un compte rendu d'hospitalisation. Il est recommandé que ce document précise les ressources de l'établissement en matière de médicalisation, afin d'évaluer les conditions du retour dans l'EHPAD ;

- un protocole définissant les conditions d'admission de personnes âgées hospitalisées au Centre Hospitalier de Gonesse, dans l'EHPAD

Par ailleurs, le Centre Hospitalier de Gonesse et l'EHPAD s'engagent à définir conjointement des indicateurs annuels destinés à l'évaluation de la présente convention. Ceux-ci visent notamment à mesurer le degré de satisfaction des résidents et des équipes, évaluer les délais de prise en charge des résidents, signaler tout dysfonctionnement du dispositif. L'évaluation porte également sur l'examen des situations exceptionnelles de transfert vers un autre établissement de santé.

4.2. Mise en place de bonnes pratiques

Le Centre Hospitalier de Gonesse et l'EHPAD s'engagent à permettre à leurs personnels de participer à des actions d'information et de formation relatives à la prise en charge spécifique des personnes âgées, afin de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de soins aux personnes âgées. Les stages de professionnels au sein des différentes structures sont recommandés.

Les protocoles spécifiques élaborés en ce domaine sont disponibles au sein des services prenant en charge la personne âgée. Ils font l'objet d'une mise à jour régulière.

Article 5 : Information des instances du Centre Hospitalier de Gonesse et de l'EHPAD

La présente convention est soumise à l'information des Conseils d'Administration des deux établissements et du conseil de la vie sociale de l'EHPAD et pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier.

Article 6 : Modification de la convention

Toute évolution des actions de coopération nécessite un avenant à la présente convention.

Article 7 : Évaluation et suivi de la convention

La présente convention fait l'objet annuellement :

- d'un suivi s'appuyant sur les indicateurs joints en annexe ;
- d'une évaluation des protocoles joints en annexe ;
- d'une réunion de concertation entre les parties permettant d'apporter toutes modifications nécessaires à son application.

Article 8 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du pour une durée de trois ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée trois mois avant l'échéance.

Fait à ...,

le

Pour l'EHPAD de....

Pour le C H de Gonesse

Annexe : CONTENU DE LA FICHE DE TRANSFERT

Numéro de téléphone et numéro de fax de l'EHPAD

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées du médecin coordonnateur :

Motivation médicale de la demande d'hospitalisation (sauf si chute et/ou suspicion de fracture) :

Dossier médical succinct :

Traitement en cours :

Eléments de dépendance :

Coordonnées sécurité sociale et éventuellement de mutuelle :

Coordonnées du tuteur :

Coordonnées de la famille :

Coordonnées de la personne de confiance lorsqu'elle a été définie :

Avis de la famille ou expression du patient sur son devenir, s'il a déjà été évoqué avec l'équipe de l'EHPAD

document de travail