



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire
et Social Public**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Réseau de santé personnes âgées
autour du Centre Hospitalier de
Noyon : étude de faisabilité pour la
mise en place de ce dispositif**

Valérie KANANE-DOUCET

Remerciements

Je remercie tout d'abord Monsieur Laurent Vérin, Directeur de l'hôpital de Noyon, pour la confiance qu'il m'accordée tout au long de ce stage long durant lequel j'ai pu conduire et mener à bien cette mission.

Je remercie également toute l'équipe de direction du centre hospitalier pour avoir répondu à mes diverses sollicitations.

J'ai également une pensée toute particulière pour les membres du Comité de pilotage du projet « Réseau de santé personnes âgées » avec qui j'ai partagé des valeurs et des convictions tout au long de cette mission.

Toute ma reconnaissance va également à Monsieur François-Xavier Schweyer, sociologue et enseignant-chercheur à l'EHESP, qui m'a prodigué de précieux conseils et tant sur le plan théorique que sur le plan pragmatique.

Sommaire

Introduction	1
1 Les réseaux de santé personnes âgées - un dispositif du champ gériatrique : évolution du cadre juridique et enjeux locaux	3
1.1 La consécration des réseaux de santé par les textes	3
1.2 Les spécificités des réseaux de santé personnes âgées	6
1.3 Des modalités de financement pour un dispositif pérenne et efficient : le FIQCS, fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins	8
1.4 Le contexte picard et ses grandes orientations politiques en matière gériatrique.....	9
2 La mise en place d'un réseau de santé personnes âgées : une conduite du projet basée sur un diagnostic et des actions de communication	15
2.1 Le contexte de la mise en œuvre de ce projet : La Mutualité Sociale Agricole de Picardie comme acteur de proposition	15
2.2 Le Comité de pilotage comme socle du futur réseau.....	16
2.3 Les résultats de l'étude d'opportunités.....	18
2.3.1 Le périmètre du réseau de santé personnes âgées	18
2.3.2 L'étude des besoins sur les cantons concernés par la mise en place du réseau	20
2.3.3 L'offre sanitaire et médico-sociale	22
2.3.4 L'offre de soins libérale.....	23
2.3.5 Les structures et institutions médico-sociales : Les SSIAD et les associations sanitaires spécialisées de traitement à domicile.....	26
2.3.6 Les structures d'hébergement pour personnes âgées.....	27
2.3.7 L'aide sociale	27
2.3.8 Les autres réseaux intervenant sur la zone de couverture	28
2.4 La stratégie de communication : informer et convaincre les acteurs	29
2.4.1 Les principales actions menées.....	29
2.4.2 Regards croisés : les rencontres avec des acteurs institutionnels	30

3	Des préconisations pour des orientations stratégiques efficaces.....	35
3.1	Réseau de santé personnes âgées : de la conduite de projet dans une dynamique constante.....	35
3.1.1	Des actions à mettre en œuvre	35
3.1.2	La mutualisation comme axe incontournable de création et de pérennité	37
3.1.3	De l'identification des risques à la mise en place d'indicateurs d'évaluation.....	38
3.2	Des orientations stratégiques à saisir pour le CHHVO.....	39
3.2.1	Un positionnement sur le territoire Sud Est	39
3.2.2	Une organisation à consolider en interne	41
	Conclusion	45
	B i b l i o g r a p h i e	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
ALD :	Affection Longue Durée
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CG :	Conseil Général
CH :	Centre Hospitalier
CHHVO :	Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSG :	Court Séjour Gériatrique
CSP :	Code de la santé publique
CCS :	Code de la Sécurité sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM :	Département d'Information Médicale
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EMG :	Equipe Mobile Gériatrique
FIQCS :	Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GIR :	Groupe Iso Ressources
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MRS :	Mission Régionale de Santé
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
PH :	Praticien Hospitalier
PMSI :	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PMT :	Projet Médical de Territoire
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SMTI :	Soins Médico Techniques Importants
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les projections démographiques en France révèlent une accélération rapide du vieillissement de la population. L'élément le plus significatif est l'accroissement très rapide des 75 ans et plus car « entre 2000 et 2010, la population des 75 à 84 ans augmentera de plus d'un million, celle des 85 ans près de 280.000 »¹ Le nombre de personnes âgées de 85 ans va doubler d'ici 2030 et représentera 2,4 millions de personnes.

Face à ces perspectives, les politiques publiques se sont engagées dans une démarche volontariste afin de juguler les conséquences sociétales de ce changement démographique. La déclinaison de mesures opérationnelles s'attache notamment à un maintien des personnes âgées à domicile et à une prise en charge optimale quand l'hospitalisation est nécessaire. Le Plan Solidarité Grand Age² donne l'élan d'une politique volontariste en faveur des personnes âgées. Les orientations proposées inscrivent l'hôpital dans une logique d'adaptation à la personne âgée et le maintien à domicile comme priorité à envisager. Le dispositif « Réseau de santé personnes âgées » apparaît comme un maillon essentiel d'une chaîne graduée dans la prise en charge des personnes âgées à travers notamment la mise en place de la filière de soins gériatriques. Ce dispositif privilégie la coordination comme clef de voûte de la prise en charge gérontologique. De plus, l'incitation forte à la création de réseaux de santé personnes âgées performants énoncée dans la circulaire DHOS du 15 mai 2007³ donne un point d'ancrage à la mise en place effective de ce type de dispositif.

Lorsque l'on évoque les réseaux gérontologiques, un acteur incontournable apparaît : la MSA, Mutualité Sociale Agricole. Forte d'une expérience à travers les différentes expérimentations et la vingtaine de projets de réseaux personnes âgées aboutis sur le territoire national, la MSA Picardie a proposé un accompagnement à la mise en place de ce dispositif au Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise à Noyon (60).

A partir de ces éléments, l'interrogation porte sur la faisabilité de la mise en place d'un réseau de santé personnes âgées à partir de l'hôpital de proximité dont l'axe stratégique premier s'oriente vers la structuration de la filière de soins gériatriques en interne.

¹ FHF, *L'heure H – 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier*, 16 janvier 2007, page 16.

² MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan Solidarité grand Age, 27 juin 2006.

³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ». Bulletin Officiel, n°2007-6 du 15 juillet 2007.

Dès février 2007, cette mission m'a été proposée : l'étude de faisabilité de la mise en place d'un réseau de santé personnes âgées sur quatre cantons de l'Oise⁴. En juin 2007⁵, des entretiens exploratoires avec les principaux acteurs internes de l'hôpital⁶ ont permis de mettre en lumière les besoins ressentis par les acteurs.

Les données objectives relatives au territoire Sud Est de la Picardie en général et des quatre cantons cités en particulier, attestent d'une absence de dispositif coordonnant les champs médical, social et médico social, à laquelle se surajoutent des problématiques de démographie médicale et paramédicale.

Il apparaît important de s'interroger sur les réels besoins du territoire défini comme zone d'intervention probable du réseau de santé personnes âgées. L'étude de faisabilité serait alors le véritable point de départ qui a priori, conforterait la nécessité de mise en place de ce dispositif. Quels seraient les besoins sur le territoire étudié ? Quelles seraient les attentes des acteurs et leurs engagements potentiels pour une prise en charge de qualité de la personne âgée ? Quelles pourraient-être les implications du centre hospitalier de proximité identifié comme plate-forme ressources ? Quel serait le jeu des acteurs dans la confrontation de leur culture professionnelle respective dans le cadre du projet de réseau de santé personnes âgées ? La conduite de ce type de projet par un futur directeur d'établissement ne met-elle pas seulement en jeu des compétences individuelles mais aussi des compétences collectives partagées ?

Dès lors, cet ensemble de questionnements permet de poser la problématique centrale de cette recherche-action : En quoi la participation à l'éventuelle mise en place d'un réseau de santé personnes âgées permet-elle au centre hospitalier de proximité de développer un axe stratégique visant à améliorer la prise en charge gériatrique ?

Dans un premier temps l'analyse du contexte législatif, réglementaire et local des réseaux de santé personnes âgées s'attachera à démontrer que c'est un dispositif à part entière du champ gérontologique (1). Ensuite, la présentation de la conduite du projet posera le diagnostic et les éléments de faisabilité du réseau de santé personnes âgées (2). Enfin, des préconisations seront proposées sur deux axes : le premier axe de recommandations pour la concrétisation et la pérennisation du projet; le second, pour l'opportunité stratégique que le réseau de santé personnes âgées représente pour l'hôpital (3).

⁴ Cantons appartenant au territoire Sud Est de la région Picardie : Noyon, Guiscard, Lassigny et Ressons-sur-Matz. Voir Annexe n°1

⁵ Stage de préparation du 4 au 15 juin 2007

⁶ Directeur d'Etablissement, Directrice adjointe aux finances et aux affaires générales, Directrice adjointe secteur personnes âgées, Président de CME, Chef de service gériatrie, Médecin coordonnateur des EHPAD de l'hôpital.

1 Les réseaux de santé personnes âgées - un dispositif du champ gérontologique : évolution du cadre juridique et enjeux locaux

La philosophie et la mise en pratique des réseaux de santé personnes âgées s'inscrivent dans la logique des réseaux populationnels. C'est l'utilisateur qui est au centre du dispositif de par son appartenance à un type de population, en l'occurrence, les personnes âgées. Les évolutions législatives et réglementaires concernant les réseaux de santé seront les points de consécration de ce dispositif (1.1). Les spécificités des réseaux de santé personnes âgées mettront en évidence une logique populationnelle (1.2). La mise en place d'un fond au financement des réseaux permettra d'identifier l'enveloppe dédiée pour les réseaux (1.3). Enfin, le contexte picard et ses grandes orientations politiques en matière gérontologique poseront le cadre dans lequel le projet s'inscrit (1.4).

1.1 La consécration des réseaux de santé par les textes

L'évolution législative et réglementaire des réseaux de santé a permis progressivement une formalisation précise de ce type de prise en charge et une véritable inscription dans le champ sanitaire, social et médico social. Le contexte d'évolution des réseaux est marqué par trois grandes périodes⁷ : les années 70 « pionnières », les années 80 « promotionnelles » et les années 90 « incitatives ».

Cet aboutissement est le résultat non seulement des textes mais aussi des nombreuses expérimentations développées par les pionniers des réseaux de santé. L'engagement et le militantisme des premiers acteurs avec notamment les réseaux sida ayant mis en place des réseaux de santé, ont gagné en maturité et en professionnalisme.

Les premières avancées législatives ont été réalisées avec la publication des **ordonnances dites Juppé d'avril 1996** dans le cadre de la réforme de la Sécurité sociale. Les deux textes traitent des réseaux de soins comme dispositifs de prise en charge des patients sur deux champs différents, ce qui rend quelque peu complexe la coordination des acteurs.

⁷ RIET Zainab, « Les réseaux gérontologiques » Séminaire de formation CNEH, Paris, 29 mai 2008

Concernant l'**ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996**⁸ relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, les réseaux de soins sont introduits dans le Code de la santé publique (CSP articles L 6113-4, L 6114-2 et L 6114-3). Ils n'ont qu'un objectif de soin et ils restent à l'initiative exclusive des établissements de santé dans le cadre de la planification hospitalière. Ils sont soumis à une procédure d'accréditation. L'impossibilité d'associer les professionnels libéraux est déjà une première limite.

Concernant l'**ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996**⁹ relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, les modalités d'agrément et de financement des réseaux sont les deux principaux points et c'est une logique de coordination ville-hôpital qui prévaut. Les réseaux de soins sont également inscrits dans le Code de la Sécurité sociale et c'est le caractère expérimental qui caractérise le dispositif qui a pour objectif de promouvoir de nouvelles formes de prises en charge du patient. Le financement de ces expérimentations repose sur un système dérogatoire. Les projets de réseaux de soins ne voyaient le jour qu'après un long parcours administratif et ils devaient être validés devant la commission dite Soubie qui n'avait agréé que 19 projets à la fin décembre 2001.

Cette première officialisation des réseaux par la détermination des réseaux de soins, même si elle a été une avancée législative, a soulevé des interrogations dès sa parution, car « Restent de nombreuses incertitudes : champ des responsabilités à préciser avec pour conséquence la mise en place d'une nomenclature commune d'activités à la ville et à l'hôpital, permettant les transferts financiers entre enveloppes, et donc une gestion centrée sur le patient »¹⁰

Les évolutions des textes ont permis aux réseaux de s'adapter non seulement dans la procédure de mise en oeuvre mais aussi un changement sémantique s'est opéré. Des réseaux de soins, on est passé aux réseaux de santé.

⁸ MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324

⁹ MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6311

¹⁰ Juan Manuel Vinas, « L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996 », *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, septembre 1998, pp 13-14

La définition du **réseau de santé** est posée par la **loi du 4 mars 2002**¹¹ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé par son article 84, instituant l'article L 6321-1 du CSP, Code de la Santé Publique.

« Les Réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers. »

C'est un véritable tournant législatif qui s'opère à travers cette définition unique des réseaux de santé. Les réseaux de santé sont désormais des dispositifs à part entière, légitimes, du champ sanitaire et social, au même titre que les autres acteurs tels que les établissements de santé ou encore les professionnels libéraux. Cette définition pose un cadre légal explicite et univoque quant aux missions, à la composition ou encore au financement des réseaux de santé. Et « C'est par tâtonnements et peut-être même avec hésitations que le législateur a reconnu aux réseaux de santé une véritable place dans le système de santé. Ce n'est que progressivement qu'il a assoupli les procédures de mise en œuvre de ces nouvelles formes d'organisations de l'offre de soins"¹². La loi du 4 mars 2002 met fin à la dichotomie existant entre les réseaux inter-hospitaliers et les réseaux expérimentaux. C'est plus qu'un simple changement sémantique qui s'opère, c'est toute une vision qui évolue dans la mesure où cette orientation progressiste en termes de santé va au-delà de l'approche restrictive en termes de soins mais participe bien d'une prise en charge holiste de patient. Aussi, la loi de 2002, en plus de donner une définition unique et univoque des réseaux de santé, leur attribue une mission de soins ce qui a entre autre

¹¹ REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-393 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, n°54 du 5 mars 2002, 4118-4159.

¹² BARRE S, EVIN C, et al. *Traité pratique des réseaux de santé*, Paris, Berger-Levrault, 2005, pp 60-61

pour conséquence de renforcer la légitimité de ces dispositifs et de les placer, en théorie, au même rang que les autres acteurs du champ sanitaire et social.

Deux décrets paraissent cette même année 2002 et ils ont pour objectif d'engager ces dispositifs de coordination dans une logique d'adéquation entre la qualité des prestations et le financement du réseau de santé. Les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation sont les principaux éléments retenus par le **décret du 17 décembre 2002**¹³. Les modalités de financements et les possibilités de subventions sont précisées dans le **décret du 25 octobre 2002**¹⁴.

La **circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002**¹⁵, relative aux réseaux de santé s'inscrit dans une logique de coopération et de complémentarité. Les deux axes qui la structurent posent les principes généraux communs aux réseaux et le principe de l'instruction régionale des dossiers promoteurs.

1.2 Les spécificités des réseaux de santé personnes âgées

La logique populationnelle des réseaux de santé prend tout son sens dans les réseaux de santé personnes âgées. Dès 2006, des orientations politiques sont recommandées par le biais d'« Un Programme pour la gériatrie »¹⁶. Ce programme, loin d'être alarmiste, reprend les impacts des projections démographiques sur l'hôpital en affirmant avec force et conviction que c'est à l'hôpital de s'adapter au patient gériatrique et non l'inverse. Sa vision n'en n'est pas pour autant centrée sur la sphère hospitalière car il précise la participation de l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge de la personne âgée dans son objectif n°4 « Développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient ». Deux mesures expriment l'importance

¹³ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que de l'évaluation des réseaux. Journal Officiel n°294 du 18 décembre 2002, 20923

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux. Journal Officiel n°252 du 27 octobre 2002, 17849-17850

¹⁵ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002, relative aux réseaux de santé. Bulletin Officiel, n°2003-3

¹⁶ JEANDEL C, PFITZENMEYER P, VIGOUROUX Ph, « Un programme pour la gériatrie. 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

des réseaux de santé pour les personnes âgées, d'une part en termes de création formelle et formalisée du dispositif et d'autre part en termes de coordination avec des acteurs de proximité :

- ✓ Mesure 30 : Faciliter la création des réseaux gérontologiques par l'élaboration d'un cahier des charges national et d'un guide du promoteur
- ✓ Mesure 31 : Coordonner les actions des CCAS, des CLIC et des réseaux gérontologiques en définissant les rôles et les missions de chacun

Le **réseau de santé personnes âgées** s'appuie sur la **circulaire du 15 mai 2007**¹⁷ relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ». La principale mission du réseau de santé personnes âgées est décrite comme suit :

« Le réseau permet aux personnes concernées [prioritairement à des personnes de 75 ans et plus] de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux. Une prise en charge au domicile de la personne âgée est privilégiée dès lors que les conditions de qualité et de sécurité sont remplies.

Il favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux. »

Les avancées législatives et réglementaires qui ont clarifié la définition du réseau de santé personnes âgées n'ont pas pour autant écarté les abus de langage. Certaines confusions sémantiques obstruent non seulement la nécessité même d'un réseau de santé mais aussi l'aspect très concret qu'il représente en tant que dispositif. En d'autres termes, différentes acceptions viennent polluer le concept de réseau de santé personnes âgées et son potentiel de réalisation en tant qu'entité et en tant que dispositif de prise en charge de la personne âgée. « Travailler en réseau », « réseau de soins », « réseau gérontologique », autant d'items qui troublent les esprits des différents acteurs de champ sanitaire et social en général et gérontologique en particulier. Leurs questions sont alors très simples : Pourquoi mettre en place un réseau de santé personnes âgées alors que l'on travaille déjà en réseau ?

Une autre question est traditionnellement posée lorsque l'on évoque le réseau de santé personnes âgées et le CLIC, Centre local d'information et de coordination : n'y a-t-il pas

¹⁷ Op.Cit.

doublon entre les deux entités ? La **lettre circulaire du 16 septembre 2004**¹⁸ relative aux centres locaux d'information et de coordination et aux réseaux de santé gériatriques lève les ambiguïtés. L'acteur de proximité qu'est le CLIC s'inscrit dans une politique en faveur des personnes âgées. C'est un lieu d'accueil et d'information et il peut agir sur l'environnement de la personne âgée. Le réseau de santé quant à lui s'inscrit dans l'organisation sanitaire avec notamment une prise en charge du patient âgé. C'est la complémentarité qui est à privilégier entre les deux dispositifs.

En matière de dispositifs gériatriques, les expérimentations de la Mutualité Sociale Agricole qui ont abouti et qui sont devenues des dispositifs pérennes marquent actuellement le territoire national avec une vingtaine de réseaux gériatriques actifs dans plusieurs départements.

Des remarques favorables quant à l'évaluation des réseaux MSA sont à noter dans le rapport de l'IGAS¹⁹, Inspection Générale des Affaires Sociales, qui pourtant critique de façon virulente le dispositif réseau de santé au regard de l'absence de résultats et de valeur ajoutée attendue notamment par les financeurs. Les préconisations en matière de financement s'orientent vers la création d'un fond unique.

1.3 Des modalités de financement pour un dispositif pérenne et efficient : le FIQCS, fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Le **décret 2007-973 du 15 mai 2007**²⁰ relatif au fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins instaure le FIQCS qui est issu de la fusion du FAQSV, fonds d'aide à la qualité des soins de ville, et de la DNDR, dotation nationale de développement des réseaux.

¹⁸ Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques. Bulletin Officiel n°2004-40

¹⁹ Inspection Générale des Affaires Sociales – Rapport n°2006 022 « Contrôle et évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) », février 2006

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Journal Officiel, n°113 du 16 mai 2007, 9369

Parmi ses différents objectifs de financements, le FIQCS a une enveloppe dédiée au financement des réseaux de santé. Sa gestion est sous la responsabilité de la MRS, Mission Régionale de Santé, qui est composée de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. Elles en assurent la direction en alternance annuelle.

Les principales priorités de ce fonds sont déclinées très clairement :

- ✓ Permettre dans un contexte de spécialisation et de complexité croissante une meilleure coordination des professionnels autour du malade
- ✓ Mieux articuler au service du patient le travail des différents acteurs de la santé
- ✓ Rechercher l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des modes de prise en charge des malades ainsi que l'optimisation des ressources.

Le budget national 2007 pour le FIQCS est de 350 millions d'euros. La mise en place du FIQCS en Picardie a permis d'identifier une dotation de 5 millions d'euros pour cette même année dont l'enveloppe Mission Régionale de Santé se répartit sur trois axes : les réseaux, les maisons de santé et la permanence des soins.

Les acteurs institutionnels²¹ s'accordent à reconnaître conjointement la problématique de la pérennité des fonds. C'est pourquoi une des difficultés à laquelle se trouvent confrontés les réseaux de santé est actuellement les modalités de cofinancement. Il est fortement conseillé aux porteurs de projets d'intégrer dès la création du dispositif réseau de santé, la logique de cofinancement. Un des avantages est la possibilité de mobiliser des ressources diversifiées et de pouvoir développer des actions innovantes. Une des limites est a contrario, l'absence de pérennité de ces ressources et donc l'impossibilité de les inclure dans le budget de fonctionnement du réseau de santé.

1.4 Le contexte picard et ses grandes orientations politiques en matière gérontologique

Le projet réseau de santé personnes âgées s'inscrit dans un environnement régional spécifique. La région Picardie est caractérisée par un vieillissement accentué de sa population même si certaines zones bénéficient d'un certain dynamisme induit par une

²¹ Entretiens réalisés entre avril et mai 2008. Cf. point 2.4.2

population relativement jeune – ce qui caractérise notamment le sud de l'Oise. Le département de l'Oise est un département jeune mais dont le vieillissement de la population se fera ressentir ces prochaines années. L'existence de disparités au niveau départemental, qui se traduit par une certaine hétérogénéité territoriale ne semble pas contrebalancer la pression exercée par une région limitrophe, l'Île de France. Ces effets se font ressentir en matière de demandes de places en structure d'accueil pour personnes âgées. De plus, les données socio économiques de l'Oise traduisent également une certaine paupérisation tant en milieu urbain que rural.

Différentes sources documentaires s'accordent sur la pertinence de ce type de dispositif, réseau gérontologique, sur le territoire picard. Cette convergence est un atout primordial dans la mesure où les décideurs régionaux voient dans ce type de dispositif une réponse adaptée aux spécificités des territoires picards.

Dès 2005, l'**ARH**, Agence Régionale de l'Hospitalisation **et l'URCAM**, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie jettent les bases qui serviront à l'élaboration du SROS 3, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, en s'appuyant sur le diagnostic suivant : «Les personnes âgées (60 ans et plus) qui représentent 18,5 % de la population, vivent en grande majorité à domicile (94%). La proportion de bénéficiaires à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) est supérieure en région comparativement aux valeurs nationales (59,80% pour 1.000 personnes âgées de plus de 60 ans contre 49,10) »²²

Le **SROS 3** accorde une place aux orientations stratégiques en matière de prise en charge de la personne âgée. Un volontarisme clairement affiché soutient la mise en œuvre de ce type de projet de prise en charge des personnes âgées à leur domicile. Il octroie un rôle clef à l'hôpital et aux auteurs acteurs du champ sanitaire car «C'est au sein d'un réseau gérontologique que doit s'opérer l'articulation de tous les services et structures concourant à la prévention de l'état de santé et de l'autonomie de la personne âgée [...]. L'organisation et le développement des réseaux gérontologiques doit s'inscrire dans le cadre des territoires de santé dans les projets médicaux territoriaux.»²³

La déclinaison opérationnelle du SROS figure dans le **PMT Sud Est**, Projet Médical de Territoire Sud Est, et préconise « le développement de réseaux gérontologiques [...] dans le cadre du projet de filière de soins gériatriques par territoire de proximité. [...] L'indice de

²² *Diagnostic partagé ARH-URCAM*, juin 2005, p 48

²³ *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Picardie*, 31 mars 2006, p 234

vieillesse (territoire de Compiègne) des personnes âgées de 75 ans et plus est le plus important de la région (+29,8%) »²⁴

Pour faire face à ce défi, l'**Assurance Maladie de Picardie** intègre également le dispositif réseau de santé personnes âgées dans son programme au niveau du « Point n° 5-4 Réseaux de santé [...] Objectif général « Améliorer la coordination des soins dans le cadre de réseaux de santé [...] »²⁵. Ce dispositif doit pouvoir naître dans un contexte d'accompagnement et de soutien comme l'affirme « l'Objectif opérationnel n°1 : Accompagner les promoteurs dans l'ingénierie de leur projet [...] et l'Objectif opérationnel n°6 Favoriser l'émergence de nouveaux projets de réseaux de santé en lien avec les thématiques du SROS (cancer, soins palliatifs, gérontologie, ...) »²⁶

Sur le département, le **Conseil Général de l'Oise** qui a la compétence en matière de politique de coordination gérontologique est tout à fait dans la philosophie du dispositif réseau de santé personnes âgées. Le Schéma de pilotage et de coordination de la politique gérontologique départementale²⁷ définit la coordination gérontologique en ces termes : « Dispositif s'inscrivant dans la réalité de la vie locale afin d'offrir un ensemble coordonné de services centrés sur l'aide à la personne retraitée et âgée »²⁸. Son implication sur le territoire s'inscrit dans une logique de proximité avec la création des « Maisons de l'Autonomie – Maisons de la Solidarité et des Familles »²⁹. Il s'agit de « *mettre en oeuvre des formes nouvelles de réponses aux personnes âgées [...] c'est la philosophie du guichet unique que nous privilégions* »³⁰. La réponse apportée à l'utilisateur doit non seulement être adaptée à sa demande mais aussi accessible à chacun.

Les orientations de la **Mission Régionale de Santé** favorisent une démarche qui va vers un soutien logistique aux réseaux par « le développement des fonctions supports pour les réseaux : informatisation et mutualisation régionale »³¹. Le bilan de l'année 2006 précise la

²⁴ *Projet Médical de Territoire Sud Est*, version finale votée le 17 janvier 2007, p 97

²⁵ *Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie 2006/2009*, actualisation février 2007, p 32

²⁶ Op.cit. p 32

²⁷ Le schéma gérontologique de l'Oise est en cours d'actualisation

²⁸ *Schéma de pilotage et de coordination de la politique gérontologique départementale*, Conseil Général de l'Oise, décembre 2007, p 2

²⁹ La participation active au Comité de Pilotage de l'Adjointe à l'Autonomie, Délégation territoriale à la Solidarité sur Noyon, est un atout important pour la concrétisation du réseau.

³⁰ Entretien Délégué Départemental à la Solidarité, CG 60, 29 avril 2008

³¹ *Programme de travail de la Mission Régionale de Santé de Picardie pour 2008*, MRS, 23 janvier 2008, p 5

proportion de financement dédié à ce type de réseau « 18% pour la thématique personnes âgées ». ³²

L'approche par territoire privilégie donc le réseau de santé personnes âgées comme une offre de services qui favorise le maintien à domicile. Le cadre légal et réglementaire du réseau en fait un dispositif du champ des possibles pour les acteurs qui peuvent se saisir de ce dispositif comme outil qui améliorera l'accompagnement de la personne âgée. Les projets émanant du terrain sont intéressants à soutenir car la motivation et le volontarisme des acteurs qui les portent sont fiables dès lors qu'il y a un leader. Les incitations faites par les décideurs, ici l'ARH et l'URCAM, pour la mutualisation des réseaux de santé ³³ pourraient laisser présager des injonctions futures en matière de partenariat.

³² *Rapport d'activités de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux en Picardie, année 2006 p 8*

³³ Cette thématique sera analysée et développée au point 3.1.2.

Le **réseau de santé personnes âgées** est non seulement un **concept opérationnel** dans la prise en charge globale de la personne âgée désirant vivre à son domicile mais aussi un **dispositif à part entière** dans le maillage territorial.

Avec son inscription dans les textes, on assiste d'une certaine manière à l'**institutionnalisation** de ce dispositif de prise en charge du patient. Vouloir rendre obligatoire le réseau de santé serait une erreur car toute la démarche volontariste et toute la nature facultative de l'entreprise perdraient leur sens.

Le réseau de santé personnes âgées est un dispositif de **coordination** de l'existant et non un sur-ajout de dispositif. La politique régionale en Picardie s'inscrit dans une logique de proximité et donne une orientation favorable à la mise en place de réseaux de santé personnes âgées efficaces.

La mise en oeuvre de ce type de dispositif doit s'appuyer sur une étude d'opportunités qui sera le point d'ancrage du projet.

2 La mise en place d'un réseau de santé personnes âgées : une conduite du projet basée sur un diagnostic et des actions de communication

La proposition faite par la MSA pour l'accompagnement au projet réseau de santé personnes âgées sera le point de départ de ce projet (2.1). Ensuite, la constitution du comité de pilotage comme socle du futur réseau sera analysée (2.2). Le diagnostic : les résultats de l'étude d'opportunités seront les éléments clefs de l'argumentation objectivée en faveur de la création de ce dispositif (2.3). Pour finir, la stratégie de communication engagée démontrera la nécessité d'une démarche continue et forte d'une certaine pugnacité (2.4).

2.1 Le contexte de la mise en œuvre de ce projet : La Mutualité Sociale Agricole de Picardie comme acteur de proposition

L'expertise de la MSA développée et confirmée au cours des différents projets de réseaux de santé personnes âgées sur le territoire national, a donné toute sa légitimité à la proposition faite à l'hôpital de Noyon. Sur le territoire picard, forte d'un accompagnement réussi pour le Réseau de St Valéry sur Somme et d'un projet en cours sur le compiégnois, la MSA a proposé un accompagnement pour créer un réseau de santé personnes âgées sur le bassin de vie du noyonnais à la fin de l'année 2006.

Contrairement à la majorité des projets de réseaux de santé où l'idée et le projet émanent des acteurs de terrain, la proposition d'accompagnement du projet est ici faite par un acteur institutionnel, la MSA. Cette opportunité était à saisir dans la mesure où la MSA mettait à disposition une certaine expertise en ingénierie de projet réseaux gérontologiques.

Dès février 2007, le Directeur de l'Hôpital de Noyon m'a proposé cette mission et j'ai été désignée chef de projet. La mission a été conduite du 29 octobre 2007 au 27 juin 2008. Au cours de ces huit mois, une phase préalable a été menée afin d'objectiver les éléments favorables à la création d'un réseau de santé personnes âgées. L'étude de faisabilité s'est déroulée dans un premier temps par une étape d'investigation et ensuite une phase d'analyse des résultats.

2.2 Le Comité de pilotage comme socle du futur réseau

La composition du Comité de Pilotage est pluridisciplinaire et permet donc d'avoir une approche complémentaire et globale de la personne âgée au sein d'un réseau de santé. L'adhésion de l'ensemble des membres à ce projet est un autre atout qui permet au Comité de Pilotage d'être force de propositions pour convaincre les acteurs professionnels et les partenaires de la pertinence du projet.

La constitution du Comité de Pilotage s'est opérée en deux temps.

Dans un premier temps, en étroite collaboration avec la MSA, en tant que chef de projet j'ai identifié les acteurs internes à l'hôpital³⁴ pouvant s'impliquer dans ce projet. Ensuite, en externe, la création récente de la Maison de l'Autonomie à Noyon a été un facteur favorable à l'implication de l'Adjointe à l'Autonomie. Le choix de la création d'un groupe restreint de sept membres a permis dans cette première phase, de procéder à une pré investigation afin de proposer des éléments concrets et tangibles aux futurs membres du Comité de Pilotage élargi.

Les différents membres du premier Comité de pilotage sont les suivants :

- ✓ Chef de projet, Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico Social
- ✓ Adjoint Autonomie– Délégation Territoriale à la Solidarité, Conseil Général 60
- ✓ Chef de Pôle Gériatrie, PH Médecin Gériatre, Centre Hospitalier de Noyon,
- ✓ Médecin coordonnateur des EHPAD de l'hôpital, Centre Hospitalier de Noyon,
- ✓ Cadre Pôle Gériatrique - Cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Noyon,
- ✓ Médecin Conseil, Mutualité Sociale Agricole Picardie,
- ✓ Attachée de direction, Mutualité Sociale Agricole Picardie,

Dans un second temps, l'ouverture sur l'extérieur s'est opérée essentiellement par cooptation. Les membres du Comité de Pilotage ont activé leur réseau relationnel afin d'identifier des personnes ressources appartenant à des champs professionnels diversifiés et susceptibles de s'investir dans cette démarche.

³⁴ Entretiens exploratoires réalisés en juin 2007

Les nouveaux membres intégrés au Comité de pilotage sont les suivants :

- ✓ Kinésithérapeute libéral
- ✓ Médecin généraliste
- ✓ Orthophoniste libérale
- ✓ Infirmière libérale
- ✓ Infirmière coordinatrice de SSIAD
- ✓ Assistante sociale
- ✓ Pharmacien de ville

Au sein de ce Comité de Pilotage composé de quatorze membres, l'identification des porteurs de projet s'est déroulée sur la base du volontariat. Un des objectifs est de prendre le relais de la conduite de projet initiée par l'élève directeur et d'engager les actions nécessaires à la création du réseau.

Les porteurs de projets sont :

- ✓ Pharmacien de ville
- ✓ Chef de Pôle Gériatrie, PH Médecin Gériatre, Centre Hospitalier de Noyon,
- ✓ Médecin coordonnateur des EHPAD de l'hôpital, Centre Hospitalier de Noyon,
(en alternance mutuelle entre les deux gériatres)

Les principaux atouts de ce comité de pilotage sont liés aux connaissances interpersonnelles des différents membres. L'engagement de chacun s'inscrit dans une démarche de partage et de complémentarité de compétences. La pluridisciplinarité est une condition sine qua non qui est d'emblée remplie. De plus, une démarche participative a permis à chaque membre de s'exprimer, d'être écouté et d'échanger. Au-delà d'une simple apparence de communication interpersonnelle, c'est tout un jeu de relations qui se met en place. Les prémices du réseau de santé personnes âgées passe par cette phase indispensable qui est de « Constituer une équipe [...] Le réseau n'est **pas une organisation classique**, formelle et hiérarchisée. C'est un nouvel espace d'action défini et animé par des professionnels qui y trouvent un espace de liberté et d'investissement. Il est important que l'équipe promotrice du réseau prenne le temps d'en discuter afin que chaque partenaire partage une même vision du projet. »³⁵

³⁵ SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*, Paris, Editions ENSP, 2004 (2ème édition), page 37

Un des risques qui a été évité est la « prise de pouvoir » par un ou plusieurs membres du comité de pilotage de par la position initiale occupée et par le jeu d'influence qui aurait pu être exercé. Au contraire, dès la création de ce comité de pilotage, une régulation claire et neutre a permis de favoriser les échanges d'informations. Cet élément encourageant pour la suite du projet laisse présager d'un dépassement des clivages structurels classiques entre les champs du sanitaire, du social, du médico social ou encore entre l'hôpital et les professionnels libéraux de ville.

2.3 Les résultats de l'étude d'opportunités

L'étude d'opportunités a été faite à partir de données démographiques et socio-économiques afin d'objectiver les besoins et l'offre sur les quatre cantons. Ces éléments ont été complétés des résultats d'une enquête (par questionnaires) auprès de 178 acteurs (maires, médecins généralistes, infirmières libérales, etc.) menée par le Comité de Pilotage sur la période du 17 décembre 2007 au 11 janvier 2008. Cette étape a eu pour objectif d'identifier les personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes sur le plan social et/ou médical et les personnes âgées vivant seules ou isolées.

2.3.1 Le périmètre du réseau de santé personnes âgées

Le périmètre du réseau de santé personnes âgées a été déterminé par le critère de découpage par canton. Les cantons choisis ne disposent d'aucun dispositif réseau de santé gérontologique et ne font pas partie de la zone de couverture du projet compiégnois qui prévoit la création d'un réseau personnes âgées.³⁶

³⁶ Le projet Réseau gérontologique sur Compiègne et ses environs sera évoqué au point 3.1.2

Cantons concernés par la mise en place du Réseau : Données générales de la population

	Canton Noyon	Canton Guiscard	Canton Lassigny	Canton Ressons-sur-Matz	Total des 4 cantons	Département Oise
Nombre de communes	23	20	22	24	89	693
Population	24 829 hab.	6 620 hab.	8 122 hab.	10 319 hab.	49 890 hab.	766 313 hab.
Superficie	132 km ²	125 km ²	175 km ²	166 km ²	598 km ²	5 860 km ²
Densité de population	188 hab. /km ²	53 hab. /km ²	46 hab. /km ²	62 hab. / km ²	83 hab. /km²	131 hab. /km ²
Age moyen	36,7 ans	36,2 ans	36,9 ans	37,4 ans		36,2 ans
Taux évolution population entre 1990 - 99	+ 2,61 %	+ 7,17 %	+ 11,62 %	+ 10,6 %		+ 5,63 %

Sources : INSEE Recensement 1999 ³⁷

La répartition du nombre de communes est équilibrée sur les quatre cantons. On note un déséquilibre sur le volume de la population avec le canton de Noyon qui a le nombre d'habitants le plus élevé (24.829 habitants) et le canton de Guiscard qui a le nombre d'habitants le plus bas (6.620 habitants). Cela s'explique entre autre par le caractère plus urbain du premier et le caractère très rural du second.

Lorsque l'on met en perspective le volume de la population au regard de la superficie, de nouvelles disparités apparaissent au niveau de la densité de population. Aux extrêmes on retrouve le canton de Noyon avec une densité de 188 habitants au km² et le canton de Lassigny avec 46 habitants au km². Les densités de population des cantons de Guiscard, Lassigny et Ressons-sur-Matz avec respectivement sont très inférieures à celle de Noyon. C'est encore plus marqué si on compare au niveau départemental avec 131 habitants au km².

³⁷ La seule disponibilité de données est le recensement de 1999. L'actualisation des données est une des contraintes rencontrées.

Ces quatre cantons sont marqués d'une très forte ruralité même si celui de Noyon bénéficie de l'impact d'une commune d'environ 14.000 habitants.

2.3.2 L'étude des besoins sur les cantons concernés par la mise en place du réseau

Données générales de la population de 60 ans et plus

	Canton Noyon	Canton Guiscard	Canton Lassigny	Canton Reissons-sur-Matz	Total des 4 cantons	Département Oise
Les 60 ans et +						
Les effectifs	4 584 pers.	1 169 pers.	1 476 pers.	1 915 pers.	9 144 pers.	127 154 pers.
Poids sur le secteur géographique	18,46 %	17,66 %	18,17 %	18,56 %	18,33 %	16,59 %
Répartition Hommes / Femmes	43,94 / 56,06	44,91 / 55,09	46,07 / 53,03	46,27 / 53,73	44,89 / 55,11	43,32 / 56,68
Age moyen	72,22 ans	72,35 ans	71,95 ans	71,09 ans	71,96 ans	71,62 ans
Les 75 ans et +						
Les effectifs	1 649 pers.	412 pers.	505 pers.	584 pers.	3 147 pers.	42 327 pers.
Poids sur le secteur géographique	6,64 %	6,22 %	6,18 %	5,66 %	6,30 %	5,52 %
Répartition Hommes / Femmes	37,36 / 62,64	42,48 / 57,52	38,84 / 61,16	42,12 / 57,88	39,15 / 60,85	35,96 / 64,04
Age moyen	81,80 ans	82,51 ans	81,65 ans	81,10 ans	81,74 ans	81,66 ans

Sources : INSEE Recensement 1999

Pour l'ensemble des quatre cantons la population de 60 ans et plus est de 9.144 personnes. On note à nouveau une concentration plus importante sur le canton de Noyon. Concernant le poids sur le secteur géographique, de façon générale, les quatre cantons se situent au-dessus des données départementales. En d'autres termes, les personnes âgées de 60 ans et plus sont surreprésentées sur le territoire étudié.

Les commentaires concernant la population de 75 ans et plus sont similaires à ceux de la population des 60 ans et plus. Le vieillissement est accentué par la proportion des 75 ans et plus sur l'ensemble des 60 ans et plus dans la mesure où ces personnes plus âgées

représentent environ un tiers de l'ensemble. La moyenne d'âge sur les quatre cantons est globalement supérieure à celle du département.

Ces quatre cantons sont marqués par une accélération du vieillissement des personnes de 60 ans et plus.

Données recueillies suite à l'enquête menée par le comité de pilotage

L'enquête par questionnaire (deux questions relatives à la dépendance sur le plan social et/ou médico-social et à l'isolement) a tenté d'actualiser les données en consultant les 89 communes des quatre cantons avec un taux de retour de 63 %.

	Canton Noyon	Canton Guiscard	Canton Lassigny	Canton Reyssons- sur-Matz	Total des 4 cantons
Personnes âgées de 60 ans et + dépendantes sur le plan social et/ou médical	115	69	78	151	413
Personnes âgées de 60 ans et + vivant seules ou isolées	202	47	155	250	654
Bénéficiaires APA à domicile ³⁸	107	26	43	50	226
Taux ALD ³⁹	11,53 %	12,11 %	12,37 %	10,12 %	11,4 %

Sources : Résultats enquête complétée des données CG 60, URCAM Picardie

Les résultats de cette enquête permettent d'identifier 413 Personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes sur le plan social et/ou médical sur les quatre cantons. Ils mettent également en lumière la population âgée de 60 ans et plus vivant seule ou isolée à hauteur de 654 personnes. On dénombre aussi 226 personnes bénéficiaires de l'APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie. Ces données ne sont pas cumulatives car une personne âgée peut être simultanément bénéficiaire de l'APA et vivre isolée.

De façon générale, cette étude a permis d'avoir une certaine visibilité des personnes âgées de 60 ans et plus sur les quatre cantons. Cette population pourrait bénéficier des prestations d'un réseau de santé personnes âgées. Il s'agissait de voir la taille critique du dispositif gérontologique en terme de potentiel de personnes âgées pouvant être incluses

³⁸ Sources Conseil Général de l'Oise au 22/11/2007

³⁹ Nombre de personnes en ALD en 2005 / effectif total du canton en 1999, MSA

dans le réseau au regard du référentiel national qui recommande une file active de 200 personnes âgées.

2.3.3 L'offre sanitaire et médico-sociale

L'hôpital de proximité

Le Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise de Noyon dispose d'un ensemble de ressources qui peuvent être utilisées par le réseau de santé personnes âgées.

L'hôpital de Noyon et ses moyens

	Moyens existants
Médecine dont Court Séjour Gériatrique	51 lits 18 lits
Chirurgie	35 lits
Moyen séjour : Soins de Suite et de Réadaptation	20 lits
Long séjour : Unité de Soins Longue Durée ⁴⁰	74 lits
Hébergement pour personnes âgées dépendantes	118 lits
Equipe Mobile de Soins Palliatifs	Une convention de coopération est actée entre le Centre Hospitalier de Noyon et le Centre Hospitalier de Compiègne dont l'EMSP intervient sur Noyon
Equipe Mobile Gériatrique	Dans le cadre de la finalisation de la filière de soins gériatriques, une EMG est en cours d'élaboration
Service d'accueil des Urgences	Protocole avec le CSG : Accueil de la personne âgée de 70 ans et plus

L'hôpital de Noyon dispose d'un plateau technique et de services cliniques de médecine et de chirurgie.

Dans le cadre de la structuration de la filière de soins gériatriques⁴¹, de nombreuses prestations de soins sont à disposition des patients âgés.

En janvier 2008, l'hôpital de Noyon a ouvert un service de gériatrie aiguë, le court séjour gériatrique doté de 18 lits, qui offre la possibilité d'admission directe sans passage par le

⁴⁰ Dans le cadre de la Réforme des USLD, le nombre de lits identifiés « Nouvelle USLD » est de 47 lits à la date de cette étude d'opportunités. Cependant, les éléments vont être révisés à la fin du premier semestre 2008 et un certain nombre de lits identifiés SMTI vont être certainement réintégrés dans l'USLD.

⁴¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel, n°2007-06 du 15 juin 2007.

service des urgences selon des modalités d'admission définies entre le gériatre du service et le médecin traitant du patient âgé. Des conventions avec les EHPAD, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, environnants sont signées et facilitent également les admissions des résidents. Pour étoffer ce service, une équipe mobile gériatrique est en cours de constitution.

L'établissement dispose d'un moyen séjour de 20 lits. Le projet d'augmentation du nombre de lits SSR de 20 lits « SSR gériatriques » est à l'étude et permettrait de répondre à des besoins très prégnants sur le bassin.

L'USLD d'une capacité de 74 lits permet d'accueillir des personnes âgées dont l'état de santé dégradé nécessite une hospitalisation sur du plus long terme.

Les 118 lits d'EHPAD sont répartis sur deux sites, les résidences St François et St Romuald qui sont situées dans l'enceinte de l'hôpital.

Différents types de consultations à destination des personnes âgées sont proposés et seront en lien le Pôle d'Evaluation Gériatrique de l'hôpital de Compiègne : Consultation Mémoire, Consultation Gériatrique Avancée et Consultation Douleur.

En 2007, la typologie des patients hospitalisés atteste d'un profil âgé des patients pris en charge à l'hôpital de Noyon :

- ✓ 1.761 personnes âgées de 70 ans et plus soit 27,4% de l'effectif total
- ✓ 2.419 personnes âgées de 60 ans et plus soit 37,7% de l'effectif total

Le centre hospitalier de Noyon offre un panel de prestations adaptées et graduées aux patients âgés. Il a donc une certaine légitimité à être un acteur de choix dans la mise en place d'un réseau de santé personnes âgées.

2.3.4 L'offre de soins libérale

Cette offre de soins libérale est composée des différents professionnels domiciliés sur un des quatre cantons. Leur zone d'intervention peut se situer en dehors du découpage géographique. De plus, les acteurs de soins libéraux de cantons ou départements limitrophes peuvent intervenir auprès de la population ciblée mais ces données ne sont pas disponibles.

	Canton Noyon	Canton Guiscard	Canton Lassigny	Canton Reissons-sur-Matz	Total des 4 cantons
Professionnels médicaux					
Médecins généralistes	21	2	5	7	35
Médecins spécialistes	22				22
Dentistes	11		1	2	14
Professionnels de santé					
Infirmières	14	4	8	11	37
Kinésithérapeutes	11	1	2	4	18
Pédicures podologues	5	1			6
Orthophonistes	5			1	6
Orthoptistes	2				2
Autres					
Pharmaciens	8	1	1	3	13
Laboratoires	3				3

Sources : Données URCAM 2007

Les problématiques de démographies médicale et paramédicale sont très amplifiées sur les quatre cantons. L'ARH et l'URCAM de Picardie ont identifié des zones géographiques déficitaires en médecins généralistes libéraux parmi lesquelles figure le canton de Guiscard.⁴²

Les effets attendus du baby boom vont également toucher les différentes catégories de professionnels de santé. Les professionnels présents sur les quatre cantons devraient trouver un appui non négligeable à l'exercice de leur activité auprès du réseau de santé personnes âgées. Un effet d'attractivité pourrait être envisagé suite à la mise en place de ce dispositif gérontologique dans la mesure où il pourra être un support pour les nouveaux arrivants. En ce sens, le réseau de santé personnes âgées participe d'une certaine façon à la gestion de la pénurie des professionnels et à la permanence des soins sur le territoire identifié par son action de coordination. Par une vision globale des besoins

⁴² Arrêté relatif à la détermination des zones géographiques éligibles à l'aide à l'installation des médecins généralistes, URCAM-ARH, 30 novembre 2005

de santé des personnes âgées sur le territoire, le réseau est à même d'optimiser le recours aux différents professionnels de santé dans ce contexte de pénurie.

Les résultats d'une enquête par questionnaires menée auprès de 30 médecins généralistes⁴³ attestent d'un réel besoin au niveau de ces professionnels libéraux et surtout d'une réelle volonté d'adhérer à ce type de dispositif. Même si à travers leurs discours, ils laissent filtrer des craintes par rapport à ce dispositif en termes de bureaucratisation extrême, d'hospitalocentisme prégnant ou encore d'aspect chronophage de la participation à un réseau, leurs représentations du dispositif sont néanmoins favorables. Les craintes généralement ressenties par les libéraux qui voient dans le réseau un ajout supplémentaire de dispositif ou encore un moyen de contrôle supplémentaire de l'Assurance Maladie, ne se traduisent pas si fortement sur ce territoire. Il reste à supposer que les conservatismes et les corporatismes soient réellement tombés pour que le discours favorable se traduise dans les faits sur le long terme.

Les résultats quantitatifs parlent d'eux-mêmes.

Leur âge moyen est de 52,5 ans – Le temps moyen d'installation est de 20,4 années

- ✓ 33% ont des activités annexes à l'activité libérale
- ✓ 70% estiment avoir une part importante de personnes âgées isolées, médicalement ou socialement dépendantes
- ✓ 40 % estiment que la prise en charge sur le plan médical et paramédical n'est pas suffisante et satisfaisante
- ✓ 67% trouvent que la prise en charge sur le plan social n'est pas suffisante et satisfaisante
- ✓ 80% éprouvent des difficultés à mettre en place les aides nécessaires pour améliorer la prise en charge sur le plan médical et paramédical
- ✓ 76% éprouvent des difficultés à mettre en place les aides nécessaires pour améliorer la prise en charge sur le plan social
- ✓ 40% connaissent le concept « réseau de santé personnes âgées »
- ✓ **93%** des médecins pensent que ce dispositif peut répondre à leurs attentes
- ✓ **90%** des médecins seraient prêts à adhérer au réseau

⁴³ Enquête par questionnaire réalisée entre le 15 et 20 mai 2008 auprès des médecins des quatre cantons par les médecins gériatres du Comité de Pilotage. Sur les 32 médecins généralistes recensés, deux arrêtent leur activité, un n'a pu être contacté et un médecin acuponcteur – homéopathe a souhaité répondre. Pour une question de délais et de stratégie d'information, le choix s'est opéré dans un premier temps à destination des médecins.

2.3.5 Les structures et institutions médico-sociales : Les SSIAD et les associations sanitaires spécialisées de traitement à domicile

Les données quantitatives pour ces structures sont les suivantes :

Structure	SSIAD (volume d'heures)	Aide ménagère prestataire (volume d'heures)	Aide ménagère prestataire (volume d'heures)	Portage de repas (nombre)
	27 475	38 183	27 500	18 890

Sources : Schéma départemental gérontologique, Oise, 2003-2007

Les SSIAD existent uniquement sur deux cantons. Le service d'aide ménagère à domicile est également sur deux des quatre cantons. Le canton de Noyon n'est doté d'aucun de ces deux services. Le réseau de santé personnes âgées apparaît légitime pour compléter les prestations offertes par ces services.

Sept associations services d'aide à la personne. Un des objectifs du réseau est d'améliorer la prise en charge de la personne âgée notamment en contribuant à la formation de l'ensemble des professionnels intervenant autour de ce public.

2.3.6 Les structures d'hébergement pour personnes âgées

Intitulé de l'établissement	Lieu d'implantation (+canton d'appartenance)	Type de structure	Nature juridique	Nombre de lits et places
Résidence du parc	Guiscard	Maison de retraite	Privé associatif	80
Résidence du Dr Hallot	Noyon	Maison de retraite	Privé commercial	95
Résidence Bellifontaine	Beaulieu-les-Fontaines (Lassigny)	Maison de retraite	Public	67
Résidence de Bizy	Cuts (Noyon)	Maison de retraite	Public	55
Le Château de Nampcel	Nampcel (Noyon)	Maison de retraite	Privé commercial	44
Résidences St François et St Romuald	Noyon	Maison de retraite	Public hospitalier	118
Total				459

Sources : Données DDASS 60 - 2007

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes offrent un accueil de 459 places sur la zone de couverture. Ces acteurs pourraient être intégrés au réseau dans la mesure où ils sont des acteurs importants dans la prise en charge des personnes âgées en aval.

2.3.7 L'aide sociale

Les assistantes sociales intervenant sur la zone géographique sont au nombre de quinze. Les résultats des entretiens réalisés auprès des assistantes sociales⁴⁴ attestent d'un réel besoin au niveau de ces professionnels du secteur social. Ils mettent en lumière les difficultés rencontrées par ces professionnels et les problématiques des personnes âgées et leurs familles. La création du réseau de santé personnes âgées répondrait à un besoin des personnes âgées du secteur sur lequel les assistantes sociales interviennent pour une très forte majorité. La mise en place de ce dispositif serait une valeur ajoutée pour leurs propres pratiques professionnelles en termes de coordination des interventions sur le champ médical et le champ social pour l'ensemble des professionnels interviewés.

⁴⁴ Enquête réalisée par entretien en mai 2008 auprès des assistantes sociales intervenant sur les quatre cantons par la Déléguée à l'Autonomie et l'Elève directeur

Les difficultés rencontrées lors des interventions auprès de la population âgée s'articulent autour des items suivants :

- Conflits familiaux, souffrance des aidants
- Eloignement géographique de la famille de la personne âgée
- Orientation de la personne âgée vers un établissement
- Demandes antagonistes entre la personne âgée et sa famille
- Absence de maîtrise au niveau médical en termes de connaissances
- Absence d'organisation pour les retours à domicile après hospitalisation

Les besoins en termes de coordination avec le champ médical sont clairement identifiés :

- L'avis médical comme axe central pour le maintien à domicile
- Un recours au secteur médical indispensable pour appui technique et théorique concernant la personne âgée
- Une réduction du hiatus existant entre l'approche médicale et l'approche sociale
- Le développement des échanges interprofessionnels et d'actions communes

Ces éléments qualitatifs permettent de comprendre non seulement les attentes des assistantes sociales mais aussi les besoins de la population âgée.

Les représentations sociales de ces professionnels s'inscrivent dans une logique partenariale. La coordination serait une véritable valeur ajoutée dans la mesure où elle permettrait une fluidification de l'information et l'identification d'un interlocuteur unique demeurerait un avantage indéniable pour développer des partenariats actifs.

2.3.8 Les autres réseaux intervenant sur la zone de couverture

L'actualisation de l'Annuaire des réseaux de santé⁴⁵ intervenant en Picardie permet d'avoir une meilleure lisibilité des zones d'intervention des dispositifs selon leur thématique et leur spécificité sur le territoire picard. Le « Réseau de soins continus du compiégnois » qui intervient sur le centre hospitalier de Noyon est un atout supplémentaire. Une démarche de collaboration et de partenariat vont être envisagés

⁴⁵ *Annuaire des Réseaux*, URCAM, mars 2008

avec le projet du réseau de santé personnes âgées sur le compiégnois en cours de création⁴⁶.

2.4 La stratégie de communication : informer et convaincre les acteurs

La stratégie de communication est un axe majeur du projet et une action transversale continue. Les principales actions ont pris soin de cibler les destinataires et leur transmettre un message clair, précis et univoque.

2.4.1 Les principales actions menées

Les principales actions menées par le Comité de Pilotage sont les suivantes :

- ✓ Réalisation d'une **plaquette de communication** qui a évolué au fur et à mesure de l'évolution de la composition du Comité de Pilotage.

Cibles : médecins généralistes, maires des communes, assistantes sociales, infirmières libérales, etc.

Résultats :

Médecins généralistes sensibilisés lors d'une Formation Médicale Continue en février 2008.

Nouveaux maires élus après le scrutin de mars 2008 sensibilisés

- ✓ Diffusion des **résultats de l'enquête** et questionnaires

Cibles : médecins généralistes, maires des communes

Résultats :

Les 89 maires sont informés du projet et du retour d'enquête

Les médecins généralistes pensent que ce dispositif peut répondre à leurs attentes et ils sont prêts à s'engager dans le réseau.

⁴⁶ Une logique de mutualisation dont les conditions restent à définir, doit être engagée par les deux dispositifs gérontologiques qui interviendront sur le territoire de santé Sud Est. Ces éléments seront développés dans le point 3.1.2

- ✓ Réalisation d'un **article** dans la revue interne de l'hôpital
Cible : l'ensemble du personnel de l'hôpital
Résultat : parution de l'article dans le journal interne Objectif⁴⁷

2.4.2 Regards croisés : les rencontres avec des acteurs institutionnels

Les différentes rencontres se sont déroulées sur la base d'entretiens et elles ont permis d'avoir un regard critique sur le projet. Il apparaissait primordial de comprendre les attentes éventuelles des acteurs institutionnels et d'avoir leurs conseils et leurs remarques sur le projet de réseau de santé personnes âgées sur les quatre cantons ciblés.

De façon générale, les représentations sur les réseaux de santé sont relativement favorables. Les discours des acteurs institutionnels sur ce type de dispositif s'inscrivent dans une dynamique territoriale qui reste à privilégier et le positionnement de chacun est en corrélation avec son institution d'appartenance. Parmi les valeurs communes partagées, celle d'une prise en charge de qualité de l'utilisateur semble fédératrice. Le dépassement des hiatus existant entre le sanitaire et le social, le curatif et le préventif, l'hôpital et la médecine libérale, doit continuer d'évoluer.

Le **concept de réseau de santé personnes âgées** est posé de façon claire, univoque et complémentaire par les acteurs. La logique territoriale est mise en avant par la MSA Picardie car « *C'est une réponse efficiente qui permet d'avoir une approche globale et une logique de territoire* »⁴⁸. La démarche de coordination sur le territoire comme axe principal du réseau est valorisée par la DDASS, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, dans la mesure où « *le réseau de santé personnes âgées est un outil pour le maillage territorial, pour la coordination de l'existant* »⁴⁹. La création d'un dispositif gérontologique pour le Conseil Général de l'Oise, doit avant tout répondre aux besoins de la population pour laquelle il est mis en oeuvre, « *le réseau de santé personnes âgées est avant tout à la disposition des usagers [...] et il est primordial de construire ce dispositif en les associant mais cela n'est pas une chose aisée* »⁵⁰. Le positionnement de l'URML, Union Régionale des Médecins Libéraux, traduit sans ambiguïté les craintes de la communauté médicale quant aux contraintes générées par le dispositif, « *il doit être un*

⁴⁷ Objectif, n°40, février 2008

⁴⁸ Entretien Directeur général adjoint MSA Picardie, 7 mai 2008

⁴⁹ Entretien Responsable Pôle Handicap et Dépendance, DDASS 60, 29 avril 2008

⁵⁰ Entretien Délégué départemental à la Solidarité, CG 60, 29 avril 2008

élément facilitateur de la prise en charge de la personne âgée sans contraintes supplémentaires, administratives, professionnelles, fiscales »⁵¹

Les **avantages** attribués à un réseau gérontologique par la MSA sont « *la responsabilité en tant que caisse d'assurance maladie* »⁵² dans la mesure où ses assurés sociaux sont concernés au premier chef par ce type de dispositif en zone rurale. Cette logique est également valorisée par la DDASS qui considère « *l'assurance maladie comme un partenaire privilégié [...] et le réseau va permettre de stabiliser l'existant et de dépasser les cloisonnements* »⁵³. L'approche globale et la logique participative est pour le Conseil Général « *le moyen d'aller bien au-delà de la dichotomie sanitaire/social/médico social* »⁵⁴.

Les **freins** à la mise en place de ce dispositif sont identifiés de façon commune par les acteurs de la MSA dont les expériences d'accompagnement aux projets de réseaux leur permettent d'argumenter leurs discours : les craintes et les corporatismes de la communauté médicale car « *les médecins généralistes ont des craintes par rapport à leur patientèle, ils veulent rester maîtres de leurs actions* »⁵⁵ et « *l'acceptation par ces professionnels de travailler autrement car leurs pratiques individuelles sont là* »⁵⁶. Et pour y faire face, « *les résistances aux changements nécessitent du temps pour être levées* »⁵⁷. Ces craintes semblent confirmées et déclarées comme légitimes par la position de l'URML pour qui « *il y a une trop grande pression des tutelles [...] un hospitalocentrisme prégnant [...] et une organisation pyramidale annihilant les initiatives des intervenants libéraux* »⁵⁸

Un autre type de frein est détecté par le Conseil Général qui voit en la domination « *d'une logique d'expertise* »⁵⁹ un élément qui sclérose le dispositif « *qui ne doit pas se limiter à une simple coordination entre professionnels* »⁶⁰.

Ces différentes résistances sont contrebalancées par la **valeur ajoutée** que peut apporter un réseau de santé personnes âgées à la population locale. Les effets attendus sont

51 Entretien Vice-président, URML Picardie, 13 février 2008

52 Op. Cit.

53 Op. Cit.

54 Op. Cit.

55 Entretien Médecin Conseil, MSA Picardie, 5 mai 2008

56 Entretien Attachée de direction, MSA Picardie, 5 mai 2008

57 Directeur général adjoint MSA Picardie, 7 mai 2008

58 Op. Cit.

59 Op. Cit.

60 Op. Cit.

répartis tant sur les personnes âgées car « *c'est tendre vers une égalité de traitement, c'est un levier pour l'équité* »⁶¹ que sur les professionnels qui « *identifient une centre de ressources* »⁶². La logique territoriale apparaît renforcée par la création de ce dispositif gérontologique qui pour le Conseil Général « *est un outil de lutte contre la désertification rurale* »⁶³ et ce qui est confirmé par la DDASS qui voit « *une opportunité authentique pour la permanence des soins* »⁶⁴.

Pour les acteurs rencontrés, les **clefs de la réussite** s'articulent autour de deux thèmes : la présence de leaders qui portent le projet « *d'autant qu'il y a deux gériatres qui ont une très grande légitimité vis-à-vis des généralistes* »⁶⁵ et l'implication d'acteurs de terrain qui « *contribuent à cette réussite collective* »⁶⁶

La pertinence du projet sur la zone d'intervention fait l'unanimité des acteurs rencontrés.

⁶¹ Entretien Médecin Conseil, MSA Picardie, 5 mai 2008

⁶² Entretien Attachée de direction, MSA Picardie, 5 mai 2008

⁶³ Op. Cit.

⁶⁴ Op. Cit.

⁶⁵ Entretien Médecin Conseil, MSA Picardie, 5 mai 2008

⁶⁶ Entretien Responsable Pôle Handicap et Dépendance, DDASS 60, 29 avril 2008

Le diagnostic et les **résultats de l'étude d'opportunités** attestent de la nécessité de **création** d'un réseau de santé personnes âgées sur la zone de couverture regroupant les cantons de Noyon, Guiscard, Lassigny et Ressons-sur-Matz.

La **coordination** des différents professionnels est une **réponse efficiente** à apporter pour faire face à l'accroissement des besoins de prise en charge et de prestations pour les personnes âgées à domicile.

Les **actions de communication** réalisées de façon continue ont permis d'**informer** et de **sensibiliser** de nombreux acteurs sur le projet de réseau de santé personnes âgées. Réactivité et clarté sont les mots clefs de cette **stratégie transversale**.

La conduite du projet pour la mise en place d'un réseau de santé personnes âgées nécessite une force de **conviction** et de **persuasion** en continue.

L'**objectivation** des besoins sur les quatre cantons considérés permet de développer une argumentation fiable et croisée pour l'ensemble des acteurs : usagers, professionnels, institutionnels.

Des orientations stratégiques seraient donc à prendre et des actions devraient être mises en œuvre à plus ou moins long terme.

3 Des préconisations pour des orientations stratégiques efficaces

Les porteurs de projet se sont appropriés le projet durant toute la durée de la mission. Ils ont toute la légitimité pour continuer la dynamique de changement initiée (3.1). Au regard de la pertinence et de la dynamique engagée, l'hôpital devra être attentif aux opportunités qu'il peut saisir (3.2).

3.1 Réseau de santé personnes âgées : de la conduite de projet dans une dynamique constante

3.1.1 Des actions à mettre en œuvre

Calendrier prévisionnel

Mois - année	Actions
Septembre 2008	Comité de Pilotage n°7 <ul style="list-style-type: none">• Rencontre avec les membres du Réseau de Santé Personnes âgées de Compiègne pour étudier toutes les formes de mutualisation possibles• Détermination du parcours de la personne âgée à l'intérieur du réseau de santé• Identification de groupe de travail pour la formalisation des documents relatifs au fonctionnement du réseau
Octobre 2008	Comité de Pilotage n°8 <ul style="list-style-type: none">• Participation à la réunion annuelle des médecins généralistes pour l'organisation des gardes sur les cantons de Noyon et Guiscard• Action à reconduire sur les deux autres cantons de Lassigny et Ressons-sur-Matz• Rencontre avec les infirmières libérales
Novembre 2008	Comité de Pilotage n°9 <ul style="list-style-type: none">• Suite de l'avancement du travail de formalisation des documents• Dépôt des statuts du Réseau de Santé Personnes âgées (à définir)
Décembre 2008	Comité de Pilotage n°10 <ul style="list-style-type: none">• Recherche de co-financements• Clôture du dossier promoteur
Janvier 2009	Dépôt du dossier de demande de financement

Les membres du Comité de Pilotage détermineront ultérieurement un calendrier précis des différentes réunions sur la base d'une fréquence mensuelle. Ces différentes actions sont proposées sur des délais qui ont été réduits car l'hypothèse d'une mutualisation avec le projet de réseau gérontologique sur les environs de Compiègne permettrait de raccourcir le calendrier de mise en oeuvre.

Dans un premier temps, le rôle primordial des **porteurs de projet** sera de maintenir la dynamique engagée depuis ces quelques mois. La synergie du comité de pilotage sera le véritable moteur du projet. La force de conviction de chacun permettra de constituer un projet commun partagé à l'intérieur duquel se développeront des compétences collectives. C'est tout un jeu des acteurs qui permettra de créer du lien au sein du réseau et de voir se constituer un « ciment symbolique »⁶⁷. Le réseau de santé personnes âgées devra être appréhendé par chacun comme un espace d'échanges et d'informations privilégié.

Une phase plus pragmatique engagera la formalisation du **parcours de la personne âgée** à partir de son inclusion dans le réseau et le suivi de son cheminement à l'intérieur du réseau. Le comité de pilotage pourra ensuite formaliser les documents constitutifs que sont la charte du réseau, le règlement intérieur, etc.

Un **plan de communication** à destination des acteurs potentiels du réseau (médecins généralistes avec les associations de Formation médicale continue, infirmières libérales, maires des communes, usagers, etc.) devra être élaboré afin de valoriser les actions précédemment engagées. Une information régulière sur l'avancement du projet donnera une certaine visibilité aux différents acteurs.

De façon plus générale, le comité de pilotage devra faire preuve de réalisme et d'audace. Du réalisme dans la mesure où les critères de faisabilité du projet doivent être respectés et de l'audace de façon à identifier des actions innovantes avec notamment des actions de formation sur différents publics ciblés : acteurs professionnels et usagers et leur famille.

⁶⁷ SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, Op. Cit. p 57

3.1.2 La mutualisation comme axe incontournable de création et de pérennité

La **mutualisation** pose comme principe la mise en commun de ressources, le regroupement d'équipement mais aussi le partage d'informations ou encore de compétences. C'est une des forces du futur dispositif dans la mesure où « Au chapitre de la mutualisation des expériences, plusieurs voies sont actuellement explorées par les réseaux de santé. Cette forme de capitalisation collective des pratiques vient en fait répondre à une question difficile : La mutualisation des réseaux ne risque-t-elle pas d'entraîner à terme une saturation des professionnels de santé? [...] Est-ce que trop de réseaux tue le réseau? »⁶⁸

La logique de mutualisation est un axe primordial que le réseau de santé personnes âgées doit intégrer dès sa création afin de répondre non seulement aux très fortes recommandations de l'URCAM⁶⁹ mais aussi dans une logique de partenariat renforcé.

La mutualisation est une condition sine qua none de la constitution d'un socle fiable pour les deux réseaux gérontologiques en cours de création sur le territoire Sud Est. La thématique commune est déjà un point de convergence pertinent pour mutualiser.

Cette mutualisation « originelle » devra définir les contours d'un champ d'intervention afin d'envisager les avantages mais aussi les risques et les limites. Les modalités de mutualisation doivent être discutées, définies et validées par les acteurs (temps de secrétariat, protocoles communs, mise à disposition de locaux, etc.).

Un des leviers à actionner pour la mutualisation entre les deux futurs dispositifs gérontologiques relève du champ des **connaissances interpersonnelles** entre les acteurs. Les relations existantes entre les gériatres sont très favorables au développement d'une véritable synergie dans la mesure où « *la gériatrie sur le département de l'Oise et même au niveau régional avec la Société de Gériatrie, c'est une grande famille [...] il y a une réelle volonté de faire et de bien faire pour les personnes âgées.* »⁷⁰ La préexistence d'une culture professionnelle communes et de valeurs partagées est une véritable valeur ajoutée pour le dispositif gérontologique.

⁶⁸ BARRE S, EVIN C, et al. Op. Cit. p 118

⁶⁹ Présence de l'URCAM Picardie au Comité de pilotage n°6 du 9 juin 2008

⁷⁰ Entretien Chef du Pôle Gérontologie du CHHVO, 26 avril 2008

Cette mise en commun de compétences et de moyens devra s'inscrire dans une logique territoriale tout en prenant en considération les spécificités des deux zones de couverture du réseau de santé personnes âgées (zone de Compiègne plus urbaine et zone de Noyon plus rurale). Elle doit être un élément facilitateur d'accès aux soins sur le territoire urbain et rural et non pas un dispositif monopolistique qui risquerait de perdre le sens de ses missions de proximité.

Dès que cette phase d'intégration sera opérée, le réseau de santé personnes âgées avec ses deux zones de couverture, devra s'orienter vers une nouvelle étape de partenariat voire de mutualisation avec les autres réseaux de santé intervenant sur le territoire. Cette démarche permettra de dépasser les limites structurelles des réseaux de santé, trop longtemps restés dans une tour d'ivoire. L'articulation entre les différents réseaux pourrait alors trouver sa forme idéale, une sorte d'idéaltype organisationnel, dans la mesure où il s'agira de maximiser les potentialités du territoire afin d'assurer un service de qualité aux populations locales âgées. Et des actions concrètes et régulières notamment autour de la formation des acteurs, seront une plus-value indéniable.

3.1.3 De l'identification des risques à la mise en place d'indicateurs d'évaluation

Le premier risque pour ce projet est de **ne pas se concrétiser** ou de **ne pas être pérenne** par la suite. C'est en cela que l'évaluation est tout à fait liée à la gestion des risques en plus d'être « le corollaire du financement : l'évaluation des réseaux »⁷¹. Le pilotage du projet dans un premier temps et le pilotage du dispositif par la suite doivent s'inscrire dans une logique de dépassements de clivages. Les enjeux interpersonnels ne doivent pas devenir des enjeux de pouvoir et d'appropriation d'espaces de pouvoir.

Un deuxième risque encouru, au regard de l'hypothèse d'une mutualisation originelle, serait de s'engouffrer dans les lourdeurs d'un **réseau monopolistique** éloigné des réalités de terrain. La prise en charge globale de la personne âgée perdrait alors tout son sens du fait d'un abandon d'une logique de proximité. L'effet pervers de la mutualisation serait une perte de sens et d'actions au niveau de la réalité du territoire.

Un autre point de vigilance serait que le réseau ne soit pas assez identifié comme tel, **ne pas être connu**. Il doit se faire connaître pour être reconnu non seulement par les professionnels, par les acteurs locaux mais aussi, et surtout, par les bénéficiaires que

⁷¹ BARRE S, EVIN C, et al. Op. Cit. p 240

sont les usagers âgés. La stratégie de communication déclinée auparavant doit être une action de tous les instants. C'est la permanence de cette action transversale qui évitera l'anonymat et donc la fin du réseau personnes âgées.

Une dernière limite est la reproduction voire le renforcement des **cloisonnements**. Le réseau n'est pas une organisation comme une autre.

La **démarche d'évaluation** du réseau de santé personnes âgées est non seulement demandée par les financeurs régionaux et elle est clairement inscrite dans le référentiel national d'organisation⁷² ainsi que dans le référentiel d'évaluation des réseaux de santé de l'ex-Anaes. Des indicateurs généraux d'évaluation s'attachant aux champs de l'organisation du réseau, de la participation des professionnels, de la prise en charge des personnes âgées et de l'évaluation médico-économique, sont complétés par des indicateurs d'activité, de performance et de résultats. Ces éléments sont une base de travail pour les porteurs de projet qui devront s'approprier ces indicateurs, les compléter et le cas échéant les faire évoluer. De manière très pragmatique, des tableaux de bord pourraient être élaborés dès la phase constitutive du réseau de santé personnes âgées afin d'être de véritable guide pour le pilotage futur.

3.2 Des orientations stratégiques à saisir pour le CHHVO

3.2.1 Un positionnement sur le territoire Sud Est

La **reconfiguration du paysage hospitalier** à plus ou moins long terme sur le territoire national, imposée par les politiques publiques, est en cours de réalisation. Les logiques de restructuration s'inscrivent dans une démarche d'adéquation entre l'offre et la demande afin que le service rendu à l'utilisateur (patient - résident) soit de qualité. Cette qualité de prestations ne doit être atteinte que dans le cadre d'une maîtrise des ressources engagées, en d'autres termes, dans une logique d'efficience.

Cette reconfiguration souhaitée voire imposée trouvera son application sur la région Picardie et également sur le territoire Sud Est où le projet réseau de santé personnes âgées est en cours.

⁷² Op. Cit.p 7

C'est donc dans un contexte de renouveau que le Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise en tant qu'**hôpital de proximité** se doit de repenser son positionnement sur le territoire de santé Sud Est. Cette réflexion qui est engagée depuis quelques années arrive aujourd'hui à une certaine maturité et se traduit par des orientations qui sont en adéquation avec les orientations régionales. Le SROS Picardie s'efforce d'organiser un maillage territorial équitable. Ce cadrage régional trouve sa traduction opérationnelle avec le PMT Sud Est qui sert de guide au maillage territorial. Le CHHVO participe de ce maillage territorial dans la mesure où il est un maillon de l'offre de soins graduée et qu'il apporte des réponses de proximité, notamment sur le champ gériatrique, à des besoins de proximité identifiés.

S'engager dans le changement n'est jamais une chose aisée pour un établissement de santé car la capacité à s'interroger, la capacité à évaluer les prestations produites ou encore la capacité à repenser ses activités notamment sur le champ MCO, nécessite une certaine maturité. Cependant, anticiper le changement est toujours plus facile que de subir les injonctions. En d'autres termes, l'abandon éventuel, qu'il soit progressif ou radical, des activités chirurgicales et obstétricales, ne peut se faire qu'en contrepartie du déploiement offensif d'activités et de prestations gériatriques.

C'est en cela que le CPOM, Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens est un véritable outil de positionnement en plus d'être un outil de négociation, pour le CHHVO, car les éléments contractualisés avec l'ARH sont précisés dans son annexe 4 avec en premier choix, la mise en place de la filière de soins gériatriques. Pour conforter ses engagements, l'hôpital a inscrit dans l'annexe 10 « Coopération, complémentarité, réseaux », différentes modalités de partenariat avec l'hôpital de recours de Compiègne. L'hôpital de Noyon s'engage également à participer activement au réseau de santé personnes âgées, démarche qui se traduit concrètement dans la mesure où il a porté l'étude de faisabilité du projet avec notamment la participation active de trois acteurs au sein du comité de pilotage. Cet engagement est un véritable gage de légitimité pour l'hôpital de Noyon tant sur le territoire de santé Sud Est que pour le projet réseau de santé car il est simultanément client et fournisseur en termes de prestations.

Les discours des principaux acteurs du CHHVO traduisent des représentations communes et partagées sur le positionnement que doit avoir cet hôpital de proximité. Loin de voir un démantèlement de l'établissement, c'est une nouvelle configuration des

activités qui est appréhendée. Le « *socle gérontologique offert par l'hôpital de Noyon* »⁷³ est un levier indéniable pour le positionnement sur le territoire de santé et « *c'est une opportunité à saisir pour l'hôpital, on est sur une dynamique des parcours et une connexion des acteurs* »⁷⁴.

La **complémentarité** en cours avec l'hôpital de recours est une opportunité pour l'offre publique sur le territoire. Les différents partenariats et coopérations sont des atouts à valoriser face à un marché concurrentiel en cours d'expansion tant sur le champ MCO que sur le champ gérontologique.

La réflexion initiée courant 2006 sur l'hospitalisation à domicile pourrait être remise à l'ordre du jour dans la mesure où cette démarche en tant qu'alternative à l'hospitalisation, s'inscrit dans la logique de la mise en oeuvre de la filière de soins gériatriques.

3.2.2 Une organisation à consolider en interne

Une orientation stratégique réfléchie au cours de ces dernières années a permis d'entériner la position de l'hôpital de Noyon. Le choix d'une orientation dans la prise en charge des personnes âgées est clairement envisagé et sa traduction passe par l'affichage de cette démarche à travers le Projet d'Etablissement.

Cet outil de pilotage qui permet de décliner la ligne de conduite du centre hospitalier sur une période quinquennale, précise que « « l'hôpital se donne l'obligation d'affermir et d'accroître les partenariats avec les établissements de santé qui l'environnent et notamment, avec le centre hospitalier de recours, la médecine de ville et, chaque fois que c'est possible, les associations qui participent aux actions de santé. Cela implique un travail en réseau, le renforcement des conventions et le dépassement de l'hospitalocentrisme. »⁷⁵ En d'autres termes, l'hôpital de Noyon a atteint une certaine maturité pour valoriser ses coopérations et s'impliquer dans des projets ouverts sur l'extérieur tel que le réseau de santé personnes âgées.

⁷³ Entretien avec le Directeur de l'hôpital de Noyon, 21 mai 2008

⁷⁴ Entretien avec la Directrice Adjointe – Finances et Affaires Générales – de l'hôpital de Noyon, 6 juin 2007

⁷⁵ *Projet d'Etablissement 2008-2011*, Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise à Noyon, p 5

La **structuration de la filière de soins gériatriques** est un axe stratégique de premier ordre car elle permet à l'hôpital d'être un acteur privilégié dans la prise en charge globale de la personne âgée tant au niveau de l'amont (prévention, traitement adapté) qu'au niveau de l'aval (suivi de la sortie d'hospitalisation avec prise en charge dans d'autres service ou le cas échéant le retour à domicile).

Le panel de prestations offert par l'hôpital⁷⁶ participe de la fluidification de la filière en ce sens que l'évitement de la rupture de la prise en charge est un axe poursuivi en permanence. Cependant, des contraintes et des contingences portent une ombre au tableau : engorgement des lits, délais d'attente pour un accueil dans des structures d'aval, absence de dispositif de coordination. Le parcours du patient se doit d'être fluide et l'outil premier à développer est l'évaluation des activités et des actions menées. Le cas de l'ouverture du service de court séjour gériatrique⁷⁷ en est une bonne illustration et son évaluation au premier trimestre permet dès à présent d'orienter des actions correctives. Les indicateurs de suivi à retenir sont ceux qui permettent d'analyser les procédures d'admission et de sortie du patient âgé de 70 ans et plus. Le volume d'activité sur ces trois premiers mois traduit une montée en charge progressive avec 107 patients pris en charge. La durée moyenne de séjour de 10,2 jours reste dans des valeurs nationales mais le point d'achoppement est l'amplitude qui reste relativement élevée allant de 1 à 59 jours environ. Ces points de dysfonctionnement traduisent un blocage au niveau des sorties et une perte de la mission de prise en charge de l'aigu dans ce type de service.

Les principales recommandations à mettre en oeuvre s'articulent sur les éléments suivants :

- ✓ évaluer les conventions passées avec les EHPAD
- ✓ évaluer la procédure d'admission par le service des urgences
- ✓ relancer une action de communication avec les médecins généralistes
- ✓ formaliser une fiche de sortie patient

La mise en place de la **Nouvelle Gouvernance** avec la création de pôles devra trouver son efficience à travers notamment les contrats de pôles en cours d'élaboration, qui en tant qu'outils de contractualisation, vont permettre de développer et de formaliser des partenariats internes. Les pôles « gérontologie » et « médecine » valoriseraient leurs

⁷⁶ Cf. point 2.3.3

⁷⁷ Ouverture du court séjour gériatrique le 7 janvier 2008 avec l'identification de 18 lits dédiés au sein du service de médecine

activités en formalisant des protocoles et des conventions notamment pour des trajectoires fluidifiées pour une prise en charge sans rupture pour le patient âgé.

La logique contractuelle et partenariale au sein de l'établissement devrait être renforcée et sa concrétisation passerait par la création d'un **Service « Coopérations et Partenariats »**. Ce système transversal aurait toute sa légitimité car il aurait des missions innovantes et nécessaires qui se déclinaient de la façon suivante :

- ✓ mission de coordination interne et externe
- ✓ mission d'évaluation des conventions, des protocoles
- ✓ mission de communication interne et externe

Cette fonction support serait alors un véritable levier pour « faire vivre » les partenariats, les mettre en oeuvre et les évaluer afin que la prise en charge globale de la personne âgée soit de qualité.

Les préconisations proposées seraient à mettre en œuvre afin de développer des stratégies efficaces sur deux axes.

Le premier axe concerne le **projet réseau de santé personnes âgées** avec pour pierre angulaire la **mutualisation** et l'**évaluation**. Outre les actions de **communication** et de réalisation du dossier promoteur, ces deux thématiques, mutualisation et évaluation, sont les principes mêmes de la création du réseau et de sa pérennité.

Le second axe concerne **l'hôpital de Noyon**. Avec sa participation au projet de réseau gérontologique, il doit envisager les impacts sur la propre vie de son établissement. Il doit continuer à asseoir sa **légitimité** sur le territoire Sud Est en développant ses prestations et ses expertises gériatriques. De plus, la mise en place de la **filiale de soins gériatriques** ne sera pertinente et efficace que si une **évaluation** régulière est engagée. Le développement de **partenariats internes et externes** serait valorisé grâce à une fonction support dédiée à cet effet.

Conclusion

Le projet Réseau de santé personnes âgées sur la zone de couverture des quatre cantons de l'Oise s'inscrit dans un environnement contraint et complexe. Les orientations régionales restent tout à fait favorables à la mise en œuvre de ce type de dispositif de coordination gériatrique, à condition qu'il fasse preuve, à plus ou moins long terme, de son efficacité dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées. Le réseau de santé personnes âgées est le point de convergence entre des missions sanitaires, sociales et médico sociales et il permet à ce que l'offre de soins soit globale et décloisonnée.

L'étude de faisabilité a démontré la nécessité d'un réseau personnes âgées, non seulement pour faire face à des besoins objectivés et grandissants sur ce territoire, mais aussi pour répondre à des attentes de la part des acteurs afin que leurs actions ne soient plus isolées mais qu'elles soient coordonnées.

Les conditions de la réussite de la mise en place du réseau de santé personnes âgées sont réunies et il s'agit pour les acteurs de valoriser les synergies développées afin de déjouer les pièges et les risques de ce type d'entreprise. En d'autres termes, le réseau ne se décrète pas! Il se construit à partir d'une volonté politique et économique à travers notamment les orientations de la Mission Régionale de Santé, avec l'ensemble des acteurs concernés (usagers, professionnels, établissements, etc.) qui doivent s'approprier le dispositif pour en assurer sa réussite. La principale difficulté qui relèverait du paradoxe ou de la contradiction est de garder une marge de manœuvre dans un contexte très incitatif voire injonctif.

L'hôpital de Noyon, en tant qu'établissement de proximité a toute sa légitimité à être un acteur de choix dans la participation au réseau. C'est parce qu'il s'inscrit dans le maillage territorial qu'il participe de la trajectoire de soins du patient gériatrique ou encore du parcours de la personne âgée. L'expertise gériatrique développée par cet établissement ne peut que conforter ses orientations stratégiques dans ce domaine qu'il doit pouvoir valoriser notamment à travers une organisation interne performante et une ouverture sur l'extérieur avec des partenariats actifs.

Les réseaux de santé en général et au réseau de santé personnes âgées en particulier, sont des dispositifs faisant partie intégrante du paysage sanitaire, social et médico social. Qu'ils soient critiqués ou encore controversés par les uns pour le manque de résultats – encore faut-il savoir de quels résultats il s'agit - ou qu'ils soient vénérés par d'autres comme dispositif exclusif de sortie de crise, il n'en reste pas moins que les réseaux de santé pour personnes âgées sont des dispositifs auxquels les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico social doivent porter une attention particulière. La prise en charge globale et individualisée de la personne âgée sera de qualité que si elle s'effectue dans un contexte coordonné.

Bibliographie

Ouvrages

BARRE S, EVIN C, et al. *Traité pratiques des réseaux de santé*, Paris, Berger-Levrault, 2005, 456 p.

SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*, Paris, Editions ENSP, 2004 (2ème édition), 112 p.

Articles

BAQUE A, CHVETZOFF R, MANDELBAUM B, ROOS M-T, SCEMAMA A, « Quels indicateurs pour la gouvernance des réseaux de santé ? Exemple du réseau gérontologique Carmad », *Gestions hospitalières*, Août-septembre 2006, pp 457-464

FHF, *L'heure H – 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier*, 16 janvier 2007

POUTOUT G, « Philosophie et genèse des réseaux de santé », *Les cahiers hospitaliers*, n°129, janvier 2006, pp 4-11

POUTOUT G, « Qu'est-ce qu'un réseau de santé ? » *Les cahiers hospitaliers*, n°129, janvier 2006, pp 12-16

POUTOUT G, « Réseaux de santé. 2002-2006 : de la consécration aux incompréhensions », *Revue Hospitalière de France*, juillet – août 2007, n°517, pp 46-50

POUTOUT G, « Les réseaux. Acteurs de l'évolution du système de santé », *Revue Hospitalière de France*, n°518, septembre-octobre 2007, pp 64-67

SCHWEYER F-X, « Les territoire de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et Politiques – RIAC*, 52, Automne 2004, pp 35-46

SCHWEYER F-X, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques*, n°11, PUF, 2005, pp 89-104

SCHWEYER F-X, « Les réseaux de santé. L'outil qui cache la réforme », *Actes du Colloque « Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives »*, Rennes, 7-8 juin 2006

VINAS J-M, LARCHER P, DURIEZ M (coord.), « Réseaux de santé et filières de soins », *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, septembre 1998, pp 12-52

Législation et réglementation

Code de la santé publique

Code de la Sécurité sociale

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel* n°2 du 3 janvier 2002, 124

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* n°54 du 5 mars 2002, 4118-4159

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. *Journal Officiel* n° 151 du 1^{er} juillet 2004, 11944

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *Journal Officiel* n°98 du 25 avril 1996, 6311

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel* n°98 du 25 avril 1996, 6324

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux. *Journal Officiel* n°252 du 27 octobre 2002, 17849-17850

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions

d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux. Journal Officiel n°294 du 18 décembre 2002, 20923

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Journal Officiel n°113 du 16 mai 2007, 9369

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2002-14 du 16 juillet 2002

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé. Bulletin Officiel n°2003-03

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Lettre circulaire n° DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. Bulletin Officiel n°2004-40

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Bulletin Officiel, n°2007-4 du 15 mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel, n°2007-06 du 15 juin 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées ». Bulletin Officiel, n°2007-6 du 15 juillet 2007

Plans et programmes

10^{ème} Conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. 5 décembre 2003 – Strasbourg.

Un programme pour la gériatrie – 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. Rapport dirigé par Claude JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER, Philippe VIGOUROUX, avril 2006

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan Solidarité Grand Age, 27 juin 2006

Documents région Picardie

Arrêté relatif à la détermination des zones géographiques éligibles à l'aide à l'installation des médecins généralistes, URCAM-ARH, 30 novembre 2005

Contrat Etat – ARH de Picardie 2007-2010

Diagnostic partagé ARH-URCAM, juin 2005

Evaluation des besoins de soins en région Picardie, URCAM, avril 2006

La Mission Régionale de Santé de Picardie, ses enjeux et son rôle, Conférence de presse, 15 mars 2004

La population de la Picardie en 2030, un vieillissement inéluctable, Dialogues d'Amiens « vieillir ensemble », 4 novembre 2005, INSEE

Plan Régional de Santé Publique de Picardie 2006-2009, version 2, août 2006

Programme de travail de la Mission Régionale de Santé de Picardie pour 2008, MRS, 23 janvier 2008

Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie 2006/2009, actualisation février 2007

Projet Médical de Territoire Sud Est, version finale votée le 17 janvier 2007

Rapport d'activités de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux en Picardie, année 2006

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Picardie, 31 mars 2006

Documents internes à l'hôpital

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise, Noyon, avril 2008

Projet d'Etablissement 2008-2011, Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise, Noyon

Objectif, Journal Interne, Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise, n°40, février 2008

Mémoires

DELMAS Frédéric , *Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au Centre hospitalier de Rodez et mise en perspective avec le réseau gérontologique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital*, mémoire ENSP, 2003

GALLET Bruno, *Le développement du réseau gérontologique autour de l'hôpital local de Belleville. La structuration de filières gériatriques pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, mémoire ENSP, 2003

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

NEMITZ Bergamote, *La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, mémoire ENSP, 2006

MIP 2006 – « Comment inciter professionnels et patients à adhérer à un réseau de santé : cas des réseaux cancérologiques » - Groupe n°10 – Animateur : Alain BERARD

MIP 2006 – « Vers quel développement des réseaux gérontologiques en région ? » -
Groupe n°18 – Animateur : Marguerite Marie DEFEBVRE

MIP 2007 – « Quelle mutualisation des réseaux de santé ? » - Groupe n°3 – Animateur :
Alain BERARD

Séminaires - Formation

« Les réseaux gérontologiques », CCMSA, Françoise Frégeac, Nicolas Demarle, Paris,
décembre 2007

« Les réseaux gérontologiques », CNEH, Zainab Riet, Paris, mai 2008

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Territoire Sud Est de la région Picardie

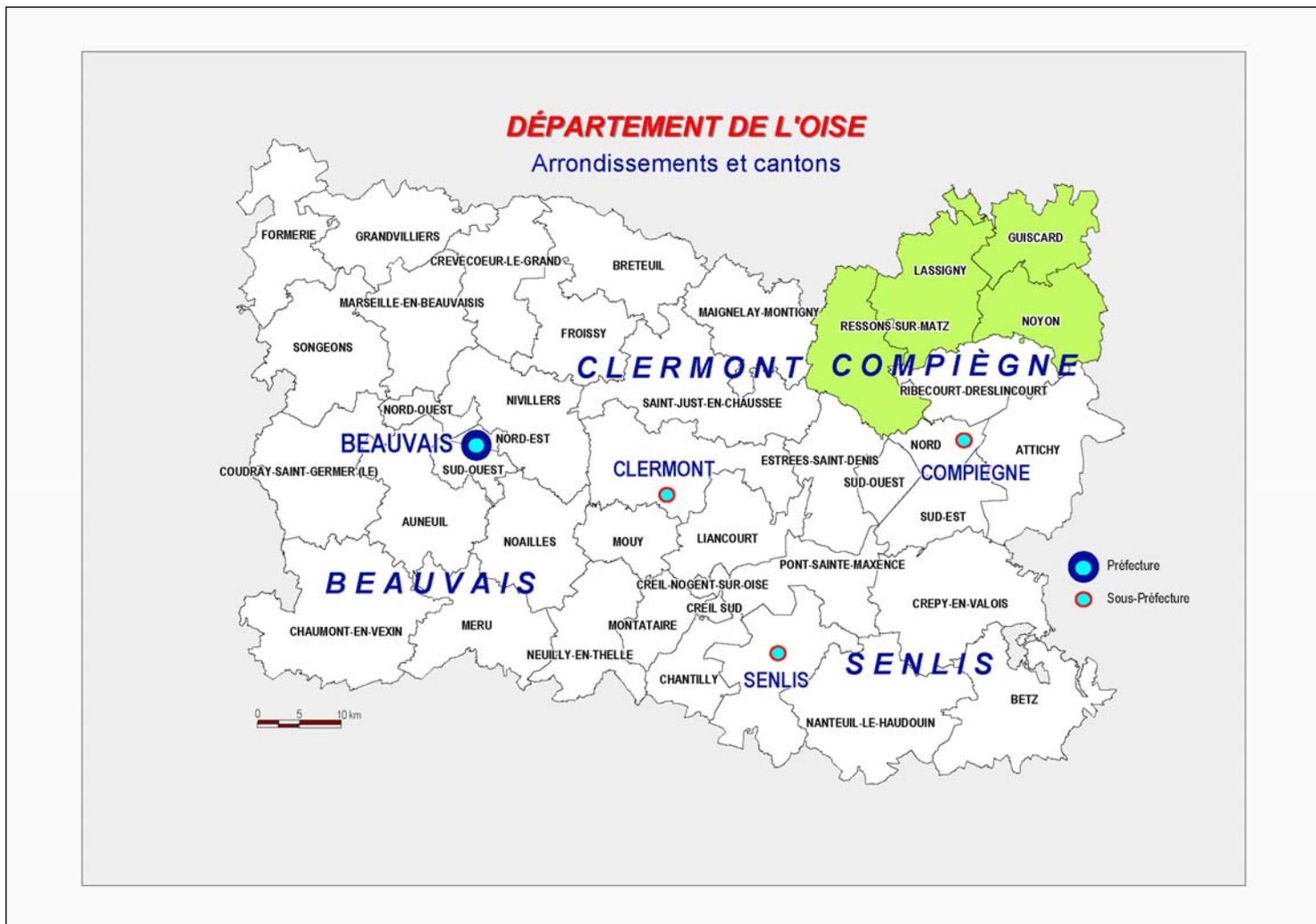
Annexe n° 2 : Carte du département de l'Oise

Annexe n° 3 : Guide d'entretien

Annexe n° 1 : Territoire Sud Est de la région Picardie



Annexe n° 2 : Carte du département de l'Oise



Annexe n° 3 : Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous me présenter votre fonction et vos principales missions?
- 2) Quelles sont les principales caractéristiques de la politique de prise en charge de la personne âgée en Picardie et plus particulièrement dans l'Oise?
- 3) Quel diagnostic poseriez-vous sur le territoire picard en général et sur les quatre cantons de Noyon, Guiscard, Ressons-sur-Matz et Lassigny en particulier?
- 4) Quelle définition donneriez-vous d'un réseau de santé personnes âgées ou communément appelé réseau gérontologique?
- 5) Quels sont les principaux avantages à la création d'un réseau de santé personnes âgées sur le territoire regroupant les quatre cantons de Noyon, Guiscard, Ressons-sur-Matz et Lassigny? Pensez-vous que ce soit justifié?
- 6) Quelle valeur ajoutée peut apporter un réseau de santé personnes âgées pour les professionnels du secteur de la santé et du secteur du social?
- 7) Quels sont d'après vous les freins à la mise en place de ce type de dispositif?
- 8) Quelles perspectives peut-on envisager au niveau des modalités de coopération ville / hôpital?
- 9) Quels sont les leviers à actionner afin que le réseau de santé personnes âgées sur les quatre cantons cités existe et soit pérenne?
- 10) En matière de financement d'un réseau de santé personnes âgées, le FIQCS, Fond d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, vous paraît-il approprié et performant?
- 11) Quels autres types de financements, de ressources, pensez-vous que l'on puisse solliciter?
- 12) Avez-vous des éléments à ajouter?

KANANE-DOUCET

Valérie

Décembre 2008

Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico Social

Promotion 2007-2008

Réseau de santé personnes âgées autour du Centre Hospitalier de Noyon : étude de faisabilité pour la mise en place de ce dispositif

Résumé :

Les réseaux de santé personnes âgées sont des dispositifs de prise en charge permettant notamment le maintien à domicile. Ils appartiennent au paysage sanitaire, social et médico social et leur mission principale est la coordination.

Les orientations politiques picardes en matière de réseaux gérontologiques s'inscrivent favorablement dans une logique partenariale efficiente. Un projet de création de réseau de santé personnes âgées est porté par l'hôpital de Noyon avec l'accompagnement de la Mutualité Sociale Agricole. La zone de couverture regroupe quatre cantons du territoire Sud Est qui ne dispose d'aucun dispositif de coordination.

Ce projet repose sur une étude de faisabilité qui non seulement recense les besoins sur le territoire mais aussi les volontés locales avec comme socle un comité de pilotage volontariste.

Cette entreprise trouverait sa concrétisation avec une orientation vers la mutualisation et l'évaluation. L'hôpital devrait également saisir des opportunités notamment avec la mise en place de la filière de soins gériatriques.

Mots clés :

Réseau de santé personnes âgées – Hôpital de proximité – Dispositif gérontologique – Coordination – Maillage du territoire – Mutualisation – Evaluation – Filière de soins gériatriques – Volontariat des acteurs -

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.