



**Directrice d'Etablissement Sanitaire
et Social Public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Un regard sur la coordination
géronologique.**

**L'expérience de l'hôpital local
de Pont Saint Esprit.**

SANTONJA-FABRE

Marie-Laure

Remerciements

Je souhaite remercier vivement tous les acteurs, les professionnels qui ont collaboré à la réalisation de ce mémoire. Monsieur DESBRUN Daniel, Directeur de l'hôpital local de Pont Saint Esprit, pour la transmission de son expérience et son appui dans les travaux que j'ai conduit, ainsi que ses adjoints Mr ROURESSOL et Mr BARTHES.

Ce mémoire professionnel, a pu évoluer dans sa réflexion, grâce à la guidance de monsieur FERRIER Yvan, Directeur Général Adjoint du Développement Social du Département du Gard qui m'aura permis de porter un nouveau regard sur la complexité de la coordination gérontologique. La direction de la DDASS du Gard, Mr DELHEURE et Mme POUGNET pour leur disponibilité et leur accueil

Je remercie par ailleurs, toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens dans le cadre de cette recherche.

Un dernier remerciement à tous ceux qui m'ont accompagné de près ou de loin dans ce travail de fin d'études.

Sommaire

Introduction	1
1 LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE UN MOYEN POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.....	7
1.1 Une modalité d'intervention qui s'impose progressivement.....	7
1.1.1 Dans un contexte social et juridique complexe.....	8
Sources Nathalie Blanchard.....	12
1.1.2 Pour mieux prendre en compte les besoins de la population.	13
1.2 Développer la coordination pour surmonter les contraintes : une opportunité pour l'hôpital local de Pont St Esprit	18
1.2.1 Le Gard un contexte social difficile	18
1.2.2 L'hôpital local de Pont St Esprit : au cœur du dispositif de coordination	22
2 LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L' HOPITAL : DE NOMBREUX OBSTACLES ENCORE.....	29
2.1 Les différentes cultures professionnelles ne facilitent pas la complémentarité	29
2.1.1 Des cultures professionnelles diverses.....	30
2.1.2 Des métiers multiples en grande mutation.....	31
2.1.3 Aux intérêts divergents	34
2.2 Les réponses sanitaires et médico-sociales, insuffisamment développées par leurs nombres et leurs diversités	35
2.2.1 Un déficit en équipement d'accueil et de service.....	36
2.2.2 Des moyens existants qui ne sont pas utilisés de façon optimale.	39
2.3 La fragmentation des compétences et des interventions ne facilite pas la visibilité des actions mises en œuvre	41
2.3.1 L'enchevêtrement des compétences institutionnelles, un facteur de contraintes pour les acteurs.	42
2.3.2 L'évolution permanente des dispositifs, des difficultés d'adaptation.....	43

3	...VERS L'AMELIORATION DES ACTIONS DE COORDINATION SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L'HOPITAL LOCAL DE PONT ST ESPRIT : PRECONISATIONS ET RECOMMANDATIONS.....	47
3.1	Agir sur les processus de coordination.....	48
3.1.1	Susciter auprès du Conseil Général du Gard et des services de l'Etat, l'aménagement du dispositif existant	48
3.1.2	Des mesures qui relèvent de l'initiative propre de l'hôpital local dans sa fonction de responsable de la coordination gériatrique sur son territoire.	52
3.2	Développer et diversifier l'offre sanitaire et médico-sociale.....	53
3.2.1	Développer la diversification des modes d'intervention.....	54
3.2.2	Engager des processus de coopération avec les acteurs locaux.....	55
	Conclusion	57
	B i b l i o g r a p h i e	I
	L i s t e d e s a n n e x e s	I

Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ANDASS : Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Conseils Généraux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

AS : Aide Soignante

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

CG : Conseil Général

CH : Centre Hospitalier

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CME : Comité Médical d'Etablissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe-Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation à Domicile

HL : Hôpital Local

INSEE : Institut National de la Statistique des Etudes Economiques

IDEL : Infirmière Diplômée d'Etat Libérale

PE : Projet d'Etablissement

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

SSR : Service de Soins et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

USLD : Unité de Soins de Longues Durées

Introduction

Coordination gérontologique, formule magique, s s me consensuel, qui traverse depuis plus de quarante ans, les réflexions, les thèses, sans doute les incantations de tous les décideurs responsables des politiques en direction des personnes âgées.

Combien de rapports se sont-ils succédés, depuis celui que l'on peut qualifier de fondateur en 1962 avec le rapport Pierre LAROCHE, la circulaire non moins célèbre, dite circulaire Joseph FRANCESCHI de 1982 sur les retraités et personnes âgées, qui avait pour ambition d'initier une approche globale des politiques de la vieillesse, pour dire l'importance, sinon l'impérieuse exigence, d'une réelle coordination de l'ensemble des acteurs sociaux et de santé pour répondre le plus justement possible aux besoins et aux attentes d'une partie de plus en plus importante de la population: les personnes âgées ?

Bien des années plus tard, c'est-à-dire aujourd'hui, la lecture attentive de l'ensemble des réflexions et analyses montre que le concept de coordination, reste sinon le maître mot, au moins un des éléments premiers, peut être au-delà d'un moyen, le but à atteindre pour rendre plus efficaces les politiques que les pouvoirs publics dans toutes leurs diversités doivent conduire pour répondre aux défis du vieillissement de notre société.

Sans doute devons nous, nous satisfaire de ce consensus, consensus souvent utile et nécessaire à la conduite de l'action collective, mais ne devons-nous pas aussi nous interroger sur la fragilité de ce concept, dans la mesure où il semble qu'il ait eu bien des difficultés à s'imposer ?

La coordination une volonté partagée, une volonté exprimée avec force et conviction, et pourtant une réaffirmation incessante, récurrente qui nous dit sa difficulté, les freins qui ponctuent son parcours, souvent un discours plus qu'une réalité, même si sans aucun doute des progrès ont été réalisés.

Ainsi la relative réussite de la coordination gérontologique, interroge ses finalités, les raisons qui la fondent, interrogation nécessaire et exigeante, pour mieux comprendre, mais aussi pour tracer les axes qui permettront d'améliorer non pas une coordination nourrie uniquement de ses propres finalités, mais bien d'améliorer les modalités d'accompagnement de personnes fragilisées, en difficulté, dans un environnement collectif sûr de ses choix, c'est-à-dire qui aura su exprimer dans un contexte de bonne gouvernance, les modalités claires de l'intervention des acteurs sociaux et de santé.

Ce concept de coordination, prend certainement sa source dans le constat de la réalité du vieillissement croissant de la population française, le développement de l'organisation politique et sociale du pays, soumis à des contraintes économiques qui interrogent sans cesse les conditions de mise en œuvre des principes de solidarité, qui fondent le pacte républicain.

Le vieillissement constaté et attendu à court et moyen termes, l'augmentation du nombre des personnes confrontées aux difficultés de la perte d'autonomie constituent l'un des principaux enjeux de ce début de XXIème siècle. Les réformes successives, la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002, si elles ont permis d'améliorer substantiellement les conditions de la prise en charge de ces populations, n'apportent toutefois que partiellement les solutions aux problèmes. La progression des moyens d'intervention si elle apparaît aujourd'hui comme nécessaire, n'est pas suffisante. L'organisation globale des dispositifs est interpellée et nous questionne sur :

-« Comment mettre de la cohérence dans ce système qui s'est construit dans une extrême complexité ? ». Les facteurs de complexité à surmonter sont nombreux.

Ils relèvent par exemple du poids historique du partage opéré entre les champs sanitaire et social, qui trace formellement une frontière étanche entre deux domaines qui accompagnent le plus souvent les mêmes individus.

Au-delà de cet environnement institutionnel mouvant, il demeure important de s'adapter à l'évolution des attentes, mais aussi des exigences, des personnes, des familles aidantes, qui expriment unanimement le souhait de rester dans leur environnement naturel de vie malgré la survenance de la perte d'autonomie.

Le fonctionnement des organisations hospitalières doit prendre en compte toutes ces nouvelles évolutions. Directrice stagiaire à l'hôpital local de Pont Saint Esprit, j'ai pu mesurer l'implication de l'ensemble de la direction de l'hôpital sur ces questions relative à la coordination des acteurs et à la bonne articulation des actions mises en place.

L'hôpital local est implanté au centre de Pont Saint Esprit, ville de 10 000 habitants située au nord-est du département du Gard, aux confins de trois départements (Ardèche, Drôme et Vaucluse) et au croisement de trois régions (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

L'hôpital local de Pont St Esprit dans son rôle de proximité, s'inscrit comme point d'appui des politiques gérontologiques. Cette dynamique revêt une volonté d'assumer une mission importante dans la prise en charge des personnes âgées notamment dépendantes sur l'ensemble du territoire et s'articule dans le cadre d'une future labellisation de la filière en soins gériatriques avec le centre hospitalier (CH) de Bagnols sur Cèze. Cependant, l'hôpital local (HL) est un établissement qui souhaite, au-delà des

dispositifs sanitaires et médico-sociaux existants, améliorer la coordination gériatologique sur l'extérieur avec ses partenaires. Cette démarche tient compte d'un contexte local qui se caractérise par un accroissement de la demande sociale, conjugué à l'articulation parfois difficile des organisations et des systèmes d'acteurs et enfin confronté au manque de lisibilité globale des décisions prises. L'hôpital local doit relever les nouveaux défis humains et économiques pour faire face aux évolutions constantes des besoins de la population âgée.

Ainsi, la réflexion autour de la coordination gériatologique, du développement d'un réseau gériatologique de proximité mis en exergue par les médecins, traduit la nécessité d'apporter des réponses plus efficaces à cette coordination déjà existante.

A partir de ce mémoire professionnel, reprendre et articuler les éléments du diagnostic stratégique de l'hôpital et de son environnement, ont permis de privilégier la piste d'une meilleure coordination entre l'hôpital et les partenaires extérieurs. Ce travail nous questionne sur la problématique suivante : **« Pourquoi la coordination gériatologique entre l'Hôpital Local et les partenaires extérieurs n'est-elle pas aujourd'hui plus développée ? »**

Cette question, représente un intérêt majeur dans le cadre de mon projet professionnel et répond à plusieurs préoccupations stratégiques et décisionnelles dont les enjeux de gouvernance sont essentiels.

Nous souhaitons développer dans ce travail de fin d'études, à partir de l'organisation sanitaire et médico-sociale à l'hôpital local, l'évolution conceptuelle de la coordination gériatologique pour mieux en comprendre le sens et sa finalité (1^{er} partie). Il nous appartiendra de mesurer l'influence qui s'exerce sur cette coordination gériatologique à partir d'éléments de recherche convoqués pour notre étude de terrain (2^{ème} partie). Enfin, dans une démarche professionnelle, nous émettrons des préconisations concrètes, conçues à partir des réflexions et des travaux en cours, conduits par la direction de l'établissement et le Conseil Général. Nous présenterons les mesures qui ont été élaborées pendant la durée du stage, ou encore, qui ont retenu toute mon attention grâce à l'analyse de ce travail de recherche.

Ce mémoire professionnel a pour objet de mieux appréhender les enjeux de la coordination gériatologique en lien avec l'Hôpital local. Il s'inscrit dans l'évolution de nos systèmes de décision et d'organisation et se projette dans un futur proche en qualité de Directrice des Etablissements Sanitaires et Médico-sociaux. Cette expérience de terrain vise à mieux comprendre, la place de l'hôpital local dans son environnement et son

territoire. Ce travail autour de la coordination gérontologique riche d'enseignements, démontre l'intérêt de mutualiser les compétences, pour offrir des prestations de qualité aux personnes âgées, notamment dépendantes. Il participe d'une meilleure connaissance des modes de fonctionnement des établissements publics de santé (EPS) et des EHPAD, des contraintes de leur activité et de leur organisation.

METHODOLOGIE

L'élaboration de ce travail de recherche, suppose une méthodologie qui repose sur deux champs :

- Tout d'abord sur l'expérience de mes stages effectués tout au long de la formation 2007-2008
- Puis sur le choix d'une méthode élaborée pour organiser et structurer ce travail de réflexion et d'écriture

L'expérience de mes stages effectués tout au long de la formation 2007-2008

Cette thématique correspond à l'un des enjeux importants pour l'établissement durant mes deux stages. Ma première année de stage (2007) fut marquée par la finalisation de la convention tripartite et son conventionnement avec le Conseil Général, concernant l'hébergement et la dépendance des personnes âgées.

Le stage effectué au Conseil Général pour une durée de deux mois (septembre-octobre 2007) a confirmé le point de vue des politiques et des collectivités territoriales sur l'engagement du département dans le champ des personnes âgées et du handicap. L'évaluation du pr c dent Schéma Départemental Gérontologique a eu pour ambition d'améliorer le partenariat entre les différents intervenants dans le champ de la coordination.

Durant ma seconde année (2008) grâce au pilotage du projet d'établissement qui m'a été confié, j'ai pu dans une approche transversale travailler sur l'ensemble des projets médicaux et soignants, administratifs, financiers ... sur une projection de cinq ans en interne et en externe.

Cette démarche a nécessité des rencontres et échanges professionnels multiples (travail avec le Centre Hospitalier de Bagnols pour la labellisation d'une filière gériatrique, travail avec tous les directeurs du Gard pour définir ensemble une stratégie territoriale sur le devenir des USLD dans le département, réunions et rencontres avec le Conseil Général

afin de repositionner l'intervention des CLIC sur les territoires, et de celle de l'action publique. L'intérêt de développer une politique gérontologique dynamique à partir des hôpitaux locaux comme point d'appui, a été un enjeu important reconnu par le Conseil Général du Gard dans cette action.

Une méthode élaborée pour organiser et structurer ce travail de réflexion et d'écriture

- Une recherche documentaire : elle concerne les documents internes (ancien Projet d'Etablissement (PE), Schéma Départemental des Personnes Agées, courriers aux directeurs, informations des Associations des Directeurs des Hôpitaux Locaux...) et les documents officiels des Collectivités Territoriales, DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), ARH (Agence régionale d'Hospitalisation), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)...qui ont pu être échangés. Les sources légales représentent une part importante de ce travail, en raison de la diversité des activités sanitaires et médico-sociales existantes et de leur évolution.
- Treize interviews semi directives, d'une heure et demie ont été effectuées.
 - En interne :
 - Un résident en EHPAD
 - Le Directeur de l'hôpital local de Pont St Esprit
 - Le Directeur Adjoint de l'hôpital local de Pont St Esprit
 - Le Médecin coordonnateur, Président de la CME
 - Un cadre de santé de l'hôpital local
 - Une infirmière responsable du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
 - Un travailleur social du CLIC
 - La psychologue de l'établissement (ex-responsable du CLIC)
 - En Externe :
 - La Directrice Adjointe, de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
 - Le Directeur Général Adjoint chargé du Développement Social du Département du Gard (DGADS)
 - Un chef de service de l'Action Sociale du Département du Gard
 - Un Directeur de l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural)
 - Une Infirmière Libérale installée à Pont St Esprit

Ce travail d'investigation auprès des acteurs du projet d'établissement mais aussi les intervenants extérieurs, a révélé toute l'importance de s'inscrire dans une approche territoriale, pour la mise en œuvre de stratégies qui prennent appui sur l'environnement. Il a été propice à la rencontre, l'échange et à favoriser la pluralité d'expériences.

Ce travail de lien entre le terrain et la théorie, se traduit par une véritable richesse d'enseignements qui a participé à décrypter le sens caché, de la problématique convoquée.

Enfin, les réunions avec le médecin coordonnateur, les directeurs de l'établissement et du centre hospitalier de Bagnols sur Cèze, le médecin responsable de la filière gériatrique de Bagnols sur Cèze, mais aussi le Directeur Général Adjoint du Développement Social du Département, la Directrice Adjointe de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)...et tous autres acteurs indispensables à cette coordination gériatrique, ont favorisé la synthèse de cette thématique. Ils ont été des vecteurs dynamiques, dans la construction de ce projet de mémoire.

1 LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE UN MOYEN POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Comme, le définit le Directeur Général du Développement de l'Action Sociale du Département du Gard -« Coordonner c'est construire de la cohérence et de l'harmonie, par une mise en relation rationnelle d'une multitude d'acteurs agissant dans un même périmètre, autour d'objectifs ou de finalités à la fois communs et complémentaires ».

Appliquée au champ de la gérontologie, cette citation invite à la recherche des fondements de l'action publique en direction des personnes âgées. Elle renvoie à l'identification du contexte et des enjeux dans lequel ce concept est né et s'est développé.

1.1 Une modalité d'intervention qui s'impose progressivement

Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur l'adaptation des politiques sociales et de santé, pour la prise en charge et l'accompagnement, de la perte d'autonomie, explique pour l'essentiel la naissance de ce concept de coordination. Trois autres éléments d'analyses éclairent cette exigence accrue de coordination soit :

- un contexte de complexification de l'environnement institutionnel,
- des attentes nouvelles et affirmées de la population âgée pour des prestations de qualité,
- Un souci grandissant de rationalisation de l'intervention publique pour une meilleure utilisation des ressources collectives.

Ainsi l'analyse de ce concept de coordination, utile à la compréhension du diagnostic et des préconisations sur le périmètre de l'hôpital local, nous rappelle la nécessité d'une approche large et globale sur la réalité que peut recouvrir le sujet de travail.

C'est à travers le croisement d'une double exigence, celles des usagers et des institutions que nous tenterons de mettre en évidence les fondements de la coordination gérontologique et les leviers qui permettront d'en améliorer la pertinence et l'efficacité.

1.1.1 Dans un contexte social et juridique complexe.

- A) Le vieillissement de la population et la prise en charge de la perte d'autonomie :
Un enjeu premier de société.

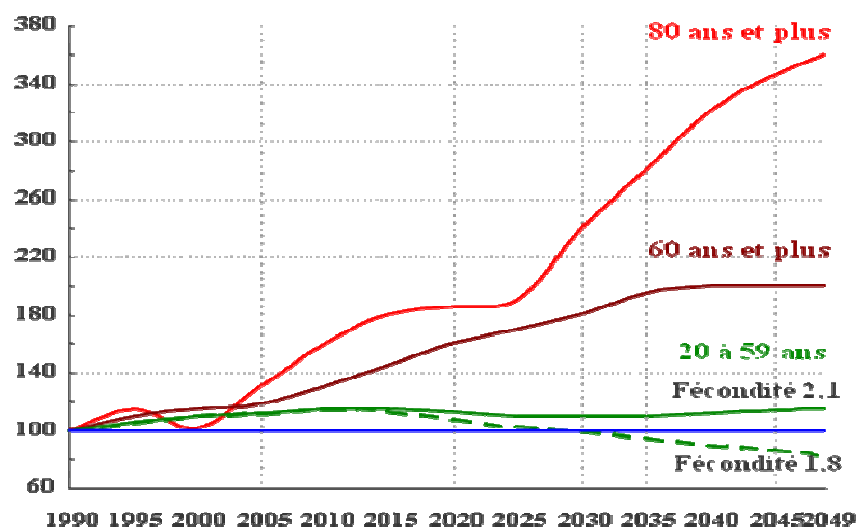
Le défi du vieillissement de la population, constitue l'une des préoccupations centrales des politiques publiques en France, tant en ce qui concerne le financement des retraites, que celui de l'évolution du système de santé au regard notamment de la prise en charge de la perte d'autonomie.

- a) *Le vieillissement de la population est inéluctable.*

Selon l'Insee, « il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, que la France devrait compter 70 millions d'habitants, dont le tiers âgé de plus de 60 ans en 2050, soit 22,3 millions de personnes, contre 12,5 millions en 2005. Soit plus de 80% en 45 ans. La progression la plus forte se situera entre 2006 et 2035 (de 12,8 millions, à 20,9 millions). »

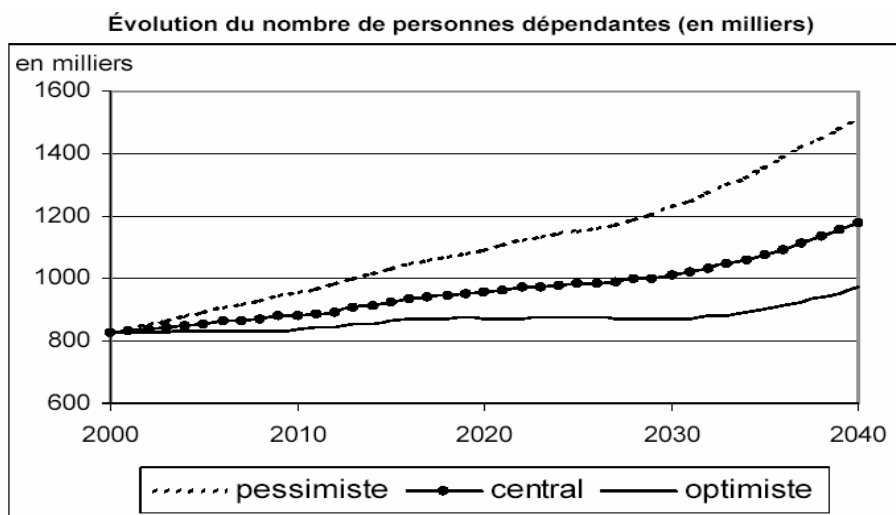
Le Plan, nous rappelle dans le rapport de la mission conduite par Stéphane Le Bouler, en 2005 que « L'effet de surprise en matière de démographie n'existe pas, puisque les effectifs de la population âgée sont connus cinquante ans à l'avance avec une précision très importante »

Ainsi, toujours selon les sources de l'Insee, les effectifs des 80 ans et plus qui étaient de un million en 2000, se situeraient à 3,5 millions en 2050.

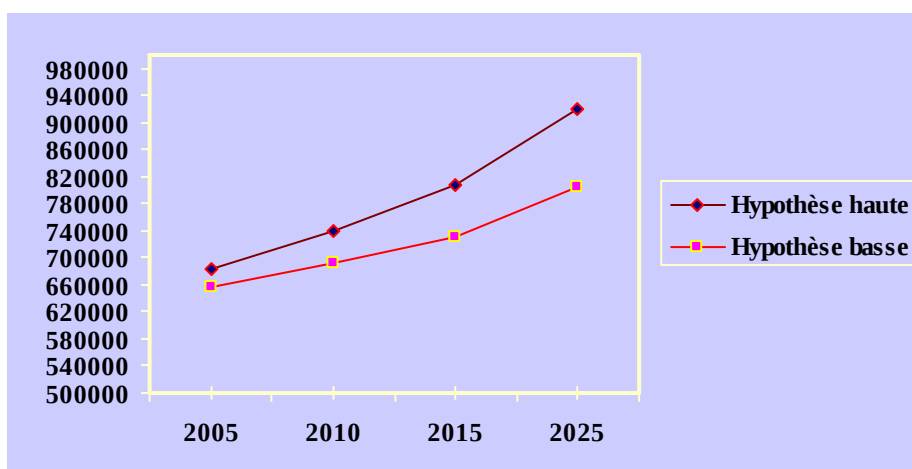


- b) Conjugué à une forte augmentation du nombre des personnes en perte d'autonomie.

Selon, l'enquête « Handicap-Incapacité-Dépendance » (HID 1998-2001), qui a élaboré des projections selon trois hypothèses (pessimiste, central, optimiste), les effectifs de personnes dépendantes vont progresser substantiellement.



Les éléments de cette étude se confirment, par les prévisions du Centre d'Analyse Stratégique qui s'inscrivent dans les mêmes tendances à l'horizon 2025, à partir de l'évolution du nombre de personnes classées, en GIR 1 à 4.



Ainsi le nombre de personnes âgées dépendantes va progresser significativement, avec pour corollaire une augmentation des besoins en services et de charge de soins.

B) Dans un environnement juridique en mutation constante.

L'environnement juridique du vieillissement et de la perte d'autonomie des populations sont caractérisés par une singulière complexité, résultat de choix historiques qui n'ont pas été réellement remis en cause (dichotomie entre le sanitaire et le médico-social) mais aussi paradoxalement de l'évolution incessante de la législation (transfert des compétences induit par les lois de décentralisation). Autant d'éléments qui interrogent en permanence la capacité des politiques publiques à construire de la cohérence et de l'efficacité dans la mise en œuvre concrète des mesures destinées à prendre en compte et accompagner la dépendance des personnes âgées.

a) La dissociation du sanitaire et du social, accentuée par les lois de décentralisation.

La dissociation du secteur sanitaire et du secteur social depuis plusieurs décennies, représente une difficulté dans la prise en compte de certains problèmes sanitaires et sociaux autour du vieillissement, sans pour autant que de réels aménagements aient été apportés. On peut aussi souligner par la même, qu'à travers l'évolution de l'organisation institutionnelle liée à la décentralisation, la scission s'est accentuée. Cette situation impose donc, compte tenu de la proximité de certaines problématiques de société, du souci d'une prise en charge globale des personnes, la mise en œuvre de nouveaux modes de gouvernance. Le concept de coordination est pour partie né de cette réalité.

- **Deux champs juridiques bien séparés**, l'un relevant du code de la santé publique, l'autre du code de l'action sociale et de la famille. La loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, introduit à partir de la reconnaissance du champ médico-social une séparation qui ne sera jamais remise en cause, tant par les lois successives d'adaptation (1986 adaptation de la loi sociale à la décentralisation), ou de refondation (2002 rénovation de l'action sociale). Autant d'opérateurs, relevant de champs juridiques spécialisés, de financements spécifiques (assurance maladie, aide sociale, aujourd'hui CNSA), et d'autorités différentes (ARH, Aide Sociale, CNSA), ayant des modes de planification qui ne s'inscrivent pas dans les mêmes périmètres géographiques, sont des éléments de complexification, voire de confusion. Ils peuvent se traduire en ce

qui concerne la prise en compte de la perte d'autonomie, comme un obstacle à plus de cohérence, à une prise en compte globale de l'accompagnement des personnes âgées.

- **Séparation accentuée par les lois successives de décentralisation**, depuis 1983, le Département, collectivité territoriale dispose de compétences larges dans la conduite des politiques sociales. L'acte II de la décentralisation en 2003, est venu conforter la place et le rôle des Conseil généraux, en les consacrant comme « chef de file » dans la mise en œuvre des politiques sociales, notamment dans le domaine de l'accompagnement de la perte d'autonomie. Cette orientation n'a cessé depuis d'être confirmée à travers la loi handicap de 2005. Les dispositions en préparation sur le « 5^{ème} Risque autonomie dépendance » s'inscrivent dans cette tendance.

Pour autant, ces compétences ne sont pas exercées exclusivement par les Départements, pour au moins deux raisons :

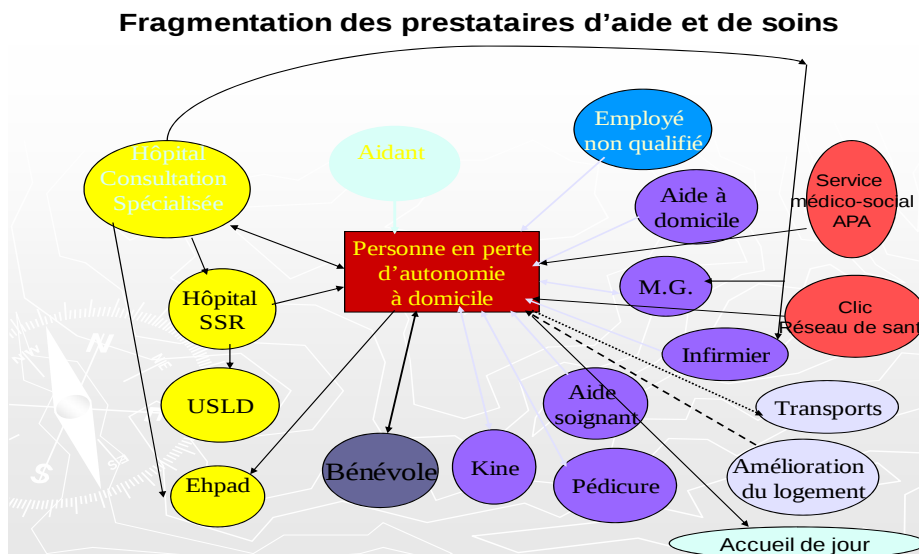
- les problématiques prises en compte interfèrent significativement avec le champ du soin qui est resté de la compétence de l'Etat (hôpitaux, régulation de la médecine libérale)
- le volet médico-social (soins dans les EHPAD, soins infirmiers à domicile), relève de la compétence de l'Etat.

L'articulation nécessaire entre l'ensemble de ces domaines d'intervention, pour la planification des équipements et des services, pour la tarification des prestations, bien que facteur de cohérence des politiques publiques, de lisibilité par rapport aux prestataires, aux administrés et aux usagers, se complexifie. On doit même souligner, que les évolutions récentes ou attendues, accentuent (PRIAC et rôles de la CNSA, les ARS), la confusion des rôles et des places, en introduisant un niveau de régulation régional.

b) Atomisation, dispersion, fragmentation des prestataires d'aides et de soins.

A l'organisation administrative et politique, s'ajoute celle induite par l'organisation des multiples intervenants auprès des personnes âgées. Ils relèvent de champs d'interventions et de statuts juridiques ou sociologiques spécifiques :

- Une fragmentation du système d'aide et de soins peu favorable à la lisibilité par les usagers et les professionnels.



Sources Nathalie Blanchard
Géronto-Clef

Le schéma illustre certes, que les besoins d'une personne sont pluriels et divers, et qu'une trop grande atomisation des intervenants nuit à la continuité nécessaire de la prise en charge, sûrement à sa cohérence, certainement à son efficacité.

- Des logiques différentes qui ont du mal à s'articuler.

L'analyse du schéma met en évidence les différences de statut des intervenants, qui préfigurent des difficultés pour travailler ensemble, des incompréhensions, voire des postures de concurrence. Certaines ont des effets significatifs sur les modalités de prise en charge et sur les conditions de régulation techniques et financières du système.

Ce contexte institutionnel : un Département « chef de file », doté de compétences importantes, mais fortement liées à la régulation nationale et régionale, a interrogé, et interrogera encore de nouveaux modes de gouvernance, pour tenter de mettre de la cohérence, dans les interventions auprès des usagers, le développement des réponses sanitaires et sociales, la gestion des ressources collectives qui se raréfient.

Mais il faut aussi souligner, un dispositif opérationnel complexe, des intervenants multiples issus de cultures professionnelles diverses, des intervenants organisés dans un contexte de concurrence et d'intérêts divergents.

C'est dans ce cadre que le développement de démarche de coordination peut prendre tout son sens.

1.1.2 Pour mieux prendre en compte les besoins de la population.

C'est dans ce contexte que se sont développées depuis le début des années 1990, les premières expériences de coordination gériatrique. On en parlait depuis un certain temps déjà, quelques-uns soit à l'initiative de Conseils Généraux, d'hôpitaux, d'associations ont tenté de rendre opérationnel ce concept pour explorer les moyens de réduire les décalages qui se creusaient entre les institutions et les opérateurs. Décalages qui se développaient bien souvent, au détriment de la qualité des services aux personnes, mais aussi au détriment d'une maîtrise raisonnable des dispositifs, eux même en pleine mutation. D'une certaine façon ce concept de coordination gériatrique s'est officialisé à travers la circulaire DAS-RV2/2000/295 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), qui en définit les principes.

A) La coordination gériatrique au service de l'utilisateur.

La finalité des politiques conduites depuis le début des années soixante, et non démenties depuis, a été d'améliorer les conditions d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Derrière le terme de l'amélioration des modalités d'accompagnement, s'est imposée l'exigence d'une approche humaniste, respectueuse de la dignité de chaque individu, de ses libertés. Nombre de dispositifs se sont construits autour du slogan, « l'utilisateur au centre de l'action sociale, le patient au cœur de l'hôpital ». La loi de rénovation sociale de Janvier 2002, qui vient remplacer la loi de Juin 1975 « sur les institutions sociales et médico-sociales » réaffirme cette orientation, en donnant la priorité à la place des personnes. Renforcée par la première affirmation des droits du patient avec la Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, étayée par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé.

Ainsi le développement de la coordination gériatrique qui s'est lentement construit, s'inscrit dans cette exigence. Il convient donc d'en identifier les conditions et les modalités.

a) *La coordination gérontologique permet aux personnes âgées de choisir.*

La perte d'autonomie c'est bien souvent renoncer à choisir ses conditions de vie, c'est la contrainte de la dépendance à d'autres, c'est la rupture d'avec la vie d'avant, d'avec son environnement naturel de vie. Dès, le rapport Pierre LARQUE on lie la notion d'autonomie au choix de la personne et on affirme déjà la priorité du maintien à domicile. Ceci est bien l'expression de la volonté pressentie des personnes âgées de rester chez elles, de leur peur d'aller finir leur vie à l'hôpital, ou en maison de retraite.

Cette volonté ne s'est naturellement jamais démentie, elle a été sans cesse réaffirmée par les pouvoirs publics, jusqu'aux attendus introductifs à la mise en œuvre du « 5 me Risque autonomie dépendance » en ce début d'année 2008, qui fixe comme objectif prioritaire « *permettre aux personnes âgées de choisir entre leur domicile et l'accueil dans un établissement* »

L'exercice de son choix de vie en situation de perte d'autonomie, suppose l'existence de services, qui permettront de la compenser, de la prendre en charge. La coordination gérontologique, peut et doit aussi y contribuer en facilitant le parcours de l'usager, en l'accompagnant dans la mise en œuvre de prestations et d'interventions utiles à la résolution de ses difficultés, dans un environnement qu'il aura choisi et construit.

b) *La coordination gérontologique : accompagner l'usager dans la complexité.*

Les dispositifs sanitaires et sociaux sont divers, et l'on mesure dans ce contexte qu'il ne suffit pas d'affirmer l'existence de droits aux prestations et services pour y accéder, mais qu'il faut aussi aider les usagers à mettre en œuvre leurs droits, c'est-à-dire à les exercer. Les aider à se repérer dans cette complexité, les accompagner dans les méandres des dispositifs sanitaires et médico-sociaux pour que les aides se mettent concrètement en place.

Cette réalité, et ces finalités ont progressivement construit les modalités de la mission de coordination autour de quatre axes prioritaires.

- **Rendre l'information accessible.**

Entre la multiplicité des informations utiles, les évolutions permanentes et rapides des dispositifs législatifs et r glementaires, la dispersion des ces informations, un usager isolé rencontre des difficultés pour identifier celles qui lui sont nécessaires, sinon à se satisfaire des réponses qui lui seront données par un opérateur. (Ex : le service d'entrées d'une maison de retraite), lui-même ne disposant pas d'une vision globale ne pourra pas

orienter le requérant vers une prestation autre que celle qu'il administre. Ainsi un des premiers objectifs de la coordination gériatrique c'est de structurer une information globale et générale, la rendre lisible, et surtout identifier des lieux où elle sera facilement accessible.

- **Evaluer la situation de l'utilisateur**

Donner la bonne information suppose une bonne appréciation de sa demande, une bonne identification de ses besoins. Cette fonction repose sur l'existence de dispositifs organisés, pour évaluer globalement (santé, perte d'autonomie, environnement familial, demande sociale) la situation des personnes âgées. La prestation de coordination doit donc intégrer un dispositif d'évaluation assuré par des professionnels formés à ces missions.

- **L'orienter vers les prestations et services adaptés**

Ainsi au-delà d'une information pertinente, d'une évaluation globale de ses demandes et de ses besoins, il conviendra de proposer à l'utilisateur les solutions d'accompagnement les plus adaptées à sa situation. C'est à travers l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé, construit à partir des ressources sanitaires et médico-sociales localement disponibles, que les mesures d'accompagnement et les prestations pourront se mettre concrètement en place.

- **L'accompagner dans la mise en œuvre du plan d'aide et en assurer le suivi.**

Les besoins d'une personne sont divers, multiples, nécessitent le plus souvent l'intervention de plusieurs services. Il ne suffit donc plus de dire ce qu'il faut faire et qui doit le faire, mais d'organiser concrètement les conditions de mise en œuvre des différentes interventions, les rendre le plus cohérentes possible, réduire la fragmentation des services qui fragilise plus encore les personnes âgées. Mais il faut aussi s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre du plan d'aide, autant que de ses modalités d'adaptation au regard de l'évolution des besoins de l'utilisateur.

La prestation de coordination apparaît comme le point de repère, comme référent pour accompagner le parcours difficile et souvent douloureux d'une personne âgée, qui n'est plus totalement autonome.

Au-delà de la définition de modalités d'interventions auprès des utilisateurs, la coordination gériatrique, projette une approche de l'organisation globale des dispositifs sanitaires

et sociaux qui vise à une structuration plus cohérente de l'action publique destinée à la prise en compte du vieillissement et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

- B) La coordination gérontologique : réduire la complexité, une exigence des institutions.

L'exigence de simplification, la recherche de cohérence, le souci d'une meilleure lisibilité, la préoccupation prioritaire de la maîtrise des moyens dédiés pour les soins et l'action sociale, autant d'éléments qui ont conduit les pouvoirs publics (l'Etat, les organismes sociaux, les Conseils Généraux), à mettre en place des outils visant à structurer plus rationnellement les dispositifs d'intervention. Ils relèvent pour l'essentiel de logiques de coordination.

a) *La planification*

Les démarches de planification sont progressivement apparues comme indispensables, au diagnostic de la pertinence et l'efficacité des réponses sanitaires et sociales apportées mais aussi des besoins présents et à venir. A partir de la connaissance produite, l'objectif a été de projeter et programmer les mesures à prendre. Les Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire, les Schémas Départementaux d'Action Sociale, élaborés selon les modalités d'une gouvernance fondée sur la concertation et une approche territoriale, ont tenté de définir des orientations prioritaires à un moyen terme, pour l'adaptation, la régulation et le développement des mesures sanitaires et sociales en termes d'équipement et de services.

Ces approches de planification se sont heurtées et se heurtent encore à des obstacles qui nuisent à la recherche de cohérence et de rationalité. Ainsi on constate un cloisonnement quasi général entre les démarches de planification sanitaire de niveau régional, et les démarches de planification sociale et médico-sociale de niveau départemental (Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS), Schéma Départemental d'action sociale). Ces cloisonnements ont aussi été constatés dans le champ médico-social avec notamment la mise en place des PRIAC conduits par la CNSA qui ne se sont pas toujours appuyés sur la planification des Départements.

Les évolutions législatives attendues, notamment la mise en place des ARS, contribueront sans doute à définir une nouvelle étape dans la construction de cohérence, en rapprochant la planification et la gestion du sanitaire et du médico-social.

b) La contractualisation

Elle s'inscrit dans une logique de projet, prenant en compte, leur territoire d'intervention, les orientations des autres intervenants de la santé, du social et des institutions. Des processus de contractualisation définissent les engagements respectifs de chacun à court et moyen termes, participe également d'une volonté clairement affirmée et affichée des pouvoirs publics, pour plus de cohérence, et de visibilité dans le temps.

Les outils de contractualisation à caractère obligatoire se sont donc développés au cours des dernières années ;

- les conventions tripartites EHPAD, Etat, Département mises en place dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'accueil pour personnes âgées en 1999.
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui visent à définir les modalités d'un développement maîtrisé des structures hospitalières notamment.

c) La coopération

Mieux organiser les missions de chacun des opérateurs sur leur territoire d'intervention, suppose des rapprochements, qui au-delà de l'élémentaire et nécessaire connaissance de l'autre (ce qui n'est pas forcément acquis) vont permettre de construire des complémentarités. Cela évite des redondances dans la mise en œuvre des missions et prestations, de canaliser les postures de concurrence, peu productives dans ces domaines, mieux maîtriser les ressources localement disponibles pour un service plus qualitatif, mais aussi plus économe en moyen. Les pouvoirs publics ont significativement encouragé la mise en place de formules de coopération entre acteurs, le plus souvent inscrites sur le périmètre d'un territoire, mais aussi dans le cadre du partage et (ou) de la répartition de missions, et de ressources.

Les groupements de coopération sanitaire (GCS) et plus récemment les groupements de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS) institués par la loi, participent de cette volonté.

On constate aussi que les Départements soutiennent par des mesures incitatives, notamment en matière d'aide à l'équipement, les formules d'intercommunalité pour la création d'EHPAD par exemple.

1.2 Développer la coordination pour surmonter les contraintes : une opportunité pour l'hôpital local de Pont St Esprit

L'exigence de coordination a été prise en compte localement à l'initiative notamment du Conseil Général du Gard, dès 1993. Les acteurs de terrain se sont naturellement inscrits dans cette démarche, en soulignant la place particulière prise par les hôpitaux locaux. Ils ont activement participé à la mise en œuvre de modes d'interventions coordonnés, en étant candidats pour gérer les « Centres locaux d'information et de coordination ». Ainsi l'Hôpital local de Pont St Esprit est devenu dès 2001, le principal acteur de coordination sur son territoire d'intervention. Les investigations conduites à l'occasion de mon stage sur le sujet, si elles montrent l'intérêt et la pertinence des actions conduites au profit d'une meilleure coordination, révèlent aussi les difficultés, voire les limites au développement de ces modes d'interventions. L'analyse du contexte local apporte quelques éclairages sur les raisons de la réussite relative de ces orientations qui demeurent cependant une des premières priorités de la politique d'action sociale du Département du Gard.

1.2.1 Le Gard un contexte social difficile

Le Département du Gard se caractérise par un taux de vieillissement important, conjugué à un niveau élevé de précarité de la population, et un retard structurel dans le développement des réponses sociales et de santé pour les personnes âgées. Une situation qui a incité l'hôpital local à s'inscrire dans les démarches de coordination.

A) Un contexte économique et social particulièrement défavorisé.

La désindustrialisation, la crise de l'agriculture, autant de facteurs explicatifs du développement de la précarité et de la pauvreté dans le Gard, qui pèsent significativement sur les politiques sociales des régions de l'arc méditerranéen. Cette situation n'est pas sans incidence sur la mise en œuvre des politiques sociales et de santé dans le Gard.

Une population très précarisée, démontrée par l'étude récente (Octobre 2006) de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur la répartition des minimas sociaux, confirme le poids de la précarité des populations dans la Région Languedoc Roussillon. Le Département du Gard est tout particulièrement touché par ce phénomène :

- un taux de chômage à près de 13% (12% à Pont St Esprit) contre moins de 8% au niveau national),
- 24 000 allocataires du RMI, ce qui situe le Département du Gard au troisième rang national,
- 12% d'allocataires de minima sociaux contre 7% en métropole.

Ainsi, le revenu moyen du retraité Gardois est de 1000 euros par mois, soit un niveau significativement inférieur à celui constaté en France.

B) La tendance nationale de vieillissement de la population est accentuée par deux facteurs :

1^{ère} -Un taux de vieillissement plus important dans le Gard qu'au plan national.

L'ensemble des études confirme le poids de la population âgée de plus de 75 ans dans le Gard au regard des données nationales. Les éléments pris en compte dans le Schéma Départemental pour les Personnes Agées du Gard en 2004 démontrent sur la base du recensement 1999 que :

- la part des 60 ans et plus soit 148 000 personnes représente 23,7%, contre 20% au plan national.
- celle des 75 ans et plus : 8,72%, contre 7,24% au national.

Ces tendances se confirment avec une étude Départementale, conduite dans le cadre de la mise en place de la réforme des « Unités de Soins de Longues Durées » en 2008, dont l'estimation sur la base des recensements intermédiaires énonce :

- 64 000 personnes de plus de 75 ans, (soit 9,74% de la population contre 7,8% au plan national),
- il est attendu 80 000 personnes de plus de 75 ans en 2020.

Ces évolutions, se répercutent et se répercuteront de façon identique sur le secteur d'intervention de l'hôpital local.

2^{ème} Qui s'accompagne d'une progression substantielle des personnes âgées confrontées aux difficultés de la perte d'autonomie.

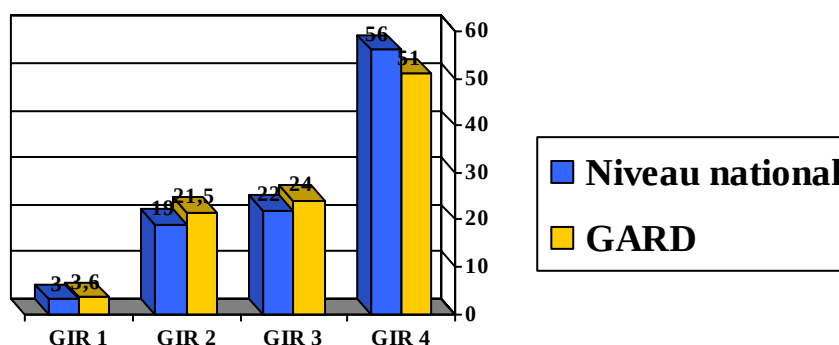
Le besoin d'aide et d'accompagnement des personnes âgées progresse avec le grand âge et la survenue de la perte d'autonomie. La mise en place de l'APA en 2002 est un indicateur utile pour mesurer l'évolution des publics en perte d'autonomie.

Fin 2003, soit un an après la mise en œuvre des dispositions de l'APA, on comptait dans le Gard un peu plus de 10 000 bénéficiaires de l'APA. Au début de l'année 2008, c'est presque 15 000 personnes qui bénéficient de cette prestation dont 2/3 à domicile et 1/3 en établissement.

Une progression régulière de plus de 1000 bénéficiaires par an sur la période, soit 250 bénéficiaires d'APA pour 1000 personnes de 75 ans et plus (données Conseil Général du Gard premier trimestre 2008), soit parmi les taux les plus élevés au plan national (le Gard se situait en fin 2006 parmi les 33 départements ayant le taux le plus élevé de bénéficiaires de l'APA, source annuaire ANDASS).

Cette tendance est un peu moins marquée sur le territoire de l'hôpital de Pont St Esprit, 1522 bénéficiaires d'APA, soit 235 bénéficiaires pour 1000 personnes de 75 ans et plus, (données premier trimestre 2008).

Par ailleurs, l'évaluation de l'APA conduite à la demande du Conseil Général en 2007, montre que le niveau de dépendance mesuré à travers l'analyse des Groupe-Iso-Ressources (GIR) est sensiblement plus important dans le Gard qu'au niveau national.



Cette situation, qui se traduit par plus de précarité, plus de vieillissement, plus de dépendance met aussi en évidence l'importance des enjeux et des contraintes pour les pouvoirs publics locaux.

Comment peut-on concilier le nécessaire développement des politiques sociales et de santé dans un contexte d'accroissement des besoins, alors que persiste une gestion des contraintes fortes liée à la raréfaction des ressources collectives ?

- C) Un retard dans le développement des réponses sanitaires et sociales pour les personnes âgées

a) *Sur le plan quantitatif*

Tout d'abord, le constat d'un retard structurel de l'offre du département du Gard s'exprime au travers d'un taux d'équipement (EHPAD et USLD données DRASS) pour personnes âgées inférieur aux moyennes régionales et nationales :

- Le taux d'équipement national : 88,8
- Le taux d'équipement du Languedoc Roussillon : 74,95
- Le taux d'équipement du Gard : 60,83

Le même constat peut être fait sur l'équipement en matière de services de soins à domicile, compensé il est vrai par une bonne couverture en matière de soins infirmiers de ville.

- 15,58 pour 1000, dans le Gard
- 17,83 dans la Région
- 16,6 au plan national

b) *Sur le plan qualitatif :*

- Des inégalités de répartition des capacités d'accueil en EHPAD.

Des écarts de 13 à 146 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (Source évaluation APA 2007), en soulignant que le territoire d'intervention de l'Hôpital de Pont St Esprit est assez bien pourvu avec un taux d'équipement de 120 pour 1000.

Ainsi certains territoires, ne peuvent fournir un **accueil de proximité** (CLIC Aramon, la Grand Combe, du Vigan, de Vauvert et Quissac). Les personnes âgées doivent trouver des places sur d'autres territoires (Saint Ambroix, Nîmes, Bagnols S/Cèze, Uzès, Marguerittes, Lasalle...).

- L'offre médico-sociale n'est pas suffisamment diversifiée et modernisée.

On dénombre aujourd'hui, 265 places d'accueil séquentiel (jour et temporaire), soit moins de 5 places pour 1000. Lorsqu'il s'agit de placer une personne en hébergement temporaire ou en accueil de jour, l'action est limitée faute de places. Le choix du résident ou du patient, mais aussi le critère de proximité ne sont plus qu'une bonne intention qui ne peut pas prendre acte dans les faits par manque de structures.

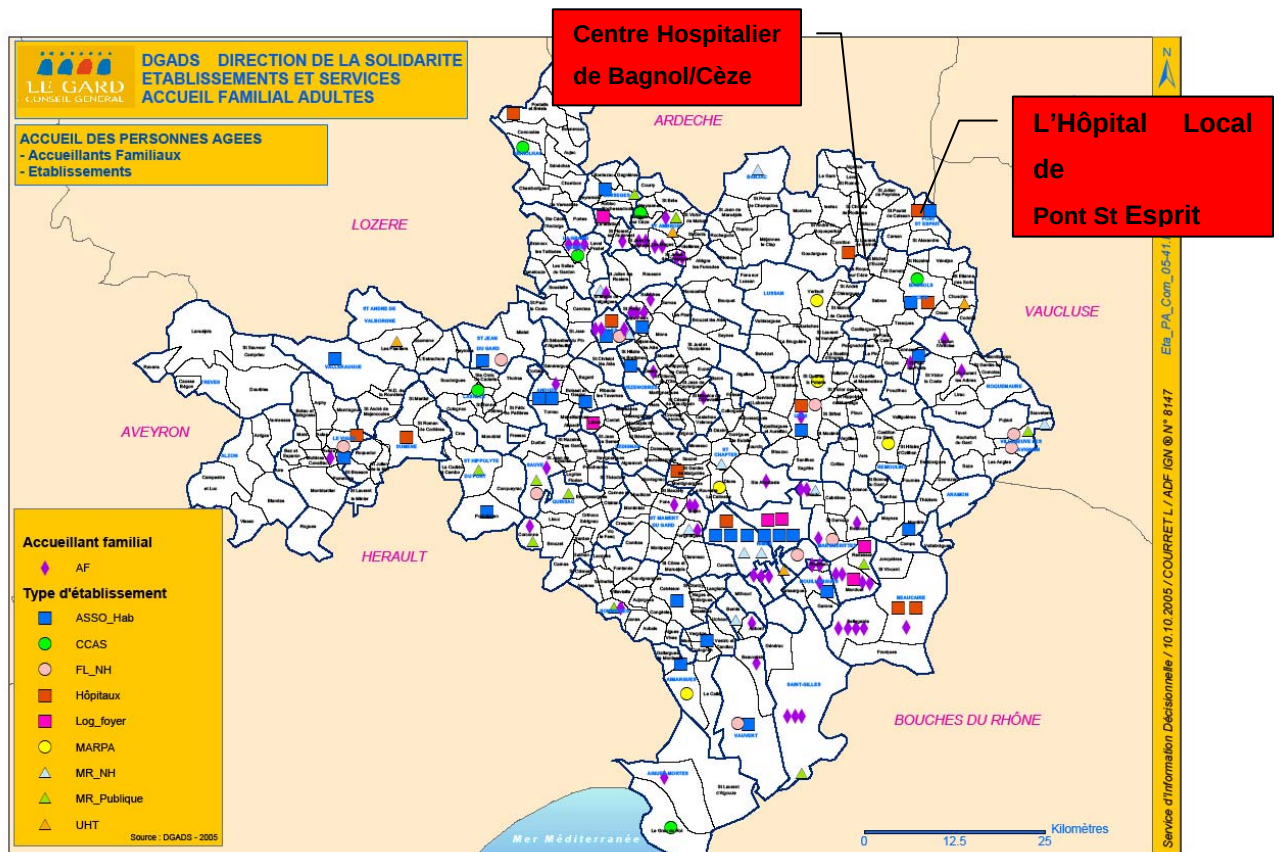
Les services qui permettent notamment d'apporter un soutien aux aidants naturels sont peu développés, et surtout mal articulés avec l'ensemble des dispositifs d'aide à domicile qui peuvent intervenir utilement en complémentarité sur ce type de prestations.

L'accueil et la prise en charge spécifique de la maladie d'Alzheimer sont insuffisamment développés.

Les formules alternatives, de types appartements regroupés, garde itinérante n'ont pas été mis en place, les acteurs de terrain, en cela soutenus par les institutions ont centré prioritairement leur développement sur leurs missions principales et la modernisation de leurs équipements.

1.2.2 L'hôpital local de Pont St Esprit : au cœur du dispositif de coordination

Le territoire d'intervention de l'hôpital local de Pont St Esprit, ne présente pas de spécificités par rapport à l'environnement global du Département du Gard. Ainsi la part des personnes âgées de 75 ans et plus représente 8,52% de la population totale, soit 6 545 personnes sur 76 779. C'est dans ce contexte général que l'hôpital local a construit son projet de développement, projet en cours de réalisation aujourd'hui. Deux idées principales peuvent être mises en évidence. L'hôpital local conforte sa place d'interlocuteur principal pour la prise en charge sanitaire et médico-sociale sur son territoire d'intervention, il s'est par ailleurs inscrit dans le dispositif de coordination gériatrique, dispositif qui reste toutefois inachevé.



A) L'opérateur principal sur son territoire d'intervention

L'hôpital local intervient principalement sur le territoire de quatre cantons, qui correspond au périmètre du CLIC et de la circonscription d'action sociale (services sociaux du Département) de Bagnols sur Cèze.

a) Des missions diversifiées.

Le projet d'établissement de l'hôpital local s'est inscrit dans une priorité de diversification de ses missions tant dans le domaine sanitaire que médico-social, l'objectif étant d'offrir à la population âgée locale une palette de services multiples, et qualifiés dans la proximité de vie des administrés, ainsi il assure :

- **Des missions de soins** tant dans le secteur sanitaire que médico-social
 - 5 lits de médecine
 - 14 lits de soins de suite et de réadaptation
 - 4 lits dédiés de soins palliatifs sur l'ensemble des 19 lits de médecine et SSR
 - 20lits de soins de longues durées

- 40 places de soins infirmiers à domicile, représentant 30% des capacités du territoire.

- **Des missions d'accueil soit** 205 lits EHPAD (275 à l'horizon 2009), représentant à terme (lits USLD compris) **34%** des capacités d'accueil du secteur (**816 lits**). Le taux d'équipement du secteur est de 125 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit un taux substantiellement supérieur à la moyenne Départementale.
- **Une mission de coordination** à travers le CLIC (Centre local d'information et de coordination). L'hôpital local assure la gestion de cette mission en accord avec le Département, qui a incité au développement de missions de coordination assurées par les hôpitaux locaux. Structures de proximité, structures qui compte tenu de leur place, assurent les liens entre le champ sanitaire et le champ médico-social

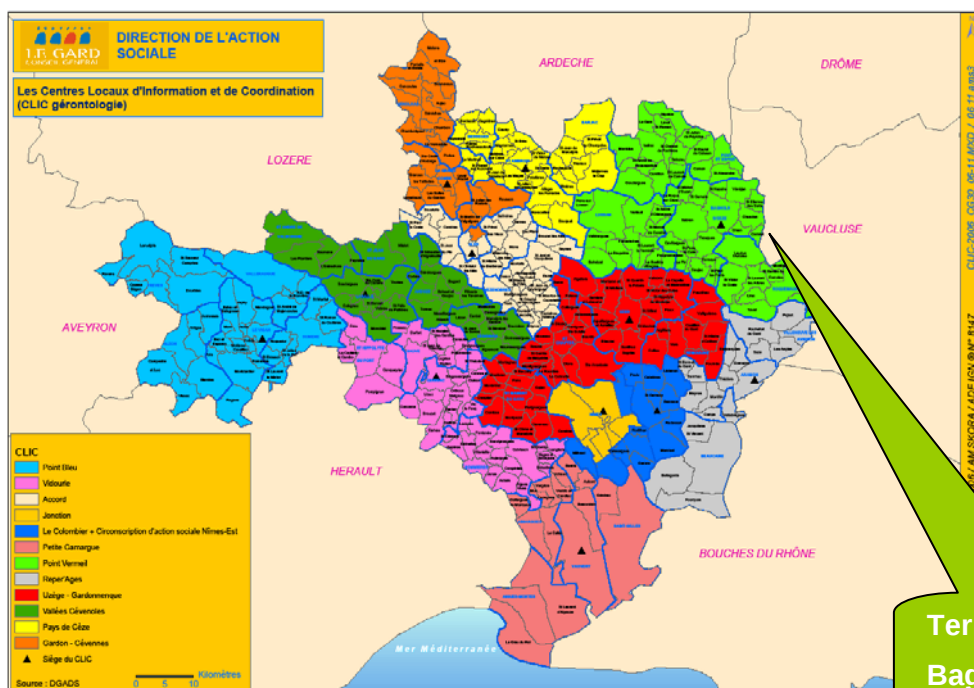
b) Conjuguées à une démarche de restructuration et de modernisation.

L'hôpital local de Pont St Esprit est implanté sur un site de centre ville qui présente des caractéristiques de grande vétusté. Un important projet de reconstruction de l'hôpital visant à moderniser les conditions d'accueil, et les modalités de fonctionnement a été mis en œuvre. Il est en cours d'achèvement. Par ailleurs, l'hôpital s'est porté candidat pour gérer un EHPAD de 60 lits implanté sur un site séparé, afin de renforcer la proximité de ses services auprès de la population du secteur. Ces deux opérations majeures pour l'hôpital induisent des investissements à hauteur de 40 millions d'€.

Il convient de souligner que l'hôpital gère un autre EHPAD récemment construit de 60 lits, sur la commune de Cornillon, dans la proximité de la ville de Bagnols sur Cèze.

B) Inscrit dans le dispositif de coordination pourtant inachevé

L'hôpital local s'est inscrit de façon très volontariste dans le dispositif de coordination départemental impulsé par le Conseil Général du Gard. Ainsi il a repris la responsabilité de gestion du CLIC, qui était jusqu'alors géré par une association. Ce choix qui visait à concrétiser le rapprochement nécessaire entre le secteur de la santé, le secteur social et le secteur médico-social, n'est pas totalement abouti, un certain nombre des objectifs assignés n'ont pas été atteints. Quatre raisons principales semblent expliquer cette situation.



a) *La nécessaire clarification des missions du CLIC.*

Le développement de la coordination gérontologique constitue depuis plusieurs années, une des priorités de la politique d'action sociale du Département. Priorité qui fait aujourd'hui consensus, pour l'ensemble des acteurs. En inscrivant les hôpitaux locaux comme des opérateurs de coordination, il s'agissait non seulement d'affirmer la nécessité du lien entre le sanitaire et le social, mais aussi certainement d'asseoir une légitimité, à ce qui allait progressivement devenir un service à part entière, et pas seulement une bonne intention.

La mise en œuvre de l'APA en 2002 est venue quelque peu modifier les données du problème, en cela que la montée en charge massive de la demande de prestation, a mobilisé quasi exclusivement, les CLIC qui ont été chargés de mettre en place les plans d'aide.

Ainsi, l'évaluation de l'APA à domicile réalisée à la fin de l'année 2006, révèle que les CLIC, ne sont pas totalement en mesure d'assurer leur rôle d'animateur gérontologique sur leur territoire d'intervention. Cela limite la portée de leur travail de « mise en relation opérationnelle des acteurs locaux » de promotion des actions de prévention. Ce constat révèle indirectement que les CLIC n'ont pas acquis toute leur légitimité. Ainsi l'hôpital local n'a pas pu développer les réseaux locaux, pour garantir une approche globale et articulée sur son territoire.

b) La persistance de difficultés d'articulations avec les acteurs locaux.

La priorité donnée à l'APA, n'est sans doute pas la seule explication. On constate des freins encore déterminant au travail conjoint des acteurs. Les facteurs sont multiples très certainement, historiques probablement. Les insuffisances de coordination de l'action des opérateurs locaux concernent principalement

- le centre hospitalier de Bagnols sur Cèze
- les intervenants libéraux
- les services d'aide à domicile

De façon générale on constate qu'aucun accord formalisé n'a été élaboré et passé entre eux, si ce n'est, sur la mise en place de la « filière gériatrique », initiative du centre hospitalier de Bagnol sur Cèze. On souligne à cet égard la difficulté historique au rapprochement entre le centre hospitalier et l'hôpital local, qui interviennent pourtant sur le même territoire, ils sont distants d'une dizaine de kilomètres, et complémentaires dans leurs missions.

Ainsi il n'existe pas, en dehors, des relations informelles, instaurées par l'équipe du CLIC, de protocole de fonctionnement, de guide de procédures, d'instance d'évaluation conjointe. Cette situation peut être constatée sur l'ensemble du Département, en soulignant que les initiatives engagées pour développer des relations partenariales avec les professionnels du secteur libéral n'aboutissent que très rarement.

c) Des processus de coopération ne sont pas encore engagés.

Aucun accord de coopération n'est actuellement engagé entre les opérateurs locaux, sur le territoire d'intervention de l'hôpital local, les réflexions fortement encouragées par le Conseil Général et la DDASS s'amorcent petit à petit. On peut toutefois rappeler que l'hôpital local a accepté de reprendre sous la forme de fusion la gestion de deux structures extérieures, soit deux EHPAD, l'un de 60 lits à Cornillon qui fonctionne depuis trois ans, et un de 60 lits et places à St Paul les Font qui ouvrira à la fin de l'année 2008.

d) *Une diversification des prestations et services à compléter*

L'hôpital local a inscrit dans son projet d'établissement, la nécessité de diversifier ses modes d'intervention et ses prestations et services. Cette orientation doit être concrétisée dans les évolutions à venir, autour de deux axes :

- le développement d'accueil de jour et d'accueil temporaire,
- l'accompagnement spécifique des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, à travers la création d'unités d'accueil de type « CANTOU» dans les nouvelles structures

2 LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L' HOPITAL : DE NOMBREUX OBSTACLES ENCORE

Les hypothèses présentées dans ce deuxième chapitre, découlent de l'étude de plusieurs sources de données, ressortant à la fois d'un examen des différents documents qui fondent l'organisation de la coordination localement, d'une recherche documentaire sur la thématique coordination gériatologique et de la conduite d'une enquête réalisée sous forme d'interview auprès des différents acteurs concernés, soit d'usagers, opérateurs locaux, et de responsables des institutions. (Conseil Général, DDASS)

Ces hypothèses d'explications, fondées pour l'essentiel sur des observations locales, ont certainement vocation, à éclairer plus globalement les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la « coordination gériatologique », elles préparent aussi à l'identification des mesures correctrices qui pourraient conduire à une amélioration des conditions de sa mise en œuvre.

L'analyse qui suit met en évidence trois causes principales qui limitent la portée de la coordination

2.1 Les différentes cultures professionnelles ne facilitent pas la complémentarité

La priorité de l'action gériatologique est d'apporter des réponses les plus adaptées aux usagers. Elle est d'autant plus atteinte que les professionnels seront en capacité d'articuler leurs interventions. Or, nous constatons que cela reste souvent difficile, en raison de la diversité des métiers et des acteurs professionnels.

En effet, les acteurs qui interviennent dans la coordination ont certaines difficultés à travailler en partenariat, en réseau, compte tenu de leur parcours initial : formation médecin, infirmier, assistants sociaux, psychologue. Leurs habitus professionnels révèlent des codes, des valeurs, des normes spécifiques facteurs d'incompréhension, voir de conflit.

2.1.1 Des cultures professionnelles diverses

A) Une approche des cultures professionnelles...

Comprendre la culture professionnelle nécessite de s'intéresser à la culture de la société à laquelle elle appartient. Cela suppose d'étudier comment une société fonctionne à un moment donné de son histoire, en la considérant comme un système, au sein duquel tout est lié à tout. Selon B.MALINOWSKI (1994)-« *la personnalité des individus est étroitement dépendante de la culture caractéristique d'une société particulière, par culture étant entendu notamment le système de valeurs fondamentales de la société* ». Le mot système désigne alors l'ensemble des règles communes à toute société qui serait caractérisé par leur permanence, au-delà de la diversité des cultures.

Pour autant, nous constatons que dans cet ensemble cohérent, les métiers vont générer des approches différentes. Ainsi la psychologue de l'hôpital local, ancienne responsable du CLIC, nous fait part de son expérience-« *le soutien à domicile dans le sanitaire s'inscrit dans une culture axée sur l'hygiène. Le point de vue du CLIC est différent, on accepte mieux qu'une personne âgée puisse rester à domicile, même si les conditions d'hygiène ne sont pas parfaites* ». Mais elle souligne par ailleurs -« *nous n'avons pas les mêmes représentations, nos échanges sont fructueux* » et conclue en soulignant que -« *la culture professionnelle différente entre le sanitaire et le médico-social, est une véritable richesse et une complémentarité pour les acteurs* »

Les professionnels, les partenaires de l'hôpital local n'échappent pas à leur propre culture et à la rencontre de celles des autres acteurs. De cette culture qui est une culture professionnelle étayée par une culture de l'organisation, de l'entreprise découle un partage de valeurs.

B) ...vers des valeurs partagées.

Toute organisation, institution, structure, service, offre une culture, c'est-à-dire :-« *une structure de valeurs et de normes, une manière de penser, un mode d'appréhension du monde qui oriente la conduite* » (E.ENRIQUEZ, 1997).

Cette culture ne peut se concevoir sans considérer les liens qu'elle a tissé avec l'histoire de l'organisation. Les structures définissent des attributions de place, des attentes de rôle,

des conduites de plus en plus stabilisées, des habitudes de pensée et d'action. Ainsi, mieux comprendre le système, l'organisation sanitaire et médico-sociale pour tout professionnel intervenant dans le champ de la coordination gériatrique implique qu'il- *« connaisse les représentations des autres professionnels sur le domicile, afin d'être complémentaire, de s'enrichir des autres et apprendre aux autres »*, nous fait part un travailleur social du CLIC. Cette approche rend compte d'une volonté d'aller vers les autres, sans appréhension de la différence. Cette différence est à aborder non pas comme une limite mais comme un atout, qui s'inscrit aussi dans une démarche de management. Le Directeur de l'Association Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) témoigne *« qu'il faut travailler sur des valeurs communes et partagées, pour tisser du lien professionnel »*.

Cependant, l'investigation sur le terrain de recherche, démontre qu'au-delà de valeurs, des codes de déontologie, des chartes référentes partagées, des difficultés subsistent encore et ne facilitent pas les complémentarités. Alors en quoi la diversité des activités est-elle un frein ?

2.1.2 Des métiers multiples en grande mutation

De nouveaux et nombreux métiers s'organisent autour de la prise en charge des personnes âgées. L'évolution de leurs missions implique un niveau de qualification et de formation adapté. Cependant, on rencontre encore des disparités dans le secteur sanitaire et médico-social qui entraînent des difficultés pour certains acteurs à se coordonner.

A) Des formations et qualifications différentes

L'augmentation des personnes âgées dépendantes depuis une vingtaine d'années a suscité la création de nombreux métiers pour répondre aux besoins croissants. Nous constatons que les interventions auprès de cette population âgée ne sont pas toujours efficaces en termes de compétences, une responsable du SSIAD, nous le confirme – *« nous travaillons en partenariat, cependant il y a des professionnels dont le niveau de formation demeure faible. Cela, nous pose des problèmes dans la prise en charge des personnes »*.

Or, la formation et la qualification constituent un corpus culturel qui légitime le professionnel dans sa pratique. R.SAINSAULIEU (1987), nous enseigne que ce **processus de socialisation culturelle**, repose sur la **transmission** par les anciens, l'**apprentissage** issu de l'expérience professionnelle et la **prescription** idéologique.

L'évolution rapide des métiers, des mutations professionnelles implique que les professionnels puissent recevoir un apprentissage au sens de SAINSAULIEU. L'**apprentissage** permet de faire l'expérience d'être ou de penser en rapport avec l'exercice du pouvoir, les jeux de communication, les formes de convivialité dans le groupe.

Or, l'étude de la DRESS publiée en janvier 2006 portant sur les effets de l'APA et l'aide dispensée aux personnes âgées par les services à domicile, démontre que le manque d'effectif, le turn-over important, les difficultés de recrutement le besoin de professionnalisation chez les aides à domicile, nécessite un réel processus de socialisation, afin que ces professionnels puissent être des acteurs légitimés par leurs partenaires. La coordination gérontologique ne peut pas être efficace, lorsque certains professionnels pensent de leurs partenaires qu'—« *il y a un manque de formation chez les aides ménagères. Il faut les former. Avec certaines associations cela se passe très bien, avec d'autres elles n'entendent pas nos remarques, mais aussi les plaintes des familles* » selon la responsable du SSIAD. Cet exemple illustre bien, comment des légitimités inégales se mettent en place.

Ces apprentissages sont interdépendants de la **transmission**. Il est entendu par transmission, une série de pratiques d'information, de communication destinées à faire prendre conscience des valeurs, des modèles, des normes en vigueur dans chaque structure, chaque entreprise. Transmettre demeure un acte important dans la professionnalisation. L'infirmière libérale du territoire de Pont St Esprit renforce cette idée par —« *il faut travailler sur des transmissions communes avec les différents professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée. Ce manque dans la coordination gérontologique ne facilite pas le travail pluri professionnel* ».

Les professionnels sont confrontés à la culture du changement et aux exigences des personnes âgées.

Ces changements s'opèrent désormais par de nouvelles attentes. La coordination gérontologique nécessite donc de regarder la complémentarité des métiers et comment évoluent les métiers au sein des professionnels. La Directrice Adjointe de la DDASS évoque —« *qu'il faut développer des compétences « supportives » complémentaires pour*

répondre à l'ensemble des besoins ». Rappelons que ce sont les besoins des personnes âgées qui définissent les métiers. Définir des zones de partages et d'autonomie comme le souligne la psychologue ex-responsable du CLIC semble important : *« Il faut formaliser les partenariats tout en laissant des marges d'initiatives aux intervenants du territoire »*. Dans la coordination nous sommes dans une prise en charge de réseau. Nous sommes interdépendants à l'intérieur de l'hôpital ou à l'extérieur. Les professionnels à partir des mêmes pratiques, des mêmes recommandations doivent pouvoir se coordonner avec d'autres acteurs, sur le territoire (EHPAD, SSIAD, ADMR, IDL, ...). Ce qui oblige à être dans le consensus, à **être créatif**, c'est-à-dire : adapter une autre manière de penser et apprendre à se mettre d'accord.

B) La coordination gériatrique: un métier spécifique dans un environnement en mutation

L'environnement dans lequel évolue la coordination gériatrique est en grande mutation.

La démographie des professionnels de santé (médecin, médecin coordonnateur, médecins spécialistes (en particulier ceux répondant aux besoins principaux des personnes âgées,) kinésithérapeutes, psychologues, infirmières à domicile...) souffrent d'un vieillissement important, d'une désertification dans le milieu rural et d'une féminisation des professions médicales qui entraînent de nouvelles formes de travail. Ainsi à l'hôpital local de Pont St Esprit, la moyenne d'âge élevée des médecins (56ans), fait qu'il y a une volonté de créer une maison médicale adossée à l'hôpital pour anticiper les départs à la retraite. Les infirmières libérales, les kinésithérapeutes...sont autant de professionnels qui sont concernés par l'un des trois critères cités. Ceci a pour conséquence, un manque de disponibilité, de temps, pour ces professionnels qui se traduit par une coordination gériatrique pas toujours bien identifiée par les acteurs sur le territoire.

Ce contexte conduit à une difficulté générale de visibilité, pour les personnes âgées dépendantes, mais aussi pour les professionnels (médecins, travailleurs locaux....) Ainsi, l'infirmière libérale nous informe qu'il existe un : *« manque d'articulation de tous les acteurs, pas de lien entre les infirmières libérales et l'hôpital local. Un seul interlocuteur le SSIAD »*.

De ce contexte local, l'analyse qualitative des interviews menées sur le terrain de recherche, nous amène à comprendre les intérêts divergents qui subsistent encore.

2.1.3 Aux intérêts divergents

Alors que la réussite de la coordination gérontologique repose -« *sur la convergence d'intérêts à travailler ensemble. C'est avec la notion de complémentarité, de place, de pouvoir entre institution et lobbies associatifs qu'il faut travailler pour faire du lien.* » Nous fait part une responsable du CG, force est de constater que des enjeux structurels et économiques freinent au développement efficace de cette coordination.

Ces deux approches inter-reliées ont des conséquences dans l'articulation des complémentarités et des contraires dans le système sanitaire et médico-social. En comprendre les causes est donc l'étape incontournable pour élaborer des préconisations.

A) Des intérêts économiques interdépendants des intérêts structurels:

L'argument explicatif du premier chapitre démontre que le département du Gard est confronté à une situation économique défavorable. Les conséquences sur les choix des politiques publiques, sont majeures, comme l'atteste le Directeur de l'association ADMR : -« *les politiques gérontologiques dans le département sont d'inégales prestations. Tout d'abord parce que le département a des difficultés économiques, ce qui se traduit par une inégalité de l'offre des prestations. Manque de service, manque d'équité territoriale. Les territoires ont des besoins spécifiques, on ne peut pas apporter des réponses uniformisées* » Dès lors, cette réalité territoriale et économique se traduit sur le terrain par : -« *des partenaires associatifs, libéraux cloisonnés, ce qui entraîne une coupure entre le monde libéral et public, car le monde libéral est très offensif. Cependant, on note des progrès avec le SROSS, les conférences de territoire* » nous précise le Directeur de l'hôpital local.

Les logiques économiques incitent à plus de réactivité. Les notions d'efficacité, de performance sont plus récentes dans le secteur public. Cependant la tarification à l'activité (T2A), mise en œuvre avec l'ordonnance de 2005 a déjà changé l'approche économique. Les directeurs, les médecins, les personnels comprennent bien les enjeux financiers et l'hôpital de Pont St Esprit reste inquiet quant au passage à la T2A, pour les services de médecine et SSR. Désormais on produit à l'hôpital du parcours de soins, il faut organiser les filières de prise en charge des patients. L'accueil et la sortie du patient intéressent l'hôpital, l'hôpital est un processus inscrit dans un système plus large et complexe.

Ces conflits d'intérêts qui se prolongent aussi dans le secteur public.

B) Des intérêts sectoriels (établissement-domicile ...)

Alors que les logiques économiques concernent tant le secteur privé que public, force est de constater que mutualiser les moyens n'est pas un allant de soi. En effet, la Directrice Adjointe de la DDASS, nous éclaire sur les enjeux au niveau du territoire : -« *l'hôpital local et le centre hospitalier se vivent en concurrence, il n'y pas de complémentarité. Il faut mieux articuler les moyens sanitaires et médico-sociaux entre ces deux établissements de santé, alors qu'ils sont à 10 Km. Aujourd'hui, cela n'a plus de sens qu'il y ait deux structures, il faudrait envisager un regroupement...* »

Penser le territoire à partir des structures, suppose donc de mieux se coordonner en coopérant de manière adaptée au contexte local. On entre ici, dans une nouvelle conception des espaces, désormais il apparaît plus pertinent de réfléchir à partir des territoires plutôt que des établissements. Le territoire pourquoi faire ? C'est un espace d'organisation du système sanitaire et médico-social, c'est un espace d'expression citoyenne (élus, attentes des besoins...) et un espace de concertation et régulation. Le territoire espace d'un projet, permet un vécu partagé par les acteurs, un sentiment d'appartenance, une solidarité concrète. Cela permet de s'éloigner des approches « hospitalo-centristes » qui sont des freins aux logiques de partenariat, de réseau et coopération. Ainsi, la Directrice Adjointe de DDASS, dans sa définition de la coordination met en perspective les territoires : -« *la mise en lien des intervenants, c'est-à-dire relier pour trouver du sens à la politique de santé sur un territoire. Le principe de coordination est qu'il doit s'adapter au terrain. Mutualiser, passer le relais, ne pas faire la même chose. Il faut développer la territorialisation avec d'autres partenaires, cela signifie appréhender la santé d'une manière plus large avec les acteurs locaux (écoles, commerces...)*

L'approche territoriale développée jusqu'alors, se prolonge avec l'analyse qualitative de l'offre sanitaire et médico-sociale.

2.2 Les réponses sanitaires et médico-sociales, insuffisamment développées par leurs nombres et leurs diversités

Il s'agit pour nous, de vérifier qu'une bonne coordination doit répondre à plusieurs niveaux de ressources sanitaires et médico-sociales pour satisfaire aux besoins de la population. Ces typologies de ressources doivent être diversifiées et plurielles, sur le territoire d'intervention de l'hôpital local. La coordination des interventions est d'autant plus

pertinente que des réponses en matière de santé, d'accompagnement social et médico-social sont quantitativement suffisantes au regard des besoins de la population âgée, mais aussi diverses pour apporter des aides les plus personnalisées possibles, en tenant compte notamment de l'environnement social et familial.

Pour enrichir ce travail, nous avons croisé d'autres éléments tels que comment prendre en compte le déplacement, le transport pour faciliter l'accessibilité aux structures sanitaires et médico-sociales

2.2.1 Un déficit en équipement d'accueil et de service

L'analyse de l'équipement d'accueil et de service s'appuie sur le point de vue des professionnels et des institutionnels. Ces points de vues contradictoires et complémentaires démontrent l'approche complexe des systèmes d'organisation en matière de soins ou de prise en charge médico-sociale, pour la coordination gériatrique. Elle s'exprime certes, pas une insatisfaction des professionnels concernant l'offre, mais aussi par la mise en exergue d'une utilisation des moyens peu efficiente.

A) Des réponses sanitaires et médico-sociales insuffisamment développées.

Selon les professionnels, l'analyse de l'offre sanitaire et médico-sociale, bien que différenciée dans les logiques cloisonnées, peut s'appréhender à partir d'approches communes. En effet, la personne âgée hospitalisée dans le secteur sanitaire ou accueillie en hébergement, doit pouvoir avoir accès aux différentes organisations mises en œuvre à l'hôpital local. L'organisation des soins et celle de la vie institutionnelle, reposent sur plusieurs critères : la continuité et la globalité des soins, la graduation des soins, l'évaluation des besoins sur le territoire, l'accessibilité à l'accueil séquentiel, spécialisé...

Plus précisément dans le secteur sanitaire, pour ce qu'il en est de la **continuité des soins** à l'hôpital local de Pont St Esprit, la permanence médicale et la permanence des soins sont structurées. Il en est de même sur le territoire de référence avec le centre hospitalier de Bagnols sur Cèze. Cependant, bien que le **principe de graduation des soins** existe à l'hôpital local et se prolonge avec la filière en soins gériatriques, le Directeur de l'hôpital local de Pont St Esprit, pointe certaines insuffisances -« *les sorties de courts séjours posent problèmes, et un manque de lits SSR est criant. La demande est supérieure à l'offre et le retour à domicile reste difficile* ». Dans l'élaboration du projet

d'établissement, le projet médical souligne la création d'un service de 30 lits de SSR. Le CPOM 2004-2008 a positionné l'hôpital local, comme référent du bassin de santé en SSR. Ceci s'accompagne d'une nouvelle organisation médicale s'articulant autour de praticiens hospitaliers. L'hôpital dispose d'un mi-temps de praticien hospitalier obtenu au titre du CPOM signé en mars 2007, l'objectif est de disposer de 1.5 équivalent temps plein afin de constituer l'ossature de l'équipe médicale. L'un d'entre eux au moins sera titulaire de la capacité en gériatrie.

Ce choix renforce les propos de la DDASS qui estime –« *que l'hôpital local doit développer des consultations avancées avec le CHU, le Centre Hospitalier de Bagnols ; ex : 1 gériatre ½ journée par semaine à l'HL.* »

A cela, il ne faut pas négliger que l'absence de lits de psycho-gériatrie peut entraîner des orientations inappropriées en psychiatrie et l'on sait que l'hospitalisation d'une personne âgée génère un risque de morbidité et de mortalité accru. Par ailleurs si les secteurs de psychiatrie suivent les patients vieillissants déjà connus, des problèmes se posent en revanche pour l'accès aux soins psychiatriques. Alors qu'il existe une convention établie depuis une dizaine d'années avec l'Etablissement Public de Santé (EPS) le « Mas Careiron », nommé auparavant hôpital départemental en psychiatrie, les hospitalisations des patients ou résidents demeurent encore difficiles. Les médecins psychiatres ont une approche de plus en plus « hospitalo-centriste » et considèrent que les situations pour lesquelles ils sont interpellés ne relèvent pas du champ de la psychiatrie. Désormais, pour une personne confuse, ayant des troubles du comportement, l'hôpital local reste parfois sans réponse adaptée.

B) La diversité des réponses sanitaires et médico-sociales à améliorer.

Dans les structures médico-sociales, il ressort des entretiens avec les différents professionnels et institutions, un sentiment d'insatisfaction. Ainsi, selon le Directeur Adjoint de l'hôpital local –« *nous avons des problèmes avec les personnes vieillissantes qui étaient auparavant hospitalisées en psychiatrie. Il manque des structures adaptées, l'offre demeure insuffisante pour couvrir les besoins. Il ne faut pas oublier que nous devons veiller à la sécurité des personnes, et je rappelle que celles qui vivent en EHPAD, sont dans leur domicile.*». Ce point de vue est partagé avec le cadre en EHPAD, et confirme « *que les psychiatres comprennent de moins en moins les difficultés qu'elles rencontrent avec les personnes âgées agitées. La population âgée a changé, et l'engagement professionnel aussi.* »

La diversité des structures médico-sociales demeure peu variée. Elle se traduit par trois accueils de jour sur le bassin géographique et 25 places d'hébergement temporaire. Nous constatons, que la capacité d'accueil séquentiel demeure insatisfaisante pour couvrir les besoins de la population.

Nous souhaitons, que la labellisation d'une filière en soins gériatriques en amont et aval d'une hospitalisation, contractualisée dans les CPOM (2007) en cours d'élaboration puisse permettre une meilleure **globalité des prises en charge**, notamment dans la coordination gériatrique. Comme le précise le Médecin Coordonnateur : *« l'offre de soins sanitaire et médico-sociale est insatisfaisante. Il manque des prestations accueil de jour et quand elles existent il n'y a pas les moyens de les faire fonctionner »*. L'hôpital local de Pont Saint Esprit va offrir une réponse de proximité par l'ouverture prochaine d'un accueil de jour de 10 places et s'inscrit dans la filière gériatrique.

Il apparaît lors des interviews un nouveau point de vue. Selon la psychologue, ex-responsable du CLIC : *« il y a une assez bonne réponse sanitaire et médico-sociale, mais il manque de place pour accueillir les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, il manque des maisons de repos (moyen séjour, accueil de jour), de plus on note une inadaptation de la durée de séjour à l'hôpital (trop courte ou trop longue, mauvaise orientation...) »*. L'hôpital local de Pont Saint Esprit dispose de 24 places en CANTOU réparties sur les trois sites.

Ainsi à l'hôpital local de Pont St Esprit, il manque un service d'accueil de jour, des services de gardes itinérants...ceci ne permet pas d'assurer une continuité de prise en charge qui limite toute rupture prolongée avec le milieu de vie habituel. Alors, même, que le plan ALZHEIMER incite véritablement à développer une politique d'aide aux aidants, de créer des référents coordonnateurs, on s'aperçoit que la réalité territoriale est impactée directement par des enjeux économiques qui freinent les meilleurs intentions.

A ce stade de l'analyse, il apparaît que nombre de professionnels questionnés, regrettent que l'offre ne soit pas plus étoffée. Dès maintenant, nous allons aborder les modalités de la mise en œuvre des moyens. Le regard des professionnels et des institutions, met en exergue les leviers sur lesquels nous pourrions apporter des améliorations.

2.2.2 Des moyens existants qui ne sont pas utilisés de façon optimale.

Alors qu'il faut porter les efforts sur les moyens, nous disent les professionnels, force est de constater que le territoire de proximité ou de référence, s'il n'est pas totalement couvert de structures et services, n'est pas pour autant démuné. Cependant, les acteurs exigent tout comme les familles, n'hésitent pas à faire remonter les problématiques et soulignent les manques dès lors que les pouvoirs publics ne répondent pas de manière efficace.

A) Une utilisation des moyens perfectibles.

Or, il se trouve qu'entre établissements de santé, nous constatons un manque de coordination gérontologique, qui selon la Directrice Adjointe de la DDASS est induit par d'autres critères *« il n'y a pas assez de lien avec l'hôpital local et le centre hospitalier de Bagnols. Il manque des liens de confiance qui ne permettent pas une fluidité entre les deux établissements qui a pour conséquence une dégradation de la qualité de l'offre de soins et un retour à l'hospitalo-centrisme fort. »*. Il apparaît dans cette situation, des problèmes de communication qui sont vecteurs de cloisonnement. Les outils existent, mais ne suffisent pas. C'est sur les « Hommes » que reposent la faisabilité des projets quelques soient les moyens. La psychologue, ex-responsable du CLIC, complète cette analyse, et va plus loin dans son appréciation—*« il y a une insuffisance de préparation à la sortie du centre hospitalier de Bagnols, un manque de discussion avec les familles...bien que la filière en soins gériatrique participe du réseau, il y a un risque de dépersonnalisation du parcours de la personne âgée. Les médecins ont tendance à prescrire plutôt qu'à conseiller. »*

Ceci nous démontre, que l'analyse quantitative de l'offre sanitaire et médico-sociale ne peut être efficiente que si le service créé est utile au bénéficiaire.

Or, trop souvent les professionnels ont tendance à valoriser l'approche objective et experte des besoins de la personne âgée, dont la parole est oubliée. Replacer la personne âgée au cœur des dispositifs sanitaires et médico-sociaux ne peut se suffire de bonnes intentions. De telles postures, dans des contextes nationaux et locaux, où les marges de manœuvre se rétrécissent par nécessité de rationalité, permettent de s'interroger sur le sens des activités mises en place.

La légitimité des professionnels est parfois re-questionnée, au point parfois d'avoir des lectures différentes des problématiques communes. Comme l'illustre la Directrice Adjointe de la DDASS, avec un point de vue opposé sur l'équipement, pose une question

que l'on peut rattacher à celle de la psychologue :-« *Le secteur Rhodanien est bien équipé. Le développement de l'accueil de jour, ne répond pas vraiment à un besoin tel qu'il a été conçu. On constate un problème d'accessibilité physique, d'accessibilité financière, d'accessibilité à l'information. Dire qu'on favorise le maintien à domicile en créant de l'accueil de jour n'est pas convainquant. Créer de l'accueil de jour, pourquoi faire, à la demande de qui ? N'est ce pas antinomique de répondre à tous les problèmes des malades ?* »

Si chacun s'accorde à dire qu'un véritable dispositif de soutien à domicile repose sur des possibilités d'accueil alternatif indispensable au soutien des aidants naturels, alors il appartient aux responsables et aux dirigeants de questionner le sens des activités et les modalités de développement de cette offre. Comment faire pour être engagés dans des projets, actions partagées en considérant tout d'abord l'usager, le futur patient ou résident comme un acteur de son propre projet de vie. La dimension citoyenne s'adresse en première intention aux usagers, mais aussi aux professionnels qui garantissent aux plus démunis la possibilité d'être accueillis, pris en charge dans les meilleures conditions.

B) Encore un effort sur l'accessibilité aux prestations.

Enfin, faciliter la vie sociale de la personne âgée et la soutenir dans son environnement, implique de développer des politiques publiques œuvrant pour une meilleure accessibilité.

Il s'agit de s'assurer que les personnes âgées puissent avoir les **accès à leurs droits**. Cette accessibilité est au centre de la perception des différentes échelles territoriales, elle tient compte du **trajet**, c'est-à-dire le temps, la distance qui facilite et rationalise les déplacements, mais aussi de la **trajectoire**, soit le chemin à parcourir dans le système de soins pour une prise en charge adéquate. Ainsi, après avoir interviewée une résidente à l'hôpital local, il apparaît qu'elle n'avait pas eu connaissance du CLIC, car le système d'information et communication lui était inaccessible. L'évaluation de l'APA dans le Gard nous démontre qu'il apparaît un manque d'information sur la coordination gériatrique pour mieux accueillir les usagers dans notre établissement. En effet, 17% des CLIC sont à l'origine des demandes de placement en hébergement temporaire alors que 33% des demandes sont faites en majorité par les particuliers et 29% par les hôpitaux.

Le Directeur de l'hôpital local, en connaît les enjeux et nous confirme dans son analyse que- « *la coordination autour de la personne âgée, se traduit par l'évaluation des besoins, d'un plan d'aide... il faut mettre en place les bons acteurs, développer des politiques de communication et d'information sur les territoires. Etre présents aux réunions sur le canton.* »

L'accessibilité aux prestations, suppose aussi de prendre en compte pour un accueil dans un établissement, des prix de journées élevés et la complexité des procédures pour bénéficier de l'aide sociale. En outre, les places en accueil temporaire avec des frais de transports conséquents non pris en charge totalement par l'assurance maladie, se traduisent par l'impossibilité d'accéder à ces prestations. En termes d'égalité des droits, cette population demeure marginale. Pour ces personnes âgées se pose donc la question essentielle de l'accessibilité aux structures d'accueil et d'hébergement, dès lors que la prise en charge ne requiert pas seulement le champ du sanitaire.

Enfin, pour enrichir ces propos, le Directeur de l'ADMR, nous apporte son regard sur la situation : *« on constate une offre insuffisante au regard des besoins des personnes au niveau du département ex : accompagnement des transports ; l'aide à la mobilité devrait être prise en compte dans l'APA, mais les difficultés économiques du Département, ne permettent pas un développement majeur de cette prestation »*. En matière de transport, le problème se pose en termes d'accessibilité et d'accompagnement. Plus précisément aux personnes âgées qui ont perdu de leur autonomie, comme à toute personne à mobilité réduite et peu de réponses existent à ce jour.

Pour toutes ces raisons évoquées, l'accessibilité à leurs droits et prestations demeure encore difficile pour les personnes âgées.

Dès à présent, nous allons analyser avec la troisième hypothèse les différents niveaux de responsabilité et de décision avec les institutions DDASS, ARH, CG et mesurer la cohérence des différentes interventions. En outre, nous souhaitons vérifier que le système génère une multitude d'intervenants et qu'il est difficile de s'assurer de la cohérence des intervenants et interventions. Ceci générant de la fragmentation en termes de pilotage, de décision et d'actions mises en œuvre.

2.3 La fragmentation des compétences et des interventions ne facilite pas la visibilité des actions mises en œuvre

L'organisation du système de santé et des dispositifs médico-sociaux est particulièrement complexe (cf. Chapitre I). Cette situation est vécue avec difficulté par les professionnels. Ils en soulignent avec force les contraintes.

2.3.1 L'enchevêtrement des compétences institutionnelles, un facteur de contraintes pour les acteurs.

La décentralisation qui dès le début des années 1980 bouleverse le paysage institutionnel, constitue un élément déterminant de complexification.

A) Souligné par les représentants des institutions

Dans ce contexte, le Directeur Général Adjoint du Développement Social (DGADS) nous fait part de son point de vue: *« il serait certainement plus simple que le pilotage politique soit unique, plutôt que partagé entre différentes autorités, en l'espèce l'Etat et les Conseillers Généraux. Les études conduites dans ce sens à l'occasion de la mise en place de l'acte II de la décentralisation (rapport BRIET-JAMET) concluaient à la recherche de l'unicité du pilotage du secteur par les Conseils Généraux. Ces recommandations n'ont pas été suivies d'effets, on peut même dire que la situation s'est encore complexifiée avec la mise en place de la CNSA ».*

Toujours selon le DGADS, *« La loi 2005 -102- du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, au delà de ses aspects favorables à la prise en compte des problématiques du handicap, renforce le rôle régulateur de la CNSA sur toutes les questions concernant la prise en charge de la dépendance. Ce rôle de régulation apparaît notamment dans le cadre de la mise en place des PRIAC , qui interfèrent directement sur la planification des équipements dans les départements. A cela, s'ajoute la planification sanitaire (SROSS) qui prend rarement en compte les orientations définies par les Conseils Généraux »*

Ainsi le Département est identifié comme le chef de file de la politique en faveur des personnes âgées. On constate qu'en fait il existe au moins trois niveaux de régulation, le national, le régional, et le local. Outre que cette situation réduit la maîtrise des départements sur leurs orientations et leurs planifications, elle peut interroger la cohérence des décisions prises.

Les réformes législatives en préparation, celle des hôpitaux dans la suite du rapport « LARCHER », la mise en place du « 5^{ème} risque autonomie dépendance, et dans le cadre de la refonte des politiques publiques la création des Agences Régionales de Santé (ARS), vont-elles accentuer les difficultés, ou les réduire ?

La Directrice de la DDASS esquisse une réponse *« il y a trop d'échelons de décisions : échelon local et de proximité, échelon départemental, échelon régional et national. Il y a trop d'intervenants financiers : CNSA, Assurance Maladie, Département. Il faut définir les processus décisionnels, désigner un décideur unique. Ce sera peut-être les ARS ? »*

B) Regretté par les opérateurs.

Les directeurs d'établissement et de services, les professionnels de terrain aussi, soulignent l'opacité de ces organisations, la difficulté d'identifier les responsabilités, l'insuffisance du pilotage.

Selon le Directeur de l'hôpital local : *« il y a trop d'interlocuteurs, avant la décentralisation il y avait la DDASS et la situation économique du pays était plus favorable. On a connu la période des années 1982, avec la décentralisation et aujourd'hui nous sommes dans une période de pénurie où la rationalisation économique prévaut sur tout. Les difficultés financières et budgétaires avec plusieurs partenaires ne facilitent pas la cohérence des projets. Chacun se renvoie la responsabilité des problèmes, il est difficile de trouver le bon interlocuteur. On fonctionne par à coups selon les événements (canicule) pas de continuité dans le travail, l'événementiel dicte les actions »*

L'infirmière libérale interrogée sur le même thème confirme ce point de vue, *« manque de coordination précise, trop d'interlocuteurs, on s'éloigne entre professionnels ceci a pour conséquence de ne pas rapprocher et rien ne devient lisible. Il est important qu'il y ait un seul pilote, un seul interlocuteur pour que la coordination soit constructive. »*

Au-delà des contraintes de gestion que cette situation impose, on peut aussi mettre en évidence les conséquences négatives sur les usagers, comme l'illustre le Directeur Adjoint de l'hôpital local : *« dans les politiques gérontologiques on ne voit pas la finalité. Il manque de visibilité de la part des politiques. Ex : depuis juillet 2007, nous attendons que l'on signe la convention tripartite. Le manque de cohérence entre les deux institutions CG et DDASS empêche que l'on signe la convention, chacun s'en renvoyant la responsabilité. On note un manque de transparence, il se fait de l'affichage et il y a peu de retour pour la population. La seule manière de mesurer les actions s'évalue grâce à la feuille d'impôts ».*

2.3.2 L'évolution permanente des dispositifs, des difficultés d'adaptation.

Une succession de réformes ont construit le système de santé et le dispositif médico-social depuis les années 1940. Le processus législatif s'est accéléré dans les années 1990. L'environnement en perpétuel changement, dans un contexte de maîtrise des dépenses, d'accélération des mutations technologiques, de nouvelles exigences des usagers, autant d'éléments qui contraignent les acteurs à évoluer.

Plus précisément l'une des caractéristiques du secteur public repose sur la **mutabilité** ou le devoir de s'adapter en permanence aux besoins des usagers.

A) Ainsi émerge la dimension territoriale...

Pour y répondre, la recomposition de l'offre de soins et l'offre médico-sociale s'organise autour de l'aménagement du territoire. Désormais, les planifications des politiques sanitaires et gérontologiques s'appuient sur des territoires de proximité, de référence ou de recours et engagent les acteurs à faire face à la spécificité de leur contexte local.

Ainsi la psychologue, ex-responsable du CLIC souhaite qu'on -« *redéfinisse le périmètre d'intervention du territoire* ». La Directrice Adjointe de la DDASS confirme que :-« *La situation géographique de l'hôpital local à la marge du département entraîne des problèmes de coordination, car il y a plus de chevauchements avec d'autres collectivités territoriales (Drome, Vaucluse, Ardèche) la proximité avec les autres départements rend difficile la coordination, la filière gériatrique.* » Par ailleurs, les établissements de santé tentent de faire émerger des réseaux sur leur territoire d'intervention, en favorisant leur développement au sens de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces réseaux peuvent aujourd'hui se constituer à partir d'un groupement de coopération sanitaire. Ainsi, faire vivre le réseau selon la psychologue suppose-« *aussi une bonne coopération entre différents acteurs, sans notion de hiérarchisation* ». En cela elle fait référence au « méta-réseau » de l'ordre des Jésuites -« *Le réseau est une étoile et non une pyramide* », ce qui implique à nouveau une notion d'autonomie et d'engagement. Or, les professionnels, souhaitent des marges de manœuvre de plus en plus importantes, et la création de nouveaux dispositifs les inquiètent dans leur mise en forme.

B) -... et la notion de coopération

Bien que, les ordonnances du 24 avril 1996, complétées par les lois du 17 janvier 2002 et du 4 mars 2002 mettent en place de nouvelles formes de coopération, les évolutions législatives sont trop rapides pour les acteurs. Ainsi, lors des entretiens, on peut noter que le personnel soignant, à peu connaissance des grandes réformes, et souvent fait des confusions. Même si l'ordonnance du 4 septembre 2003 opère un processus de simplification des formules de coopération et que le GCSMS devient un instrument privilégié de la coopération en réformant le réseau en mode de coopération et lui donnant une personnalité morale, dans le département du Gard aucun GCS ou GCSMS n'existent à ce jour.

Le DGADS précise à ce sujet-« *les formules de coopération paraissent incontournables dans un avenir proche, compte tenu notamment du contexte économique du secteur. Le Conseil Général encourage en lien avec la DDASS la construction de ces coopérations. Pour autant on mesure les réticences des acteurs, qui soulignent les difficultés supposées de mise en œuvre, et sans doute aussi leur lassitude face aux évolutions permanentes de l'environnement juridique de leurs activités* »

Cependant, d'autres formes juridiques participent à une bonne coopération entre partenaires institutionnels. En effet, la circulaire n° 2000/295 du 30 mai 2002 relative à l'amélioration de **la filière de soins gériatriques** précise les missions attendues de la part des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers. Cette filière existe depuis deux ans entre l'hôpital local et le centre hospitalier de Bagnols sur Cèze, des activités sont partagées, l'équipe mobile intervient régulièrement sur l'hôpital local, cependant il subsiste encore une volonté de répondre à une proximité qui se détermine par —« *la filière au CH de Bagnols est sanitaire nous dit le médecin coordonnateur, dans le futur projet d'établissement nous devons développer une filière gériatrique à Pont St Esprit.* »

On mesure à travers l'analyse de ces différentes hypothèses, le chemin qu'il reste à faire pour améliorer la cohérence des dispositifs d'accompagnement des personnes âgées. Les recommandations qui suivent, proposent quelques pistes de travail.

3 ...VERS L'AMELIORATION DES ACTIONS DE COORDINATION SUR LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DE L'HOPITAL LOCAL DE PONT ST ESPRIT : PRECONISATIONS ET RECOMMANDATIONS

L'hôpital local est dans une posture particulière, en cela que son rôle et sa place dans le processus de coordination sont interpellés à un double titre, celui de :

- *ses missions hospitalières de soins et celles relevant du champ social et médico-social pour l'accueil et les soins à domicile*
- *ses missions de coordination en tant que gestionnaire du Centre local d'information et de coordination ;*

Ainsi son inscription dans les perspectives d'amélioration de la coordination locale, doit le conduire à agir sur l'ensemble des missions qu'il développe dans le cadre de ses délégations.

L'ensemble des analyses développées dans ce mémoire converge pour montrer, que si beaucoup a été fait pour créer les liens nécessaires à une prise en charge plus efficiente des publics âgés en situation de perte d'autonomie, beaucoup reste à faire pour offrir aux personnes âgées résidentes sur le territoire, des conditions optimales d'accompagnement.

Certes l'hôpital local ne peut pas, de sa place, apporter toutes les réponses aux difficultés et insuffisances constatées. Mais il peut en susciter certaines auprès des principales institutions responsables, le Conseil Général notamment. Il peut aussi agir à travers les projets qu'il porte, sur une amélioration substantielle des réponses organisées globalement au profit de la population âgée.

Les préconisations et recommandations présentées dans ce mémoire sont pour un grand nombre d'entre elles, en cours de réalisations ou engagées dans le cadre du projet d'établissement

Les préconisations s'articulent autour de deux axes,

- *Conforter les processus de coordination*
- *Développer et diversifier l'offre sanitaire et médico-sociale*

*Elles seront traitées sous forme **de fiches actions**, qui mettront en évidence :*

- *le diagnostic - les objectifs- les mesures proposées – les acteurs.*

3.1 Agir sur les processus de coordination

Il convient dans ce cadre de distinguer deux types de mesures :

- 1^{ère} celles qui vont solliciter les autorités compétentes ; le Conseil Général principalement
- 2^{ème} celles qui relèvent de l'initiative propre de l'hôpital local

3.1.1 Susciter auprès du Conseil Général du Gard et des services de l'Etat, l'aménagement du dispositif existant

Le diagnostic global met en évidence un certain nombre de difficultés, qui interpellent la capacité des professionnels de terrain à travailler ensemble, ainsi que l'insuffisante lisibilité du dispositif de coordination qui interroge la légitimité de la mission de coordination. Dans ce cadre trois mesures sont proposées

Création d'une instance consultative locale de coordination

Mise en place d'une convention de coordination avec le Conseil Général

Plan de communication

Recommandation I : Fiche Action 1 : Mise en place d'une instance consultative locale de coordination

Constat : difficultés pour faire travailler ensemble les professionnels de terrain, les opérateurs et les institutions, ce qui nuit à la cohérence et l'efficacité des interventions auprès des personnes âgées. Ces multiples acteurs se connaissent mal, sont issus de cultures professionnelles différentes, ont des intérêts divergents dans le cadre de la gestion des dispositifs.

Objectifs : favoriser le rapprochement de l'ensemble des décideurs et des acteurs intervenants dans le périmètre de coordination

Mesure à prendre : Créer un espace de rencontre, d'échange, de réflexion et d'élaboration (projets, procédures) avec une double vocation

- **politique :** force de proposition et de développement, à l'égard des autorités organisatrices et les financeurs
- **opérationnelle :** traiter les difficultés ponctuelles du territoire, tant individuelles que collectives

Missions :

- organiser une rencontre régulière de l'ensemble des acteurs
- assurer leur information
- structurer les réflexions sur les problématiques globales et spécifiques du secteur
- observer, évaluer la situation locale
- élaborer des propositions, des protocoles de fonctionnement

Modalités de mises en œuvre

- initiative des institutions, Conseil Général, Administration de l'Etat
- animation assurée par le « Centre local d'information et de coordination »

Membres de l'instance

- élus locaux (Département, communes et (ou) leurs regroupements)
- institutions (DASS, Direction sociale du Conseil Général, Cram)
- représentants des professionnels libéraux
- Hôpitaux publics et privés (cliniques)
- Services sociaux
- Services d'aide à domicile
- Représentants des usagers

<i>Cette action n'est pas encore mise en place</i>
--

Recommandation n° II : Fiche action 2 : Mise en place d'une convention de coordination entre le Conseil Général du Gard et l'hôpital local de Pont St Esprit, sur les conditions et modalités de la délégation de gestion du CLIC.

Constat : L'hôpital local gère le CLIC Point Vermeil, intervenant sur le territoire de Bagnols sur Cèze depuis 2004 sur autorisation du Conseil Général du Gard, sans qu'une convention précisant les contours de la délégation donnée au Clic, n'ait été signée. Cette situation à plusieurs conséquences :

- imprécisions sur les missions confiées, ce qui pose la question de la légitimité du CLIC à l'égard des usagers et des partenaires locaux. L'évaluation conduite sur l'APA, montre que le CLIC n'est pas perçu sur le territoire comme l'animateur de la coordination gériatrique.

- mais aussi globalement un manque de lisibilité sur le cadrage des partenariats locaux, partenariats essentiels à la définition des engagements respectifs des opérateurs.

Objectifs : conforter la légitimité du CLIC, le situer comme l'animateur de la coordination gériatologique sur son territoire d'intervention.

Mesures à prendre : Elaborer une convention autour de trois axes

1-Définition précise des missions, et de la délégation :

- **individuelles** : accueillir, informer, évaluer, orienter, accompagner les usagers ; mais aussi instruction des prestations (évaluation APA))
- **collectives** : animation et développement des réseaux gériatologiques locaux

2-Définition du cadre conventionnel avec les acteurs locaux

3-Détermination du périmètre géographique d'intervention

Modalités de mise en œuvre :

- demande de conventionnement de l'hôpital local auprès du Conseil général, avec présentation d'une proposition

Associer la DDASS à ce projet, compte tenu de sa responsabilité dans le champ sanitaire et médico-social

Acteurs :

- Direction de l'hôpital local
- Direction du Développement Social du Conseil Général

Préfet /DDASS

*Cette initiative est en cours, sur la base d'une volonté partagée du
Conseil Général, et de l'hôpital local*

Recommandation n° III. Fiche Action 3 : Mise en place d'un plan de communication spécifique sur la coordination gérontologique locale

Constat : Globalement l'ensemble des personnes âgées et les familles, ainsi que nombre de professionnels (les libéraux, les personnels de l'hôpital, certains travailleurs sociaux etc.....) ne sont pas, ou insuffisamment informés, de l'existence d'un service et des actions de coordination gérontologique sur leur territoire d'intervention.

Objectifs : Faciliter l'accès de ces services aux personnes âgées et à leurs familles, favoriser le développement des liens entre les acteurs, par la structuration d'une communication claire, précise et ciblée.

Mesures à prendre : Elaborer un plan de communication sur plusieurs niveaux, et selon diverses modalités ;

-**Un plan de communication interne**, visant l'ensemble des personnels de l'hôpital local (administration, service social, soignants), sous diverses formes (brochures, réunion d'information par les personnels du CLIC etc....)

-**Un plan de communication externe**, construit autour de deux cibles principales :

- Pour les usagers, sous formes de brochures, par voies de presse.

Pour les opérateurs du champ sanitaire et médico-social, (communes et CCAS, hôpitaux, professionnels libéraux, les structures d'accueil et les services à domicile, les travailleurs sociaux etc.). Au delà des outils et des supports de communication déjà évoqués, mettre en place une lettre d'information périodique sur les activités de la coordination locale, et l'organisation de rencontres régulières et spécifiques

Modalités de mise en œuvre :

-A l'initiative de la direction de l'hôpital local, en sa qualité de gestionnaire de la structure hospitalière et du CLIC.

-Après avis de la Direction du Développement Social du Conseil Général et de sa direction de la communication, dans un souci de mise en cohérence des messages, et de la charte graphique de la collectivité.

Acteurs :

- Direction hôpital local
- L'équipe du CLIC
- Le Conseil Général

*Cette action n'est pas mise en place,
c'est un projet en discussion.*

3.1.2 Des mesures qui relèvent de l'initiative propre de l'hôpital local dans sa fonction de responsable de la coordination gérontologique sur son territoire.

La convention entre l'hôpital local et le Conseil Général, définit les principes de construction et de fonctionnement des partenariats locaux. C'est dans ce cadre que l'hôpital local doit édifier l'architecture conventionnelle, qui va structurer les relations entre les différents opérateurs intervenants dans le périmètre de la coordination locale. L'efficacité du service aux personnes, ainsi que la mobilisation rationnelle des ressources disponibles, supposent en effet la clarification du rôle et de la place de chacun, ainsi qu'une définition claire des modalités des interventions. La fiche action 4 doit répondre à ces objectifs.

Recommandation n° IV : Fiche action 4 : Développer et formaliser les partenariats opérationnels

Constat : les relations entre les opérateurs locaux, notamment celles avec l'hôpital local, dans sa double fonction de gestionnaire hospitalier, et d'animateur de la coordination locale, reposent généralement sur des processus plus aléatoires, que réellement structurés.

Cette situation explique aussi que peu ou pas de relations se soient instaurées entre des opérateurs qui pourtant interviennent dans les mêmes champs et au profit des mêmes personnes.

Objectifs : structurer et rationaliser les partenariats existants et en développer d'autres, dans le cadre de conventions qui définissent bien le rôle et la place de chacun, les modalités et processus d'intervention au profit d'une prise en compte plus efficace des besoins des usagers, d'une meilleure lisibilité du système, et d'une utilisation optimale des ressources disponibles

Mesures à mettre en place : élaborer et conclure des conventions définissant les procédures de coordination avec l'ensemble des intervenants locaux ;

Identification des acteurs locaux :

- Centre hospitalier de Bagnols / Cèze
- Secteur Psychiatrique
- Clinique Lagaraud
- Professionnels de santé libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...)
- Communes et ou leurs groupements (CCAS, CIAS)
- Services d'aide à domicile (ADAR, ADMR, Présence 30)
- EHPAD

Contenu des conventions :

- Modalités de saisine et d'orientation des usagers.
- Organisation de l'évaluation, et du processus de concertation
- Mise en œuvre du suivi
- Conditions d'engagement dans l'instance consultative locale de coordination

Modalités de mise en œuvre :

- A l'initiative de l'hôpital local, en application des dispositions de la convention cadre à passer avec le Conseil Général.
- Processus qui pourrait être engagé dans le cadre d'une réflexion et d'une concertation conduite au sein de l'instance locale de concertation

Cette action est en cours de réalisation

3.2 Développer et diversifier l'offre sanitaire et médico-sociale

Bien organiser à partir d'une réelle coordination des actions en place, c'est nécessaire mais pas suffisant. Encore faut il que la quantité des actions produites, et leur nature correspondent aux besoins et aux attentes du public concerné. C'est la raison pour laquelle l'hôpital local a défini à travers son projet d'établissement quelques axes de développement qui ont pour objectif de conforter la diversification des prestations mises à la disposition des personnes âgées du secteur.

Par ailleurs le contexte économique et social en général, de plus peu favorable dans le Département du Gard, conjugué aux mutations juridiques profondes déjà intervenues ou à intervenir, ne sont pas sans conséquence sur les capacités de développement et d'adaptation des actions conduites par l'hôpital local. Il sera contraint à très court terme d'accentuer la rationalisation de son fonctionnement, de mutualiser les ressources disponibles.

Sur ces fondements **les fiches actions** vont se décliner autour de deux axes prioritaires :

- **développer la diversification** des prestations et services
- engager **le processus de coopération** avec les acteurs locaux

3.2.1 Développer la diversification des modes d'intervention

L'évolution des besoins et des attentes de la population âgée, mais aussi de son environnement familial, la priorité donnée au soutien à domicile, l'exigence de la proximité, c'est-à-dire la revendication de rester dans son environnement naturel de vie quelles que soient les difficultés rencontrées, sont autant d'éléments qui influent significativement sur les modalités d'intervention de l'hôpital. L'analyse de l'offre sur le périmètre de coordination, mais celle aussi de la structure d'offre disponible à l'hôpital local.

Recommandation n° 5 : Fiche action 5 : Développement et diversification de l'offre sanitaire et médico-sociale

Constat : Si l'offre globale de prestations et services apparaît comme assez satisfaisante sur le secteur (cf. supra), la diversification de cette offre reste insuffisante, dans son articulation **avec les actions de soutien à domicile**, soit :

-L'accueil séquentiel (5 lits pour une capacité d'accueil sur le secteur de 816lits soit moins de 1% des lits installés contre + de 6% dans le Département), modalité qui favorise le soutien à domicile des personnes âgées, en ménageant des temps de répit pour les familles engagées dans l'accompagnement de leur parent âgé.

-Les soins infirmiers à domicile :

-Mais aussi dans le développement de modalités d'accueil spécialisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit «32 lits » sur le secteur, dont 24 à l'hôpital local.

Objectifs: accroître significativement une offre sanitaire et médico-sociale diversifiée tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. L'ensemble de ces objectifs ressort, du projet d'établissement, du Contrat d'objectifs et de moyens, ainsi que de la convention tripartite. Trois axes principaux de développement :

- la mise en place de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sur l'ensemble des trois sites de l'hôpital
- l'augmentation des capacités d'intervention des soins infirmiers à domicile, de 20 à 40 places (projet réalisé dès 2008)
- le doublement des capacités d'accueil pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Modalités de mise en œuvre.

Ces prévisions inscrites dans le projet d'établissement de l'hôpital, se réaliseront dès l'ouverture des nouveaux locaux, soit à la fin 2008, début 2009.

Acteurs :

- -L'hôpital local de Pont St Esprit
- -En lien avec la DDASS, L'ARH, et le Conseil Général
- -Participation des équipes de l'hôpital local à l'élaboration du projet d'établissement.

*Cette action est en cours
de réalisation*

3.2.2 Engager des processus de coopération avec les acteurs locaux

Le souci de rationalisation fonctionnelle et économique, fait aujourd'hui consensus. La loi incite fortement les acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social (Ordonnance du 4 septembre 2003, décret du 6 avril 2006) à s'inscrire dans des processus de coopération, à travers les « groupements de coopération sanitaire » et les « groupements de coopération médico-social ».

Cette préoccupation bien que présente dans les réflexions, bien que régulièrement rappelée par la DDASS, et le Conseil Général, n'a pas abouti sur une intention clairement affirmée de l'hôpital local de Pont St Esprit, pas plus d'ailleurs que chez ses partenaires. Les échos encore timides font référence à des rapprochements de structures intervenants dans le même champ (handicap), ce qui ébauche quelques questions sur les modalités de construction de ces coopérations. La coopération doit elle se définir à partir d'une logique territoriale (des acteurs intervenants dans des champs différents sur un même territoire), ou d'une logique de mission (coopération d'acteurs intervenants dans les mêmes champs), ou des deux ?

A l'évidence le contexte général imposera à court terme des processus de coopération à l'ensemble des opérateurs. Cette exigence doit donc être anticipée, d'autant qu'elle peut contribuer à conforter la coordination des acteurs. Coopération conçue dans un souci d'amélioration des prestations apportées aux usagers, avant même de s'affirmer comme une modalité de maîtrise économique.

Plusieurs pistes de travail peuvent être évoquées, sans que soit élaborée une fiche action sur ce thème, compte tenu de l'état d'avancement des réflexions

A) Mise en cohérence de missions sur le territoire.

- Labellisation de la filière gériatrique avec l'hôpital de Bagnols/Cèze structuration de l'offre d'accueil séquentiel sur le territoire avec les autres structures
- Structuration de l'offre en matière de soins de longue durée
- Organisation d'appui technique (évaluation médicale et médico-sociale par exemple, consultation spécialisée du CH) auprès de structures sociales ou médico-sociales.

B) Mutualisation de moyens sur le territoire.

- Gestion des achats
- Transport usagers
- Informatique

C) Coopération extra territoriale

- consultation spécialisée du CHU déconcentrée à l'hôpital local

Conclusion

Personne ne conteste aujourd'hui, l'importance de la coordination gériatologique dans le développement des politiques publiques en faveur des personnes âgées. En outre, chacun s'accorde pour reconnaître son utilité d'intérêt public, sans ignorer qu'il existe des freins dans sa mise en œuvre.

Tout d'abord, concernant les limites liées aux acteurs professionnels. Elles démontrent que sur un même territoire tous ne se connaissent pas, et peuvent ignorer parfois, certaines activités existantes sur leur secteur. L'illustration des médecins libéraux est caractéristique de la difficulté à organiser des temps de rencontre, d'échange par manque de disponibilité. Bien que les préoccupations autour de la coordination gériatologique soient reconnues comme incontournables, l'investissement dans le processus est mesuré.

Ceci se traduit auprès des usagers par un manque de visibilité de la coordination gériatologique. Nous mesurons grâce à l'enquête du terrain combien il est difficile d'organiser un entretien avec des personnes âgées. En effet, la coordination gériatologique n'est pas une thématique facile sur laquelle les personnes âgées peuvent apporter leur point de vue en toute aisance, compte tenu de leurs réticences à parler de leur situation personnelle.

Enfin, ce travail met en évidence aussi toute la difficulté à traiter de l'approche financière. Evaluer aujourd'hui, le coût global pour assurer une coordination gériatologique dans un département, démontre que l'impact économique est difficilement quantifiable, pour valoriser le travail de réseau, de partenariat.

Ce mémoire n'est qu'un regard porté sur la coordination gériatologique dans le Gard. Il a ambition d'ouvrir quelques pistes de réflexion et de travail, sans pour autant apporter toutes les réponses à toute cette complexité.

D'ailleurs il nous interroge sur le sens de celle-ci, à savoir :

-« cette complexité ne constitue-t-elle pas une opportunité dans la mesure où elle incite les acteurs à interroger leurs modalités d'intervention pour construire un travail mieux coordonné au profit d'un accompagnement efficient des personnes âgées en perte d'autonomie ? »

Bibliographie

- TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

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

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, Acte II de la Décentralisation.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances pour la participation et pour la citoyenneté des personnes handicapées.

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopérations sanitaires et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°2006-413 du 6 avril 2009 relatif aux groupement de coopérations sanitaires et médico-sociaux.

Circulaire DH/EO 3 n°93-26 du 13 juillet 1993, relative aux réseaux gérontologiques et à la coordination.

Circulaire MARTHE/DAS/DH –EO 4-AF 2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par les établissements de santé.

Circulaire DE/E02/2000/295 du 20 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire DAS-RV 2 n°2000-320 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005.

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

- RAPPORTS et PLANS

Rapport Pierre LAROQUE « Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse » 1962.

Enquête « Handicap-Incapacité-Dépendance » HID 1998-200, mise à jour le 25-11-2004
Rapport de la mission de préfiguration de la CNSA conduite par MM R.BRIET et P.JAMET « pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie » 2004.

Plan, Commissariat général du Plan, -« Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes », Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015, 2025. Rapport de la mission conduite par Stéphane Le Bouler, juillet 2005.

Rapport Docteurs C.JEANDEL, P.PFITZZNMEYR P.VIGOUTOUX : « PROGRAMME POUR LA GERIATRIE, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir » avril 2006.

Rapport annuel CNSA « Construire un nouveau champ de protection sociale » » 2007

Rapport P.LARCHER, -« Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital » 14/12/2007.

Rapports Philippe RITTER, ancien DAHR et Yves BURR-« Pour une intégration du médico-social dans les ARS » février 2008.

Plan « ALZHEIMER et maladies apparentées 2008-2012 », février 2008.

-OUVRAGES et GENERALITES

Aspects démographiques du vieillissement :

COUDIN E, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) Direction des Statistiques Démographiques et Sociales.-« Projections de population active 2006-2050 : des actifs en nombre stable, une population âgée toujours plus nombreuse » Paris, 2007.

ENNUYER B. Les malentendus de la dépendance. Paris, Dunod, 2002

LEDESERT B), Mercier (G), Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon (ORS), Montpellier « Besoins d'aide des personnes âgées dépendantes : état des lieux et prospective » 2004

HENRARD JC, ANKRI J-« vieillissement, grand âge et santé publique » Editions de l'ENSP 2003, 277p.

La coordination gérontologique

AMYOT JJ —« Développer la coordination gérontologique, stratégies, dispositifs et pratiques » Collection action sociale, Editions Dunod, Paris

M.ANADON, B.CANARIO, R.CANARIO, G.EGG, J-L FRERRAND, G. GAREL, M. KADDOURI, A.KESSELER, C.LANDRY, C. MAROY, E. MAZALON, C.MERINI, « Le partenariat : définitions, enjeux, pratiques » Editons Education Permanente, n°131, Paris 1997

Sociologie

E.HENRIQUEZ « Les organisations. Etat des savoirs » Editions Sciences Humaines, 2^{ème} édition, Paris 2005

B.MALINOSWIKI « Théorie scientifique de la culture et autres essais » Maspéro/La découverte 1970.

JM MIRAMON, D COUET, JB PATURET, « Le métier de directeur » 2005, EHESP

E.MORIN « La complexité humaine » Edition Flammarion 1998

R SAINSAULIEU « L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation » Presse de la FNSP, 1977 Paris.

-REVUES

CAUDRON J-M « Politiques gérontologiques locales » Editions Territorial, Février 2006

DUBUISSON F. « Repères sur la coordination gérontologique » Soins Gérontologie, Janvier-Février 2001, n°27, PP 4-7

O.DRUNAT, J.HOLSTEIN, P.LUTZLER, « intérêt du concept filières de soins, et réseaux de soins » pour les établissements hospitaliers, » Gestions hospitalières, n°379 janvier 1999

POUTOUT G « -Vocation de la coordination gérontologique » Revue hospitalière de France, Septembre-Octobre 2000, n°5, pp 64-67

-ARTICLES

DRUNAT Olivier, janvier 1997—« Intérêts du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers », Gestions Hospitalières n°362

HENRARD JC, 11 septembre 2007 « Comprendre le 5^{ème} risque »

-MEMOIRES-de l'Ecole Nationale de la Santé Publique

MARX S —« La coordination gérontologique : acteurs et enjeux. L'exemple de la Bourgogne ». Mémoire d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. Février 2001, ENSP

MULLER A. –« Un réseau en devenir ; La coopération entre le court et le moyen séjour dans le Haut Rhin. Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital. Décembre 2002. ENSP

GALLET.B « Le développement du réseau gérontologique autour de l'hôpital local de Belleville » Mémoire Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social 2003. ENSP

LABRO-GOUBY F. – « La mise en place d'une filière gériatrique aux Hôpitaux Civils de Colmar. Illustration de la complémentarité des politiques sanitaires et médico sociales sur un territoire de santé » .Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital. 2003 ENSP.

NEZMITZ B. « La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital, le vieillissement de la population » Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital. ENSP. 2006–

SCHANDERLONG N. « Hôpital de référence et hôpitaux de proximité : quel projet médical de territoire pour quelles coopérations ? » Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital.2006 ENSP.

-AUTRES DOCUMENTS

CONSEIL GENERAL DU GARD

Conseil Général « Schéma départemental des personnes âgées 1999-2004 », département du Gard, octobre 1998.

Conseil général « Evaluation de l'APA » département du Gard, janvier 2008.

DOCUMENTS INTERNES

Projet d'établissement 1999-2005

Contrat d'objectifs et de moyens 2005-2009 conclu entre l'Hôpital Local de Pont st Esprit et l'ARH

INSERM

Diaporama, Journée d'information Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS)-« Personnes âgées ou jeunes, en situation de handicap dans la population française : approche épidémiologique, réflexion sur les outils d'évaluation» Dr COLVEZ. A Directeur de Recherche à l'INSERM

-SITE INTERNET

La documentation française : disponible sur internet

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>

Ministère du travail et des relations sociales et des solidarités : disponible sur internet

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/>

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/>

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Portail INSEE : disponible sur internet

<http://www.insee.fr>

<http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm>

Legifrance, le service public de la diffusion du droit : disponible sur internet

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Portail SANTE : disponible sur internet

<http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm>

Liste des annexes

Par respect des consignes, seulement trois annexes sur treize, concernant le guide d'entretien des interviews seront présentées. Celles du Directeur de l'hôpital local de Pont Saint Esprit, du médecin coordonnateur de l'HL et d'une résidente de l'EHPAD de Pont St Esprit.

Sera joint également en annexe n°4 la grille d'analyse des interviews.

ANNEXE N°1 : Mr Desbrun Directeur de l'hôpital local de Pont St Esprit

ANNEXE N°2 : Dr Gabbai médecin coordonnateur de l'HL

ANNEXE N°3 : Mme P. résidente de l'hôpital local

ANNEXE N°4 : Grille d'analyse des interviews

ANNEXE I

Mr Desbrun Directeur de l'hôpital local

Mr D. DESBRUN Directeur de l'Hôpital Local de Pont ST Esprit

Date

Fiche 1

I- PRESENTATION GENERALE

a)Présentation de l'enquêteur

1) Présentation du stagiaire

2) Présentation de la démarche :

-Directrice stagiaire à l'EHESP, j'élabore un mémoire dans le cadre de mon stage de professionnalisation

-Dans le cadre du projet d'établissement, il est apparu une volonté d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées à l'hôpital, afin de mieux préparer leurs arrivées soit en amont, ou en aval dans l'institution. Dans cette perspective, je souhaite travailler la place de l'hôpital dans la **coordination gériatrique**

3) Conditions de mise en œuvre de l'interview

J'ai choisi l'interview comme outil d'enquête, pour répondre à ma recherche de mémoire. Lors de l'interview nous pourrons à votre convenance arrêter l'enregistrement si vous le souhaitez. Le traitement de l'analyse des données de cette interview sera anonyme.

b) Présentation de l'enquêté

1) Fonction :

- Mr le Directeur, pourriez vous me dire depuis combien de temps travaillez- vous dans cet hôpital ?

2) Parcours antérieur :

- Au regard de votre expérience et de votre place quel regard portez vous sur les politiques gériatriques et de santé sur le Département et le territoire d'intervention ?

-Quelle place, accordez-vous à la coordination gériatrique aujourd'hui à partir de votre établissement ?

II-TERRITOIRE ET PERSONNES AGEES

En tant que Directeur de l'PHL de Pont st Esprit, quels sont les problèmes que vous avez identifiés sur la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de proximité?

Points forts

Points faibles

H1 : La culture professionnelle

- Articulations des missions avec les autres
- Public-Privé
- Domicile- établissement
- médical-social

H2 : l'offre de soins

- Quantité
- Proximité
- Diversité
- Qualification des intervenants
- Accessibilité, information sur les démarches administratives
- Evaluation des situations individuelles

H3 : Compétences profs

- lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions
- les liens entre établissements et financeurs

III-L'HOPITAL LOCAL EN PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO SOCIAL a) En tant que Directeur de l'hôpital de Pont St Esprit, quelle conception avez-vous du partenariat ? -Existe-t-il un partenariat formalisé ? -Si oui, comment il s'est mis en place ? -Avez-vous rencontré des freins L'apport du partenariat est-il une plus value ? et pour qui ? Quelles sont vos relations avec les autres établissements publics, privés, associatifs ? b) Est-ce que vous avez contribué au développement des réseaux gériatriques et gérontologiques ? -Si oui, sur quels fondements ? -Et comment ? -Voyez-vous des freins à ces logiques de réseau ? Quelles seraient les conditions de la réussite ? c) En quoi la filière en soins gériatrique participe-t-elle de cette logique de réseau ?	<u>H1 : La culture professionnelle</u> -Articulations des missions avec les autres -Public-Privé -Domicile- établissement -médical-social <u>H2 : l'offre de soins</u> Quantité Proximité Diversité Qualification des intervenants Accessibilité, information sur les démarches administratives Evaluation des situations individuelles H3 : Compétences profs -lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions -les liens entre établissements et financeurs
---	--

IV COORDINATION GERONTOLOGIQUE et PERSPECTIVE D'AVENIR

Pour vous, s'il fallait améliorer la coordination gériatologique quelles seraient vos propositions ?

- Quelle stratégie faudrait-il développer ?
- Citez quelques actions concrètes ?
- Quels freins faudrait-il lever ?

H1 : La culture professionnelle

- Articulations des missions avec les autres
- Public-Privé
- Domicile- établissement
- médical-social

H2 : l'offre de soins

- Quantité
- Proximité
- Diversité
- Qualification des intervenants
- Accessibilité, information sur les démarches administratives
- Evaluation des situations individuelles

H3 : Compétences profs

- lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions
- les liens entre établissements et financeurs

ANNEXE II

Dr Gabbai médecin coordonnateur de l'HL

Dr Gabbai Médecin Coordonnateur de l'Hôpital Local de Pont ST Esprit

Date

Fiche 2

I-PRESENTATION GENERALE

a) Présentation de l'enquêteur

1) Présentation de la démarche :

-Directrice stagiaire à l'EHESP, j'élabore un mémoire dans le cadre de mon stage de professionnalisation

-Dans le cadre du projet d'établissement, il est apparu une volonté d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées à l'hôpital, afin de mieux préparer leur arrivée soit en amont, ou en aval dans l'institution. Dans cette perspective, je souhaite travailler la place de l'hôpital dans la **coordination gériatrique**

2) Conditions de la mise en œuvre de l'interview

J'ai choisi l'interview comme outil d'enquête, pour répondre à ma recherche de mémoire. Lors de l'interview nous pourrons à votre convenance arrêter l'enregistrement si vous le souhaitez. Le traitement de l'analyse des données de cette interview sera anonyme.

b) Présentation de l'enquête

1) Fonction-

- Mr Gabbai, pourriez-vous me dire depuis combien de temps, travaillez-vous dans cet hôpital ?

2) Parcours antérieur :

- Au regard de votre expérience, de votre place de médecin coordonnateur à l'hôpital, comment voyez-vous la mise en œuvre des politiques gériatriques localement ?

II-TERRITOIRE ET PERSONNES AGEES

En tant que médecin coordonnateur, quels sont les problèmes que vous avez identifiés autour de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de proximité ?

Points forts

Points faibles

H1 : La culture professionnelle

- Articulations des missions avec les autres
- Public-Privé
- Domicile- établissement
- médical-social

H2 : l'offre de soins

- Quantité
- Proximité
- Diversité
- Qualification des intervenants
- Accessibilité, information sur les démarches administratives
- Evaluation des situations individuelles

H3 : Compétences profs

- lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions
- les liens entre établissements et financeurs

III-L'HOPITAL LOCAL EN PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR SANITAIRE ET MEDICO SOCIAL En tant que médecin coordonnateur à l'HL de PSE, quelles sont vos missions ? -Quelles sont les difficultés de mise en œuvre ? Quelles sont vos conceptions du partenariat ? -Faut-il qu'il soit formalisé ? -Si oui, l'apport du partenariat est-il une plus value ? et pour qui ? -Quelles sont vos relations avec les autres établissements publics, privés, associatifs ? -Quelles sont vos relations avec les autres professionnels ? Est-ce que vous avez contribué au développement des réseaux gériatriques et gérontologiques ? Si oui, sur quels fondements ? Et comment ? Voyez-vous des freins à ces logiques de réseau ? Quelles seraient les conditions de la réussite ? En quoi la filière en soins gériatrique participe-t-elle de cette logique de réseau ?	<u>H1 : La culture professionnelle</u> -Articulations des missions avec les autres -Public-Privé -Domicile- établissement -médical-social <u>H2 : l'offre de soins</u> Quantité Proximité Diversité Qualification des intervenants Accessibilité, information sur les démarches administratives Evaluation des situations individuelles H3 : Compétences profs -lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions -les liens entre établissements et financeurs
---	---

IV COORDINATION GERONTOLOGIQUE

Pour vous, comment définirez-vous la coordination gériatologique ?

- Avez-vous participé à son élaboration ?
- Si oui, comment cela s'est-il mis en place? (historique)
- Est-ce qu'elle est de nature à améliorer la prise en charge des personnes âgées ?

Quelles sont les pistes d'amélioration, les solutions préconisées ?

H1 : La culture professionnelle

- Articulations des missions avec les autres
- Public-Privé
- Domicile- établissement
- médical-social

H2 : l'offre de soins

Quantité
Proximité
Diversité
Qualification des intervenants
Accessibilité, information sur les démarches administratives
Evaluation des situations individuelles

H3 : Compétences profs

- lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions
- les liens entre établissements et financeurs

Mme P.	Résidente à l'hôpital local de Pont ST Esprit	
Date		Fiche 3

I-PRESENTATION GENERALE

a) Présentation de l'enquêteur

1) Présentation du stagiaire

2) Présentation de la démarche :

- Directrice stagiaire à l'EHESP, j'élabore un mémoire dans le cadre de mon stage de professionnalisation
- Afin, d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées à l'hôpital, je souhaiterai recueillir votre point de vue.

3) Conditions de mise en œuvre de l'interview

Nous allons procéder à une interview et nous pourrons à votre convenance arrêter l'enregistrement si vous le souhaitez. Les informations recueillies seront traitées d'une manière anonyme.

b) Présentation de l'enquêté

- Où habitez-vous, avant d'arriver à l'hôpital ?
- Comment êtes-vous arrivée à l'hôpital ?
- Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

II-TERRITOIRE ET PERSONNES AGEES

- a) Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés lors de votre arrivée à l'HL de PSE ?
- b) Etes-vous arrivé par l'intervention du CLIC, de votre médecin traitant ? Comment cela s'est il passé ?

Points forts

Points faibles

H1 : La culture professionnelle

-Articulations des missions avec les autres
-Public-Privé
-Domicile- établissement
-médical-social

H2 : l'offre de soins

Quantité
Proximité
Diversité
Qualification des intervenants
Accessibilité, information sur les démarches administratives
Evaluation des situations individuelles

H3 : Compétences pros

-lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions
-les liens entre établissements et financeurs

III-L'HOPITAL LOCAL ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES a) Selon vous, quel est le professionnel de confiance qui est le mieux placé pour vous aider à faire des choix de santé ? b) Avant d'entrer à l'hôpital, avez-vous rencontré beaucoup de professionnels (médecins, infirmiers, aide à domicile...) ? c) Avez-vous été d'accord pour venir à l'HL ? Si oui, ou non, pouvez-vous raconter comment cela s'es-il passé ? d) Votre famille a-t-elle joué un rôle important lors de votre hospitalisation ou changement de domicile pour la maison de retraite ? e) Pensez vous que l'on a répondu à vos besoins ? f) Etes vous satisfaites dans l'ensemble de votre prise en charge et votre arrivée à l'HL ?	<u>H1 : La culture professionnelle</u> -Articulations des missions avec les autres -Public-Privé -Domicile- établissement -médical-social <u>H2 : l'offre de soins</u> Quantité Proximité Diversité Qualification des intervenants Accessibilité, information sur les démarches administratives Evaluation des situations individuelles H3 : Compétences profs -lisibilité générale, pluralité des acteurs et des interventions -les liens entre établissements et financeurs
---	---

IV COORDINATION GERONTOLOGIQUE

a) Selon vous, que faut-il améliorer, pour que la personne âgée ait une meilleure prise en charge ?

H1 : La culture professionnelle

-Articulations des missions
avec les autres
-Public-Privé
-Domicile- établissement
-médical-social

H2 : l'offre de soins

Quantité
Proximité
Diversité
Qualification des intervenants
Accessibilité, information sur
les démarches administratives
Evaluation des situations
individuelles

H3 : Compétences profs

-lisibilité générale, pluralité des
acteurs et des interventions
-les liens entre établissements
et financeurs

ANNEXE IV
Grille d'analyse des interviews

Thème	Hypothèse n°1 -« Les différentes cultures professionnelles ne facilitent pas les complémentarités »	Hypothèse n°2 -« Les réponses sanitaires et médico sociales sont insuffisamment développées »	Hypothèse n°3 -« Le manque de lisibilité lié à l'enchevêtrement des compétences entraîne la fragmentation des prises en charges »
I- Diagnostic- territoire et personnes âgées	▪ Culture différente ▪ Conflits d'intérêts ▪ Communication-Information		
II - Hôpital local et partenariat avec le secteur sanitaire et médico-social ▪ Définition du partenariat : ▪ Définition : Réseau gérontologique	H1 Culture différente :	H2 Offre de soins	H3 Enchevêtrement des compétences se traduit par un manque de visibilité des actions mises en places
III - Coordination gérontologique ▪ Définition	H1 culture différente	H2 Offre de soins	H3 Enchevêtrement des compétences se traduit par un manque de visibilité des actions mises en places
Préconisations proposées par les professionnels ▪ Développer politiques de prévention et d'éducation à la santé ▪ Travailler sur les valeurs communes et partagées ▪ Développer des logiques de coopération, mutualisation ▪ Redéfinir les périmètres d'intervention, logique de territorialisation ▪ Il faut un seul pilote, un seul décideur ▪ Développer l'offre sanitaire et médico-sociale (accueil de jour...) ▪ Développer des compétences complémentaires ▪ Instaurer une politique de formation des prestataires ▪ Créer et mettre en place des outils d'évaluation			