

**UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE  
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

ANNEE 2002

N°

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE  
DOCTEUR EN MEDECINE  
Discipline : Médecine Générale**

\*\*\*\*\*

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2002  
à GRENOBLE

\*\*\*\*\*

par Mme BARTET-GALERA Catherine  
Née le 15 avril 1968 à Saint Maur des Fossés (Val de Marne)

\*\*\*\*\*

TITRE : INTERET DE DEVELOPPER UN RESEAU GERIATRIQUE  
EN TARENTEISE EN 2002

PRESIDENT DE THESE :  
Professeur Alain FRANCO

LE CONSERVATEUR DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :  
Docteur Dominique MERTUK

Signature du  
Président de thèse

Cachet de la bibliothèque  
universitaire

**A Monsieur le Professeur A. Franco**

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse

**A Monsieur le Docteur D. Mertuk**

Pour son aide, ses conseils et sa patience

**A Madame et Messieurs les membres du jury**

Pour avoir accepté de juger cette thèse

## SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>I. LEXIQUE</b>	<b>4</b>
<b>II. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>IIA – Définition d'un réseau</b>	<b>8</b>
<b>IIB - Définition d'un réseau de santé</b>	<b>8</b>
<b>IIC –Objectifs</b>	<b>10</b>
<b>III.MATERIEL ET METHODE</b>	<b>12</b>
<b>IIIA - Définition de l'unité de lieu</b>	<b>13</b>
<b>IIIB - Identification des besoins</b>	<b>15</b>
<b>1° Besoins de la population cible</b>	<b>15</b>
démographie	15
définition de la population cible	16
description des structures existantes	18
<b>2° Besoins des professionnels</b>	<b>26</b>
<b>IV. ENQUETE DE FAISABILITE</b>	<b>29</b>
<b>IVA - Acteurs concernés</b>	<b>30</b>
<b>IVB - Type de questionnaire et élaboration</b>	<b>31</b>
<b>IVC - Méthode d'analyse des réponses</b>	<b>31</b>
<b>V. RESULTATS</b>	<b>32</b>
<b>VI. DISCUSSION</b>	<b>53</b>
<b>VII. CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>63</b>
<b>IX. ANNEXES</b>	<b>67</b>
<b>Projet gériatrique du SIHT</b>	<b>68</b>
<b>Documents relatifs à l'enquête</b>	<b>70</b>

**I. LEXIQUE**

## **I. LEXIQUE**

AFD : Aide aux Familles à Domicile

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

COTOREP : Commission d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DVS : Direction de la Vie Sociale

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MAPAD : Maison d'Accueil pour PA Dépendantes

MG : Médecin Généraliste

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSCL : Maison de Santé Claude Léger

PA : Personne(s) Agée(s)

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SIERSS : Syndicat Intercommunal d'Etudes et de Réalisations Sanitaires et Sociales

SLD : Soins de Longue Durée

USLD : Unité de Soins de Longue durée

SIHT : Syndicat Inter-Hospitalier de Tarentaise

SPAD : Service Présence Aide à Domicile

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UNASSAD : Union Nationale des Associations de Soins et Services d'Aide à Domicile

## **II. INTRODUCTION**

## II. INTRODUCTION

### **IIA - Définition d'un réseau.**

Le Dictionnaire Universel Francophone En Ligne propose pour la quatrième définition du mot "réseau" :

*Ensemble de personnes, d'organismes, d'instituts, etc., qui concourent au même but, qui sont en relation pour agir ensemble.*

Dans le Petit Robert on trouve :

*5° Ensemble des lignes, des voies de communications, etc., qui desservent une même unité géographique, dépendent d'une même compagnie.*

*6° Répartition des éléments d'une organisation en différents points. Ex. : Organisation clandestine formée par un certain nombre de personnes en relation directe ou indirecte les unes avec les autres et obéissant aux mêmes directives.*

### **IIB - Définition d'un réseau de santé.**

Définition proposée par la Coordination Nationale des Réseaux :

*Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté.*



Le réseau de santé est également défini par la loi n°2002-203 du 4 mars 2002 (21) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui décrit ainsi ses missions (4) :

- *Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ;*
- *Assurer 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 ;*
- *Participer à des actions de santé publique ;*
- *Procéder à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.*

Depuis plus de vingt ans maintenant, de nombreux médecins se sont engagés dans des réseaux de soins (8,10,26).

Sans être dans la clandestinité, ils n'étaient régis par aucun texte et s'organisaient selon la bonne volonté de leurs membres. L'objectif de ces réseaux était la recherche de l'amélioration de la qualité des soins, l'optimisation des services proposés mais aussi la mise en commun des connaissances face à l'émergence de nouvelles pathologies (SIDA, Toxicomanies, ...) dont les prises en charge tant médicales que sociales étaient à inventer.

C'est ainsi que le secteur sanitaire commença à s'ouvrir vers le secteur social avec la volonté d'une prise en charge globale de l'individu (12).

Ces expériences organisées également autour de patients porteurs de pathologies chroniques (diabète, etc.), ou d'une catégorie définie de la

population (Personnes Agées,...) ont attiré l'attention des Pouvoirs Publics intéressés par toute évolution du système de soins.

Ainsi en 1996, les ordonnances Juppé (24,25) créent une procédure d'expérimentation des réseaux (réseaux agréés par la commission Soubie) afin de promouvoir et vérifier la viabilité de formes d'exercice basées sur la prise en charge globale des assurés concernés, en expérimentant de nouveaux modes de rémunération.

S'agissant du problème spécifique de la prise en charge des PA, la politique gérontologique française s'est mise en place dès 1962. Le rapport Laroque (8,28) demandait de mettre à disposition des PA un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins, et impulsait le développement de la coordination entre les politiques sectorielles au niveau national (relatives à l'emploi, au logement, mais aussi aux actions sociales et sanitaires). Au niveau local, des moyens se sont mis en place par le biais de services médico-sociaux.

## **IIC.- Objectifs**

Conformément aux objectifs fixés par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) Rhône-Alpes 1999-2004 et aux directives ministérielles (4,13,14,15) nous souhaitons organiser une prise en charge sanitaire optimale des Personnes Agées (PA) en "Tarentaise".

L'un des chapitres du SROS Rhône-Alpes 1999-2004 est consacré à l'amélioration de la prise en charge des PA. Il fait d'abord le constat des lacunes de celle-ci puis définit les objectifs à atteindre tels que :

- encourager la mise en place de réseaux gérontologiques afin de permettre une articulation efficace des interventions pluridisciplinaires,

- assurer la continuité du projet de soins et orienter au mieux les PA selon leurs besoins avec pour préconisations :
  - définition des contours des bassins gérontologiques;
  - inscription des établissements dans la dynamique de réseau
  - mission d'information, d'orientation, de suivi, consultations pluridisciplinaires, évaluation gériatrique, actions de prévention et d'éducation sanitaire;
  - reconnaissance du rôle particulier des hôpitaux généraux dans la coordination gérontologique;
  - identification de la prise en charge gériatrique dans les établissements de soins.

Le projet médical gériatrique du Syndicat Inter-Hospitalier de Tarentaise (SIHT) se positionne aussi dans cette optique (annexe 1).

L'on y évoque l'organisation d'activités nouvelles telles que la création d'un service de soins de suite et de réadaptation, d'un service d'évaluation gériatrique mobile et la volonté d'un travail en réseau inter et extra-hospitalier, entre les différentes structures publiques et privées avec pour pôle de référence le Centre Hospitalier de Chambéry.

Le réseau gériatrique pressenti serait un maillon de la chaîne permettant la prise en charge, quelle qu'elle soit, des PA fragiles dans les meilleures conditions sanitaires.

Il s'articulerait entre :

- les coordinations gérontologiques existantes et celles à naître ;
- les praticiens et acteurs libéraux ;
- les structures hospitalières (hospitalisation, hébergement) ;
- les institutions.

Nous avons cherché à savoir quel écho recevrait un tel projet auprès des acteurs susceptibles d'y avoir recours par le biais d'une enquête (annexe 2).

### **III. MATERIEL ET METHODE**

### III. MATERIEL ET METHODE

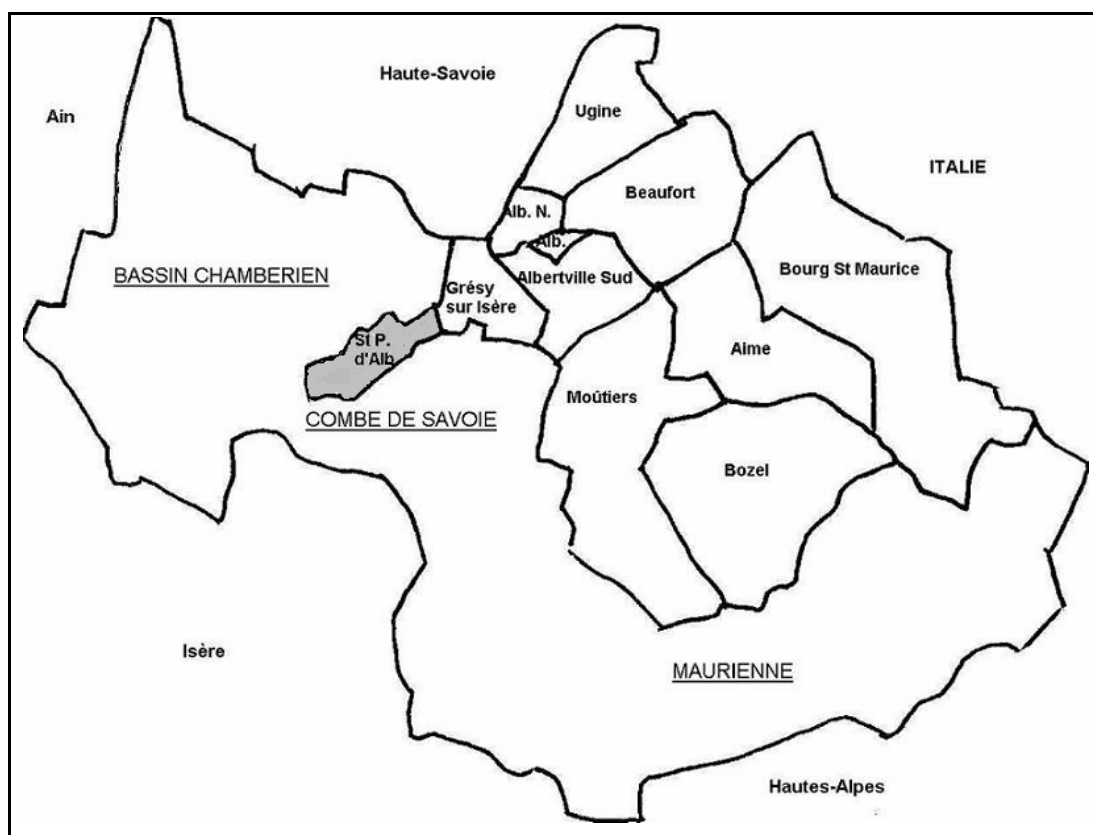
#### IIIA – Définition de l'unité de lieu

Le département de la Savoie se situe à l'est de la région Rhône-Alpes et couvre une partie du massif alpin.

Géographiquement, il est constitué de deux vallées (Maurienne et Tarentaise) et d'un bassin (Bassin Chambérien , Combe de Savoie).

Administrativement, il se décompose en trois arrondissements : Chambéry au nord-ouest, Saint Jean de Maurienne au sud et Albertville au nord-est.

#### SITUATION DE LA "TARENTAISE" DANS LE DEPARTEMENT DE SAVOIE



La Tarentaise est une destination savoyarde bien connue des amateurs de sports "divers" (d'hiver bien sûr, de montagne en général).

Elle occupe le bassin supérieur de l'Isère en amont de son confluent avec l'Arly à 333 m. d'altitude, jusqu'au point culminant de la Grande Casse à 3852 m.

En aval, la limite est la ligne de séparation entre le bassin de l'Arly et l'Isère supérieure ce qui correspond à une superficie de 1897 km<sup>2</sup>.

Administrativement la Tarentaise comprend 4 cantons : Aime, Bourg-Saint-Maurice, Bozel, Moûtiers et six communes du canton d'Albertville-sud.

Cette description correspond à la définition historique et géographique de la Tarentaise.

Pour le projet de réseau gériatrique que nous étudions, nous avons élargi cette définition à tout l'arrondissement administratif d'Albertville.

Il s'agit donc de neuf cantons : Albertville-nord et sud, Grésy sur Isère à la limite de la Combe de Savoie; Beaufort et Ugine en moyenne montagne ; Aime, Bourg Saint Maurice, Bozel et Moûtiers en haute montagne. La superficie totale de cet ensemble couvre 2500 km<sup>2</sup>.

Le secteur géographique que nous avons ainsi défini se superpose à la zone de couverture sanitaire du Syndicat Inter-Hospitalier de Tarentaise (SIHT) et apparaît comme un bassin de vie cohérent. Le SIHT de Tarentaise regroupe en son sein les trois hôpitaux généraux de l'arrondissement d' Albertville :

- Centre hospitalier d'Albertville
- Centre hospitalier de Bourg-Saint-Maurice
- Centre hospitalier de Moûtiers

On notera que sur le plan sanitaire le canton de Saint Pierre d'Albigny est rattaché au centre hospitalier de Chambéry. C'est pourquoi il a été exclu alors qu'administrativement il fait partie de l'arrondissement d'Albertville.

Enfin, dans la région Rhône-Alpes, la "Tarentaise" constitue une partie du secteur sanitaire n°10.

### IIIB – Identification des besoins

#### 1° Besoins de la population cible

##### a) Démographie (recensement de 1999)

La France métropolitaine est peuplée de 58.520.000 habitants dont 4.505.000 personnes âgées (PA) de 75 ans et plus, soit 7,7% (18).

La Savoie est un département de 373. 258 habitants, un peu plus jeune avec 7,3% de PA de 75 ans et plus.

La "Tarentaise", bassin de vie que nous avons précédemment défini recense 107.210 habitants dont 7.004 PA de 75 ans et plus soit 6,5% (17). En 1990 on en dénombrait 5.200 soit une progression de 34,7% en 9 ans.

Cette relative jeunesse s'explique par le fait qu'il s'agit d'une zone touristique et industrielle. Malgré sa ruralité, elle présente des pôles d'emplois attractifs pour une population active donc assez jeune.

	<b>Population totale</b>	<b>PA de 75 et plus</b>	<b>%</b>
<b>FRANCE</b>	58.520.000	4.505.000	7,7
<b>SAVOIE</b>	373.260	27.250	7,3
<b>TARENTEISE</b>	107.210	7.004	6,5

En "Tarentaise" 87,8% des PA de 75 ans et plus vivent à domicile, chiffre identique à la moyenne nationale.

La discordance entre des possibilités d'institutionnalisation identiques à la moyenne nationale et un pourcentage de PA inférieur à cette moyenne nationale s'explique par le fait que le nombre de lits d'hébergement est fixé par les organismes de tutelle en pourcentage de la population concernée.



## b) Définition de la population cible

Depuis plusieurs dizaines d'années on assiste au vieillissement général de la population française.

**Evolution des populations en % (5)**

	1962	1968	1975	1982	1990	1999
<b>60-74 a.</b>	13,2	13,7	13,3	11,9	12,8	13,6
<b>75a. et +</b>	4,9	5,1	5,6	6,6	7,1	7,7
<b>total</b>	18,1	18,8	18,9	18,5	19,9	21,3

On remarque que c'est la part des PA de 75 ans et plus qui augmente le plus (+2,8%) alors que les 60-74 ans n'ont progressé que de 0,4% pendant la même période.

Nous avons délibérément choisi de cibler la population des PA de 75 ans et plus vivant à domicile.

C'est à partir de 75 ans que les besoins sanitaires et sociaux sont démultipliés (1).

L'âge "officiel" de l'entrée dans le "Troisième Age" est déterminé socialement par l'âge de la retraite des salariés c'est-à-dire 65 ans.

Par contre, il est admis de manière consensuelle que c'est à partir de 75 ans que l'état de "fragilité" prend toute sa dimension (4).

Les sujets âgés peuvent alors être répartis en trois groupes (16,27) :

- Entre 65 et 75 ans, les sujets sains se rapportant au concept de santé défini par l'OMS qui représente un *état de complet bien être physique, mental et social*.
- De 75 à 90 ans, les sujets mono-pathologiques qui sont de toute façon déjà bien suivis et pris en charge de façon rapprochée.

- Les plus de 75 ans, poly-pathologiques dits "fragiles"(11) à risque de décompensation, parfaitement décrits par Monsieur le Ministre délégué à la santé en mars 2002(13).

Sur le plan social, on observe aussi cette césure (7,9) :

Jusqu'à 75 ans les PA vivent majoritairement en couple alors qu'au delà les foyers se constituent le plus souvent de personnes seules et surtout de veuves : l'espérance de vie des femmes est de 82 ans, celle des hommes de 74 ans.

L'isolement s'accroît d'autant plus que les sorties du domicile se font de plus en plus rares (7) : 7,1% des PA de 60 à 74 ans et 23,5% des PA de plus de 75 ans ne sortent plus de chez elles.

La dépendance physique est aussi un facteur aggravant et contribue à la "fragilité" (7,9) : 20% des 60-74 ans et 47,8% des PA de plus de 75 ans souffrent de difficultés à la marche.

Intégrer cette population ayant des besoins médicaux et/ou sociaux complexes dans un réseau gériatrique revient à organiser des actions de prévention, d'évaluation, de formation et de soutien pour un maintien à domicile de bonne qualité. Il pourrait être un pôle de référence pour tous les utilisateurs potentiels : population cible et acteurs professionnels.

#### c) Description des structures existantes (6,23,28)

##### Structures d'aide au maintien à domicile

Le maintien à domicile des PA nécessite un ensemble de moyens humains et techniques.

C'est le mode de prise en charge le plus "naturel" et celui auquel aspire une majorité d'individus.

L'éventail des services proposés est assez large avec des aides humaines ou techniques. Mais il ne faut pas oublier que bien souvent l'entourage et les familles (les aidants naturels) participent en priorité au soutien de la PA à domicile.

Nous allons faire l'inventaire de l'ensemble des aides médico-sociales existantes en "Tarentaise".

➤ Médecin généraliste (MG)

Son premier rôle est de garantir la continuité des soins; il est médecin de la famille, de l'individu dans sa globalité et dans son environnement.

En "Tarentaise" on en dénombre 74, en excluant les médecins de station (travail saisonnier, clientèle spécifique et non locale).

A noter que son rôle a été accru depuis la reconnaissance du maintien à domicile. Il a maintenant une qualité de référent.

La prise en charge des PA de 75 et plus ans donne droit à des majorations d'honoraires et implique un travail de synthèse de dossier, annuel et rémunéré.

➤ Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Ce sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent sur prescription médicale auprès des PA malades ou dépendantes. Elles dispensent les soins infirmiers et d'hygiène générale, et aident à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (ex : lever, coucher, aide à l'alimentation...).

Il s'agit d'infirmières diplômées d'état (IDE), d'aides soignantes dont la coordination est assurée par un cadre infirmier. Les SSIAD peuvent être gérés par les bureaux d'aide sociale ou par des associations (ADMR par exemple).

Les soins sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Le MG prescrit et assure le suivi des soins.

➤ Aides ménagères

Leurs missions consistent à effectuer un travail matériel et social. Elles aident aux tâches ménagères (courses, ménage, préparation des repas...) mais peuvent aussi être mises à contribution pour des démarches administratives (accompagnement), pour tenir compagnie et aider à la mobilité.

Leur intervention peut être suggérée par le MG mais le certificat médical n'est pas obligatoire. On peut faire appel directement à l'aide ménagère.

Elles sont employées par des associations (ADMR, AFD, SPAD) ou par les centres communaux d'action sociale (CCAS, CIAS)

Une prise en charge financière est possible par le fond d'action sociale des caisses d'assurance vieillesse et/ou de retraite complémentaire , sous condition de certificat médical et sous conditions de ressources.

➤ Auxiliaire de vie

Son rôle est d'aider la PA handicapée à effectuer les actes essentiels de la vie courante (mobilité...) ; comme les aides ménagères, elles sont employées par les CCAS et les associations.

Pour en profiter, il faut bénéficier de l'avantage "tierce personne" ; la prise en charge financière dépend des revenus. Une allocation peut être octroyée par la COTOREP.

➤ Portage des repas

Ce sont des repas préparés par une collectivité et livrés à domicile.

La participation financière varie selon les collectivités locales. Il y a des possibilités d'aide partielle ou totale de l'action sociale si les revenus sont insuffisants.

➤ Télé-alarme

Elle permet d'assurer la sécurité des PA isolées et à risque de chute.

Le système est relié à des parents, des voisins ou un service de secours.

L'intervention est possible rapidement dès l'émission du signal.

La location de l'appareil est à la charge de la PA tout au moins en Savoie.

➤ Accueil de jour

Il permet le soulagement momentané de l'entourage.

Il est organisé par les établissements d'hébergement pour PA.

Il reste assez confidentiel pour l'instant en Savoie.

➤ Hébergement temporaire

Comme l'accueil de jour, il permet de soulager les aidants naturels sur une période plus ou moins longue afin de pouvoir faire face à des situations exceptionnelles (conгés, hospitalisation du conjoint...).

Il est également organisé par les établissements d'hébergement pour PA.

➤ Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (2,8).

Les CLIC aident les PA et leur entourage à mieux appréhender les problèmes liés au vieillissement. Il s'agit d'un accompagnement de proximité avec plusieurs niveaux d'intervention:

Niveau 1 : mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles.

Niveau 2 : prolonge le niveau 1 par des missions d'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.

Niveau 3 : prolonge le niveau 2 par la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisé.

D'autres services peuvent être rendus, comme la garde à domicile, ils sont également proposés et gérés par les associations ou les CCAS.

Dans le secteur de la "Tarentaise", toutes ces structures d'aide au maintien à domicile existent mais ne sont pas nécessairement représentées dans chaque canton :

- Canton d'Aime : Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR)
- Canton d'Albertville Nord et Sud : Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS), Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Service Présence Aide à Domicile (SPAD), Aide aux Famille à Domicile (AFD), CLIC niveau 1 en cours de mise en place (qui interviendra dans le

cadre du Syndicat Arlysère, c'est-à-dire les cantons d'Albertville Nord et Sud, Beaufort et une partie du territoire des cantons de Grésy sur Isère et Ugine).

- Canton de Beaufort : ADMR, AFD
- Canton de Bourg Saint Maurice : ADMR, Service étoile (service de coordination des intervenants auprès des PA)
- Canton de Bozel : ADMR
- Canton de Grésy sur Isère : ADMR, AFD, CIAS
- Canton de Moûtiers : ADMR, Syndicat Intercommunal d'Etudes et de Réalisations Sanitaires et Sociales (SIERSS), coordination (Service Horizon)
- Canton d'Ugine : ADMR, AFD, SPAD, CCAS

#### Structures d'hébergement gériatrique

##### **Secteur non hospitalier, médico-social :**

Ce type d'établissement est destiné à l'accueil permanent des PA plus ou moins dépendantes.

Ce sont des lieux de résidence bénéficiant de plus ou moins de services, de soins para-médicaux, de soins médicaux.

La dépendance pouvant être physique mais aussi neuropsychique, certains établissements sont spécialisés ou possèdent une unité réservée à la psychogériatrie. Ce sont des unités fermées avec théoriquement du personnel qualifié et en nombre suffisant

➤ Famille d'accueil

Cette solution, intermédiaire entre le domicile et l'hébergement en structure gériatrique, reste très confidentielle mais commence à se développer. Il s'agit d'un accueil au sein d'une famille de "professionnels" qui ont un agrément. Trois personnes sont ainsi prises en charges dans le canton d'Albertville Nord.

➤ Etablissement d'Hébergement pour PA (EHPA, secteur social)

C'est la nouvelle dénomination des établissements non médicalisés. Ils regroupent en leur sein les foyers logements ainsi que les maisons de retraite non médicalisées. Ils bénéficient de services collectifs (restaurant), et d'espaces de vie communs (salon, salle de jeux...) à usage facultatif.

Les personnes âgées accueillies dans ces établissements doivent être relativement valides et autonomes. Mais les dispositifs d'aide au maintien à domicile décrits précédemment peuvent intervenir dans ces structures. Pour les soins médicaux, les PA font appel à leur médecin traitant comme à domicile. Les frais hôteliers sont à la charge de la PA. Si l'établissement est conventionné, une aide sociale est possible en fonction des revenus (allocation logement de la caisse d'allocation familiale).

➤ Etablissement d'Hébergement pour PA Dépendantes (EHPAD, secteur social)

Ce sont des établissements assurant la prise en charge de la PA dépendante, regroupant sous cette nouvelle dénomination les anciennes maisons de retraite médicalisées, les MAPAD et les Unités de Soins de Longue Durée hospitalières.

Ils assurent une prise en charge intégrale y compris des soins de nursing pluri-quotidiens, des soins infirmiers, le tout coordonné par un médecin coordonnateur rémunéré par l'établissement, ou par un praticien hospitalier.

Les MG libéraux peuvent continuer à intervenir auprès de leurs patients si ceux-ci le désirent.

L'assurance maladie prend en charge le "forfait soin", la collectivité territoriale octroie une aide pour la prise en charge de la dépendance, calculée en fonction du résultat obtenu par la cotation de la grille AG-GIR. Les frais d'hébergement restent à la charge des PA ou de leur famille avec une aide personnalisée éventuelle.



**Structures d'hébergement gériatrique en "Tarentaise"  
(secteur médico-social)**

<b>CANTON</b>	<b>EHPA</b>	<b>EHPAD</b>
<b>Aime</b>	"Domicile collectif" d'Aime	
<b>Albertville N et S</b>	"Résidence des 4 vallées" (Alb.)	Maison de retraite "La Bailly" (La Bathie)
<b>Beaufort</b>		Maison de retraite de Beaufort
<b>Bourg Saint Maurice</b>	Foyer logement "La Roselière" (BSM)	
<b>Bozel</b>		Maison de retraite "La centaurée" (Bozel)
<b>Grésy sur Isère</b>		Foyer "Floréal" (Frontenex)
<b>Môutiers</b>	Résidence "Notre Foyer" (Salins les Thermes)	
<b>Ugine</b>	Foyer logement "Les Gentianes" (Ugine)	"La Nivéole" (Ugine) Maison de retraite "Marin Lamellet" (Flumet)

### **Secteur privé :**

Résidence Saint Sébastien (Tours en Savoie)

Home du Vernay (Esserts Blay)

### **Secteur hospitalier :**

Les services d'hébergement du secteur hospitalier rentrent dans le cadre de la dénomination EHPAD depuis la mise en vigueur de la nouvelle tarification. Il persiste malgré tout différents niveaux de prise en charge en fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies et le secteur hospitalier garde ses spécificités (22).

Ils correspondent aux anciennes Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et section de Cure Médicale.

La prise en charge médicale est assurée par le médecin gériatre chef de service (Praticien Hospitalier) secondé par un ou plusieurs attachés, assistants, internes.

#### ➤ USLD

Il s'agit des anciens "Longs séjour". Ce sont des services qui assurent l'hébergement et des soins constants aux PA dont l'état de santé nécessite une surveillance ainsi que des traitements lourds. La durée d'hospitalisation n'est pas limitée.

Le forfait d'hébergement est à la charge de la PA avec possibilité d'une participation partielle ou totale de l'aide sociale. Le forfait soin est pris en charge à 100% par les caisses d'assurance maladie.

#### ➤ Cure médicale

Equivalent des EHPAD du secteur médico-social, mais en raison des besoins, les PA accueillies sont souvent aussi dépendantes que celles des USLD.

Le SIHT regroupe trois hôpitaux qui possèdent chacun leur service d'hébergement gériatrique :

Centre hospitalier d'Albertville:

service de 155 lits répartis sur deux sites géographiques

- Maison de santé Claude Léger (MSCL) à Albertville  
60 lits de cure médicale  
60 lits de Soins de Longue Durée (SLD)  
1 place en accueil de jour (du lundi au vendredi, de 9h à 17h)
- USLD La Clairière à Ugine  
35 lits de SLD

Centre hospitalier de Bourg Saint Maurice:

service de 80 lits

- Maison Saint Michel  
60 lits de cure médicale  
20 lits de SLD  
1 place en accueil temporaire limité à trois semaines ou accueil de jour (du lundi au vendredi, de 10h à 18h)

Centre hospitalier de Moûtiers :

service de 110 lits répartis sur deux unités distinctes

- Maison de santé Les Cordeliers  
80 lits de cure médicale  
2 places en accueil de jour  
Possibilité pour les personnes âgées résidant à proximité de prendre leur déjeuner à la maison de santé Les Cordeliers.
- Centre hospitalier, USLD  
30 lits de SLD

**Effectif des EHPAD en "Tarentaise" (secteur hospitalier)**

Centre Hospitalier		Cure Médicale	USLD	Accueil de jour	Hébergement temporaire
<b>Albertville</b>	MSCL	60	60	1	
	La Clairière	35			
<b>Bourg Saint Maurice</b>		60	20	1 ou	1
<b>Moutiers</b>	Les Cordeliers	80		2	
	CH		30		

**2° Besoins des professionnels**

Les professionnels qui pourraient tirer avantage de la mise en place d'un réseau gériatrique en "Tarentaise" sont :

- Ceux qui sont en première ligne lors de la prise en charge des PA :
  - Associations gérant les aides à domicile
  - CCAS, CIAS
  - Assistants sociaux

pour qui ce serait une référence médicale.

- SSIAD, IDE libérales, MKDE
- MG

qui pourraient ainsi avoir une équipe pluridisciplinaire de référence.

- Services hospitaliers
- Directeurs d'établissements

- Coordinations médico-sociales  
qui pourraient s'appuyer sur une équipe d'évaluation gériatrique.

- Les financeurs :
  - CRAM
  - Conseil Général de Savoie
  - MSA
  - Collectivités locales...

pour lesquels une prise en charge coordonnée optimiserait les dépenses de soins (réduction des coûts).

Le défaut de coordination et de temps, l'absence de circulation de l'informations aboutit à une connaissance partielle et morcelée des situations rencontrées. Ceci ne favorise ni les réactions face aux situations d'urgence, ni les actions de prévention. Quant à la formation, elle fait défaut.

Actuellement, les professionnels qui interviennent auprès des PA en "Tarentaise" sont confrontés à la multiplicité des services, des institutions et des modes de prise en charge.

Au plan social, les choses ont commencé à changer puisque certains cantons ou syndicats intercommunaux ont mis en place des coordinations gérontologiques :

- Pionnier depuis 1993, le Service Etoile de Bourg Saint Maurice qui évalue les besoins, établit et coordonne les liaisons entre les différents partenaires (MG, IDE, hôpital, aides ménagères, travailleurs sociaux, bénévoles et famille) et assure le suivi de l'action,
- Récemment, mise en place d'une coordination gérontologique sur Moûtiers, le Service Horizon,
- Et dans quelques semaines démarrage du CLIC niveau 1 du Syndicat Arlysère (Albertville-Ugine).

Il y aura donc trois coordinations gérontologiques en "Tarentaise" mais il manquera toujours un pôle d'évaluation gériatrique permettant le diagnostic initial et la prévention, organisant la prise en charge et la formation en fonction

des besoins et des attentes locales, centralisant les informations, et créant une interface entre la "ville" et l' "hôpital".

En Savoie, le pôle de référence gériatrique se situe au centre hospitalier de Chambéry. Il peut bien sûr être sollicité mais ne peut organiser la prise en charge et le suivi ultérieur. D'autre part, étant donné les particularités géographiques du département et du bassin de vie défini, il est très éloigné et s'avère difficile d'accès pour les PA fragiles, à mobilité réduite.

Il faut souligner enfin que les ordonnances de 1996 (24,25) préconisant les réseaux précisent qu'ils doivent être articulés autour d'établissements sanitaires.

Or jusqu'à présent en "Tarentaise" tout ce qui a été organisé en faveur des PA n'intéresse que le volet social. Les trois coordinations sont distinctes dans leur mode de fonctionnement de même que dans leur lieu d'intervention.

Les services hospitaliers sont divisés en plusieurs sites géographique mais devraient se regrouper en un département gériatrique unique au sein du SIHT.

Nous devons envisager le réseau gériatrique comme une interface entre l' "hôpital" et les coordinations sociales ainsi qu'une liaison entre l' "hôpital" et les MG.

**IV. ENQUETE DE FAISABILITE**

## IV. ENQUETE DE FAISABILITE

### IVA - Acteurs concernés

Tous les intervenants potentiels du secteur auprès des PA ont été sollicités lors de cette enquête :

- Assistants et acteurs sociaux
- Directeurs d'établissements
- IDE
- MKDE
- Orthophonistes
- Ergothérapeutes
- Psychologues
- Psychiatre du secteur
- Médecins généralistes
- Médecins gériatres
- Médecins spécialistes hospitaliers du SIHT
- Autres professions (animation...)

Nous avons également adressé "pour information" la lettre explicative ainsi que le questionnaire (annexe 2) aux différents partenaires institutionnels de la région, du département et de l'arrondissement :

- Autorités de tutelle (ARH, DDASS, DVS)
- Présidents des conseils d'administration des trois hôpitaux
- Secrétaire général du SIHT
- Directeurs délégués des trois hôpitaux et du secteur Personnes Agées
- Responsables locaux de la MSA, de la CPAM
- Présidents des différentes association venant en aide aux PA
- Gériatres du pôle de référence de Chambéry



## **IVB - Type de questionnaire et élaboration**

Le questionnaire se décompose en trois parties :

- 4 questions d'identification,
- 14 questions à réponse fermée qui permettent une analyse rapide et simple,
- 3 questions à réponse ouverte qui offrent aux personnes sollicitées la possibilité de s'exprimer librement.

Ce questionnaire (annexe 2) a été élaboré en collaboration avec les Docteurs Christian Bujes et Dominique Mertuk gériatres du SIHT, Madame le Docteur Claude Hohn du pôle de référence de Chambéry et approuvé par Monsieur le Professeur Alain Franco Chef du Département Hospitalo-Universitaire de Médecine Communautaire du CHU de Grenoble.

Il a été adressé par voie postale fin août 2001, avec relance téléphonique pour ceux qui n'avaient pas répondu dans un délai d'un mois.

Le délai total octroyé était de deux mois. A noter que nous n'avons plus reçu de réponse au delà de cette période.

Cette enquête prospective a été volontairement menée sur une durée très courte afin d'évaluer rapidement les demandes des acteurs concernés et cerner les manques ressentis spontanément.

## **IVC - Méthode d'analyse des réponses**

Les réponses obtenues ont été saisies sur un programme élaboré grâce au logiciel "ACCESS".

Puis nous avons procédé à des analyses croisées dont les résultats ont été reportés sur tableaux "WORD".

Pour analyser les questions à réponse ouverte, nous avons établi une grille de mots clés.

**V. RESULTATS**

## V. RESULTATS

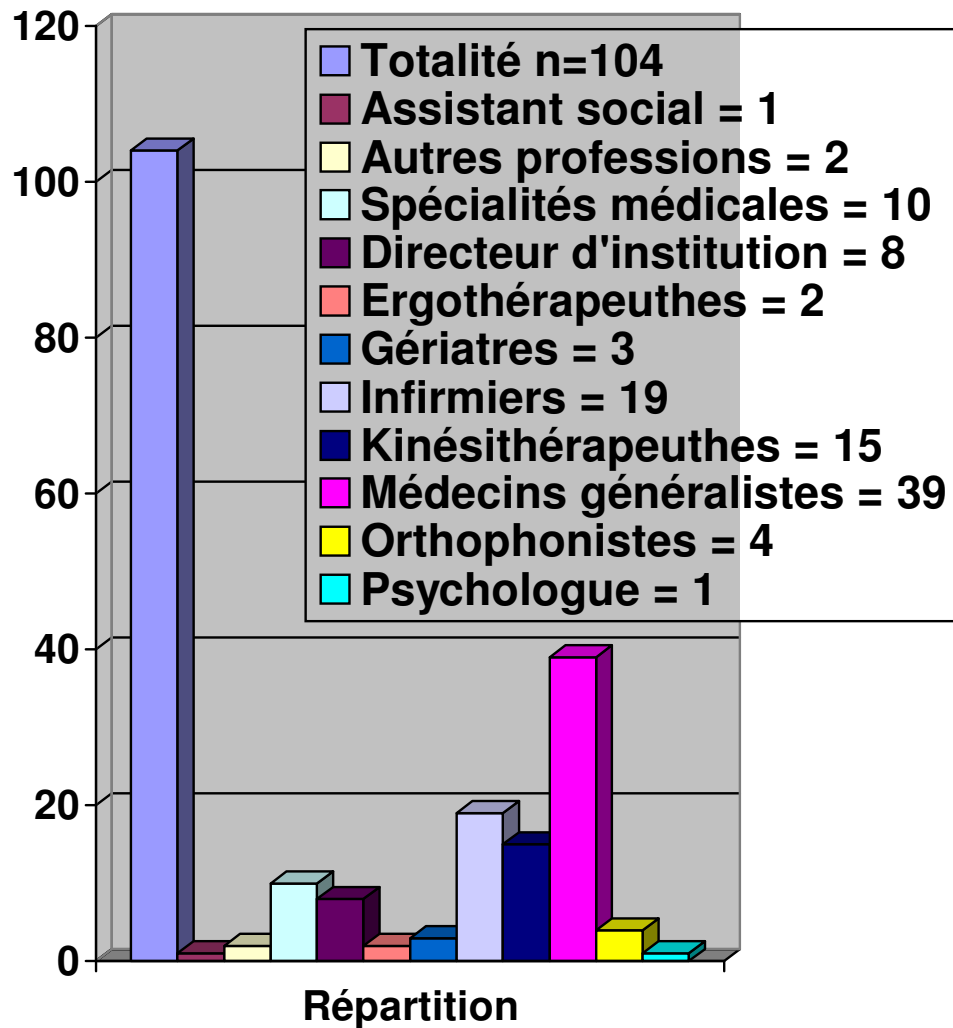
Le total des questionnaires envoyés s'élève à 270 exemplaires.

Compte tenu des questionnaires adressés "pour information", nous attendions 232 réponses dont :

- 2 d'assistants sociaux
- 14 de directeurs d'établissement
- 46 d'IDE
- 50 de MKDE
- 14 d'orthophonistes
- 2 d'ergothérapeutes
- 1 de psychologue
- 1 du psychiatre de secteur
- 74 de médecins généralistes
- 4 de médecins gériatres
- 21 de médecins hospitaliers
- 2 "autres professions" (animation...)

Nous avons obtenu 104 réponses soit 45% des réponses attendues.

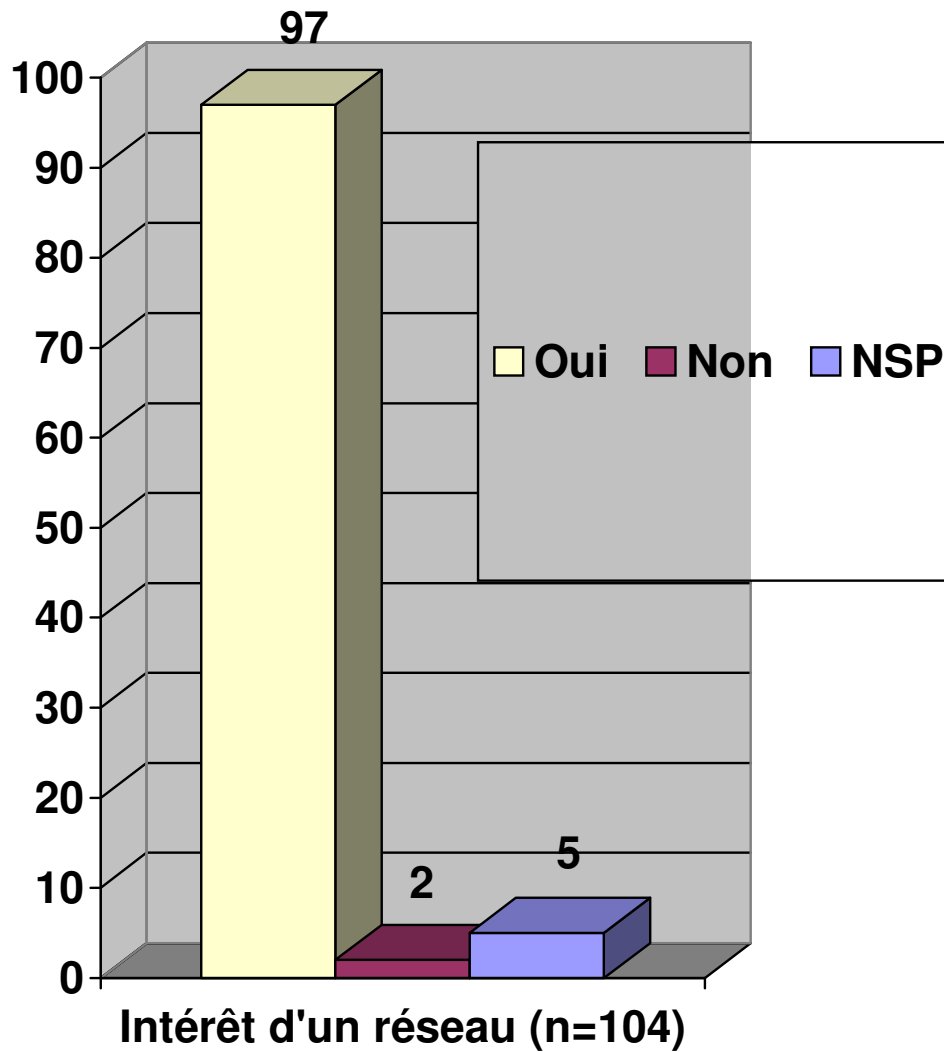
## Question 2 : domaine d'activité [tableau 1]



- 57% des directeurs d'établissements interrogés ont répondu
- 29% des orthophonistes " "
- 41% des IDE " "
- 30% des MKDE " "
- 50% des médecins " " dont :
  - 53% des MG
  - 75% des médecins gériatres
  - 48% des médecins spécialistes hospitaliers du SIHT

**Question 5 : intérêt d'un réseau gériatrique en "Tarentaise"**

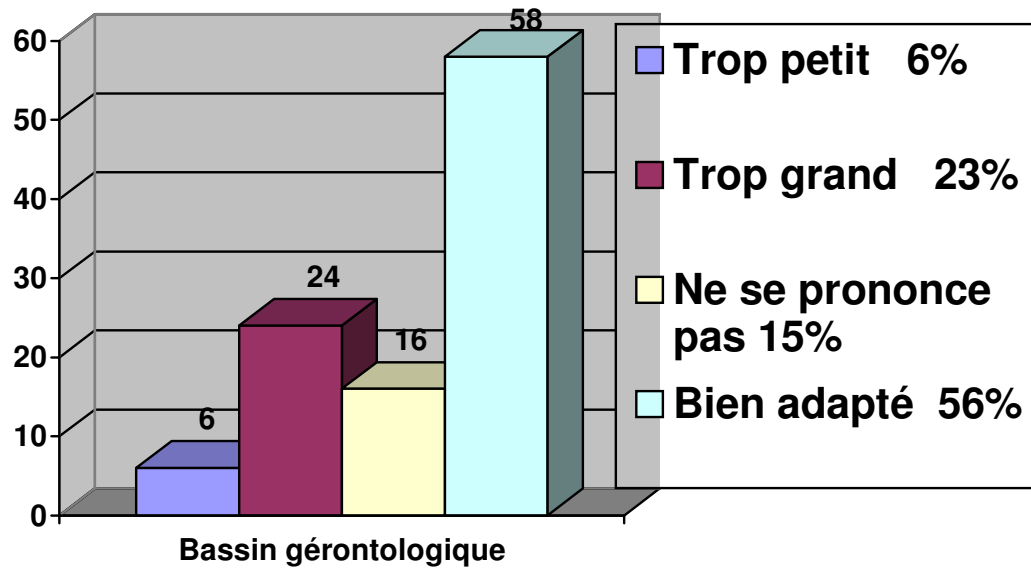
[tableau 2]



**93%** des personnes interrogées estiment nécessaire la mise en place d'un réseau gériatrique.

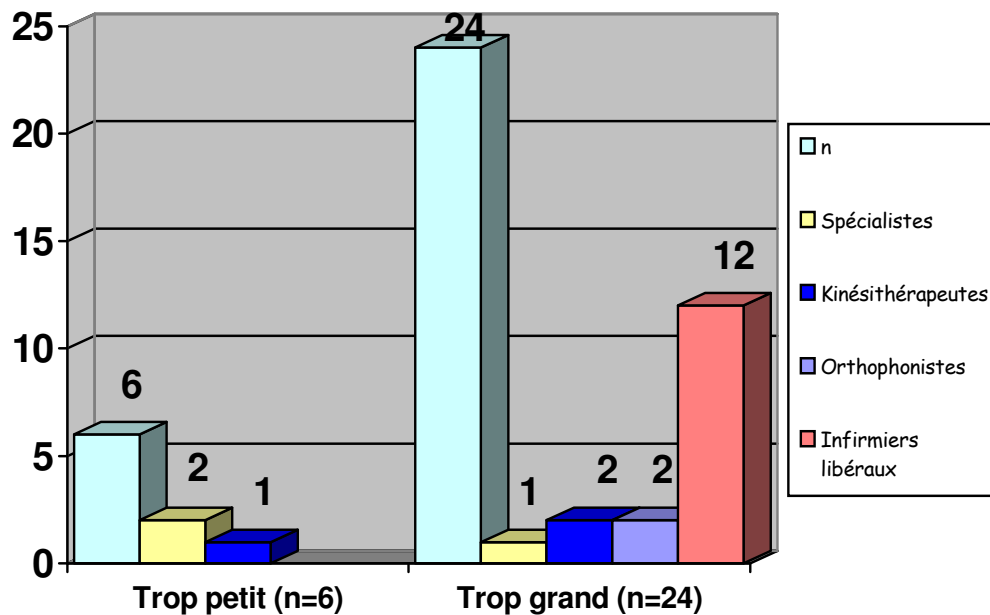
### Question 6 : pertinence du bassin gérontologique défini

[tableau 3]



**56%** des personnes ayant répondu trouvent le bassin gérontologique ainsi défini bien adapté

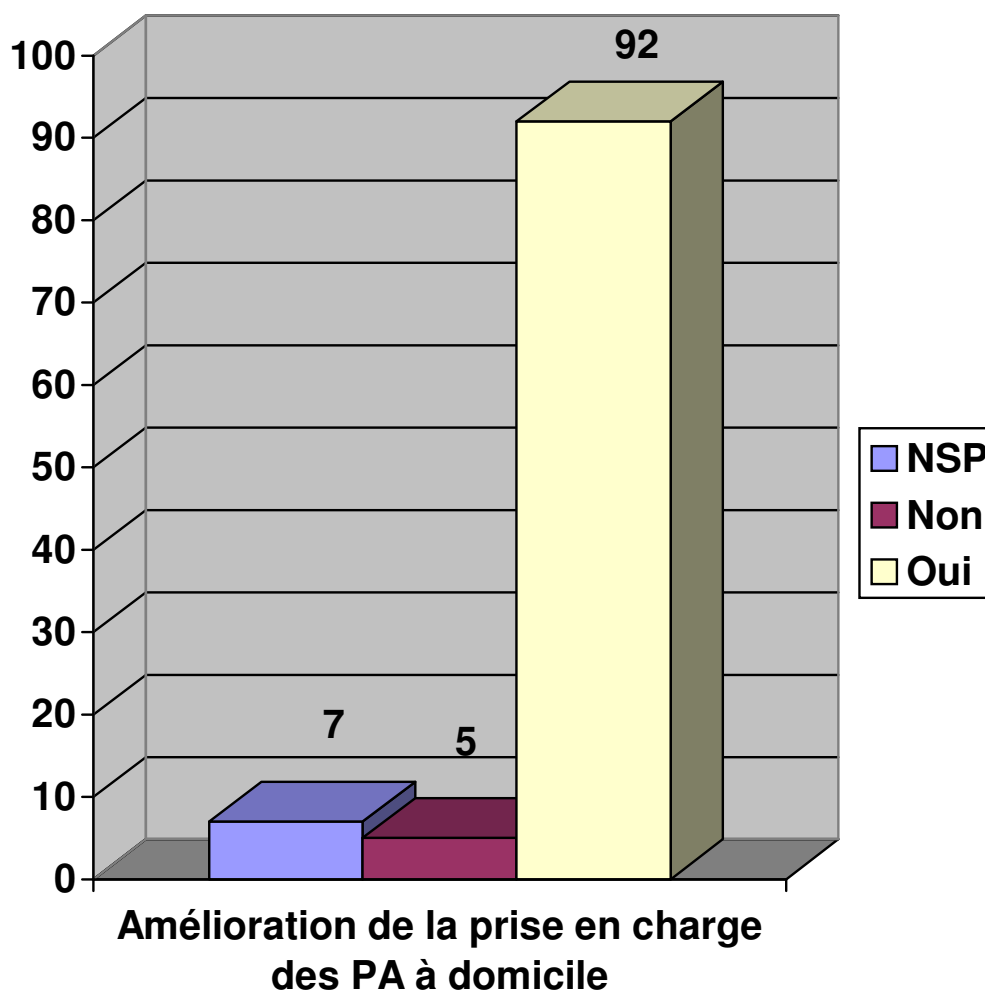
[tableau 3 bis]



23% des personnes ayant répondu le trouvent trop grand, et particulièrement les infirmières : 63% d'entre elles.

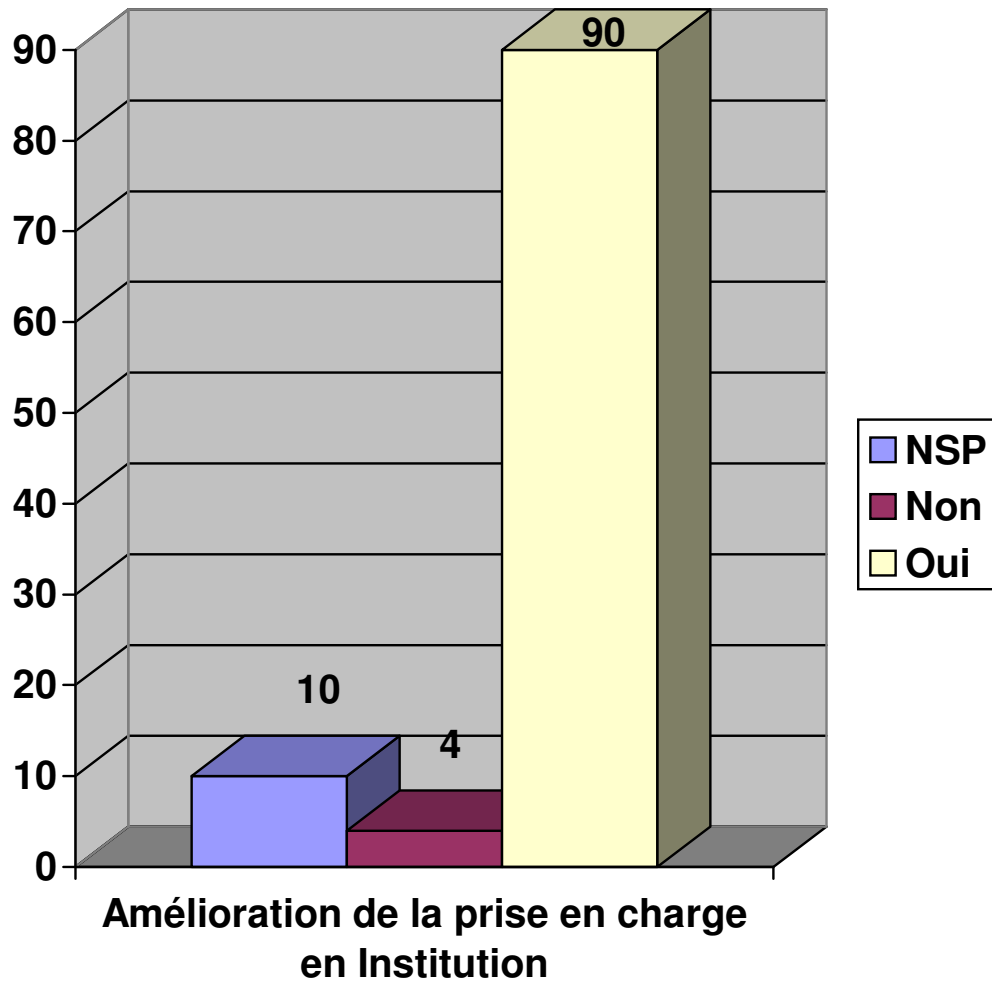
### Question 7 : le réseau peut-il améliorer la prise en charge

#### ➤ A domicile [tableau 4]



88% des personnes ayant répondu pensent que la mise en place d'un réseau gériatrique améliorera la prise en charge des sujets âgés à domicile,

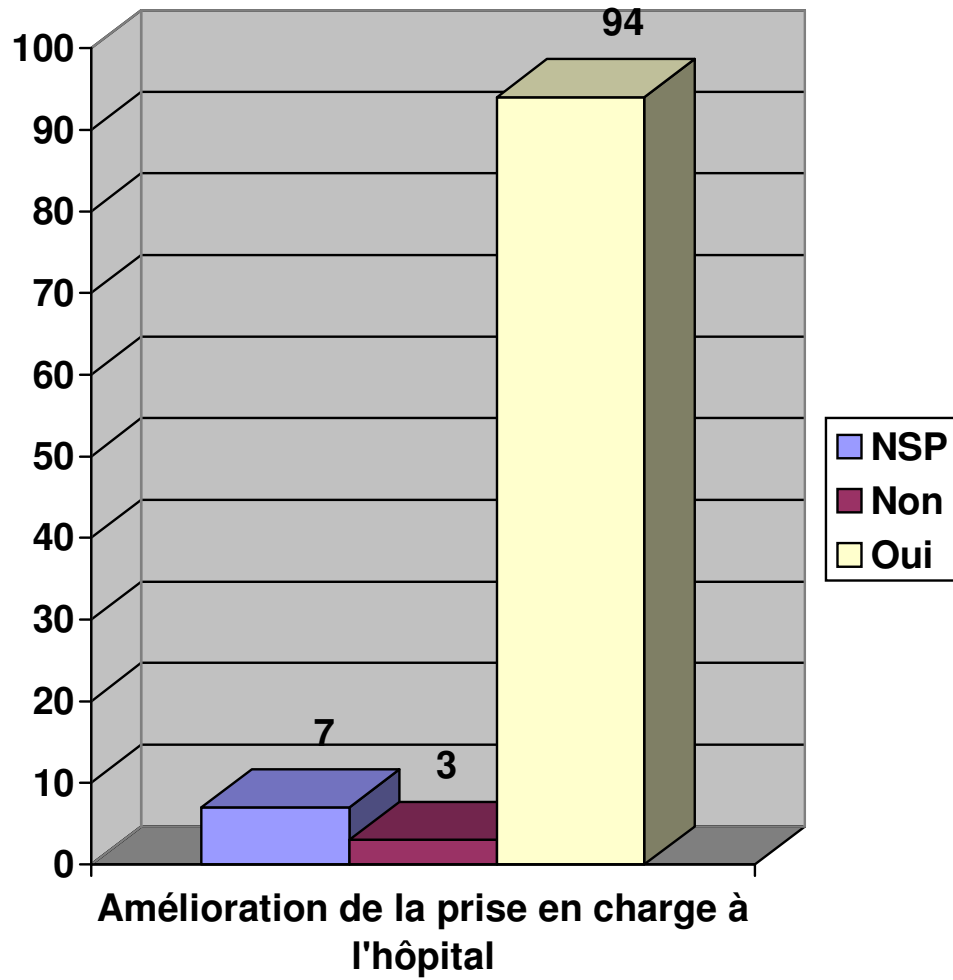
➤ **En institution** [tableau 5]



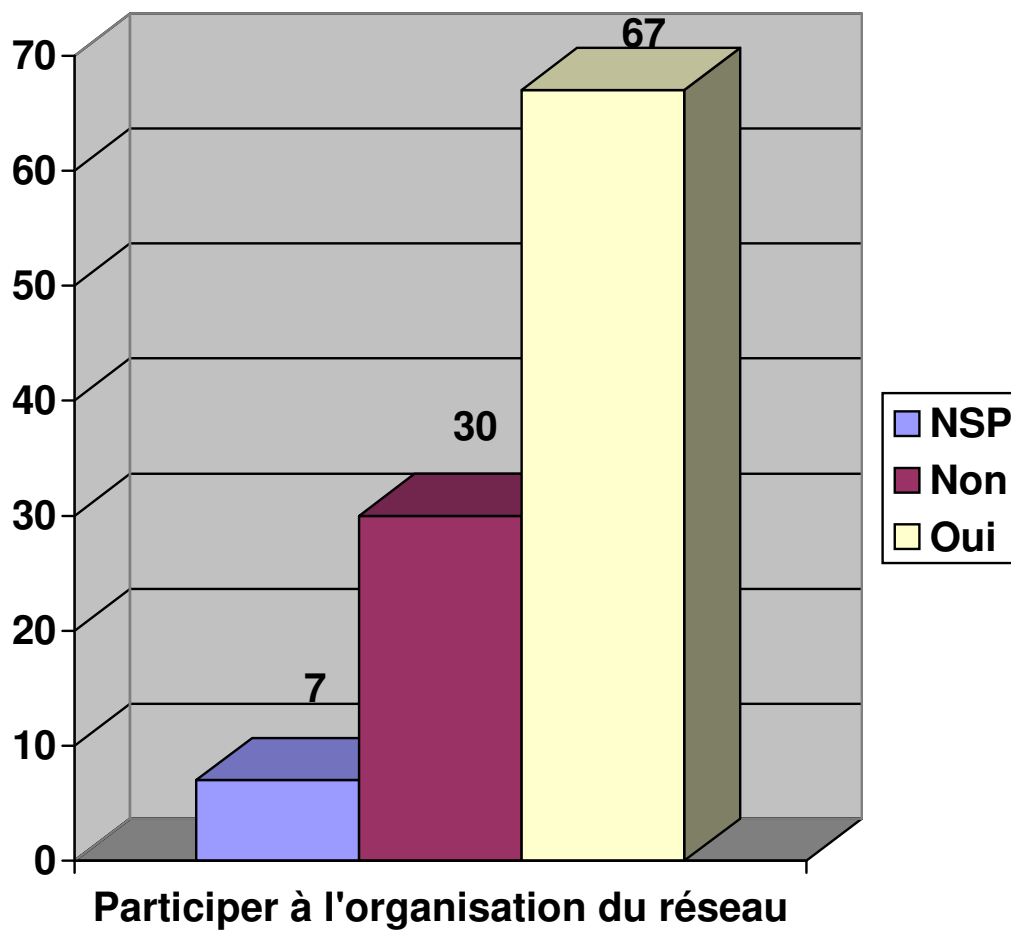
86% celle des PA en institution,



➤ **A l'hôpital** [tableau 6]

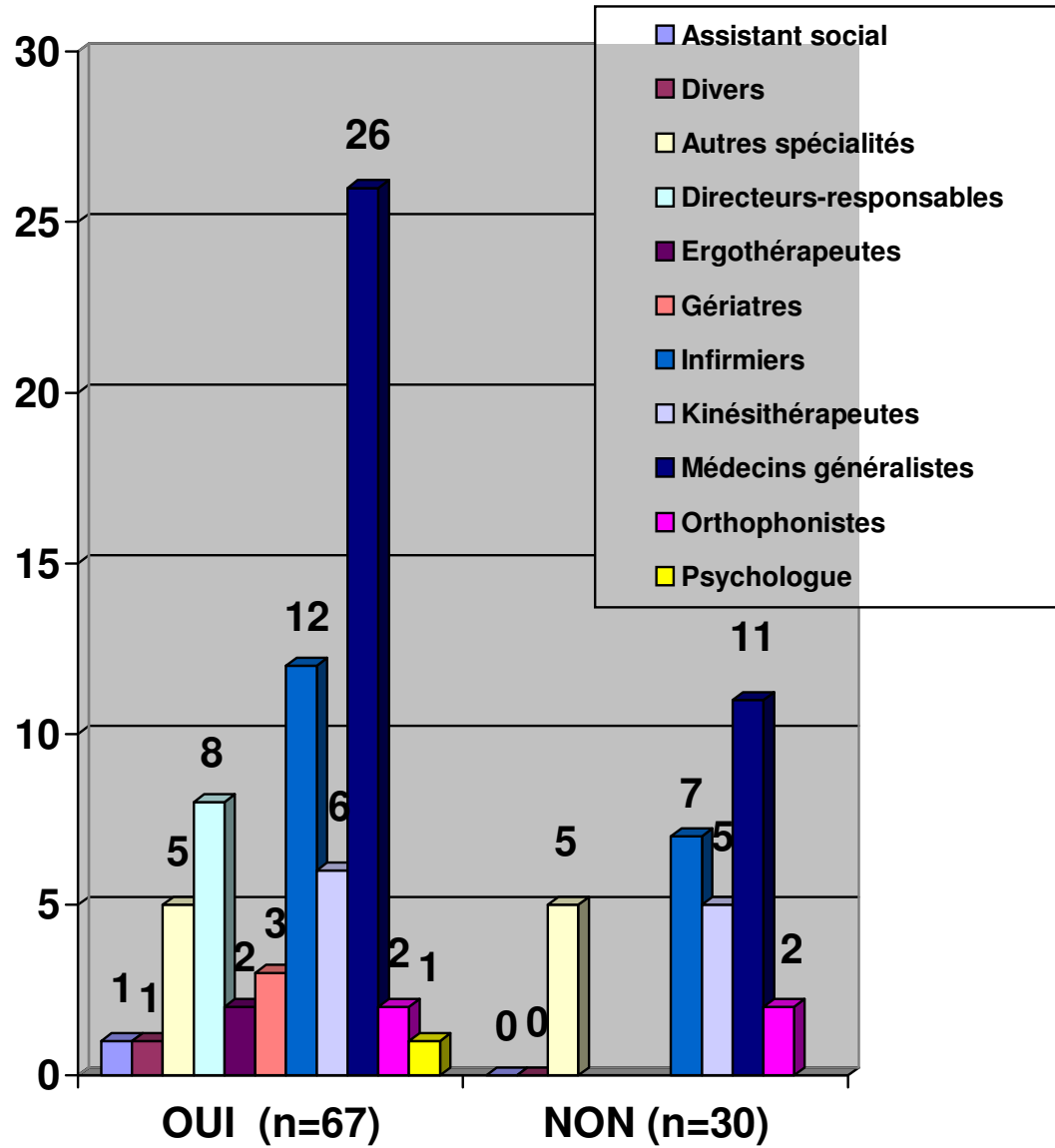


et **90%** celle des PA à l'hôpital.

**Question 8 : Les intervenants sont-ils prêts à :****➤ Participer à l'organisation du réseau [tableau 7 et 7 bis]**

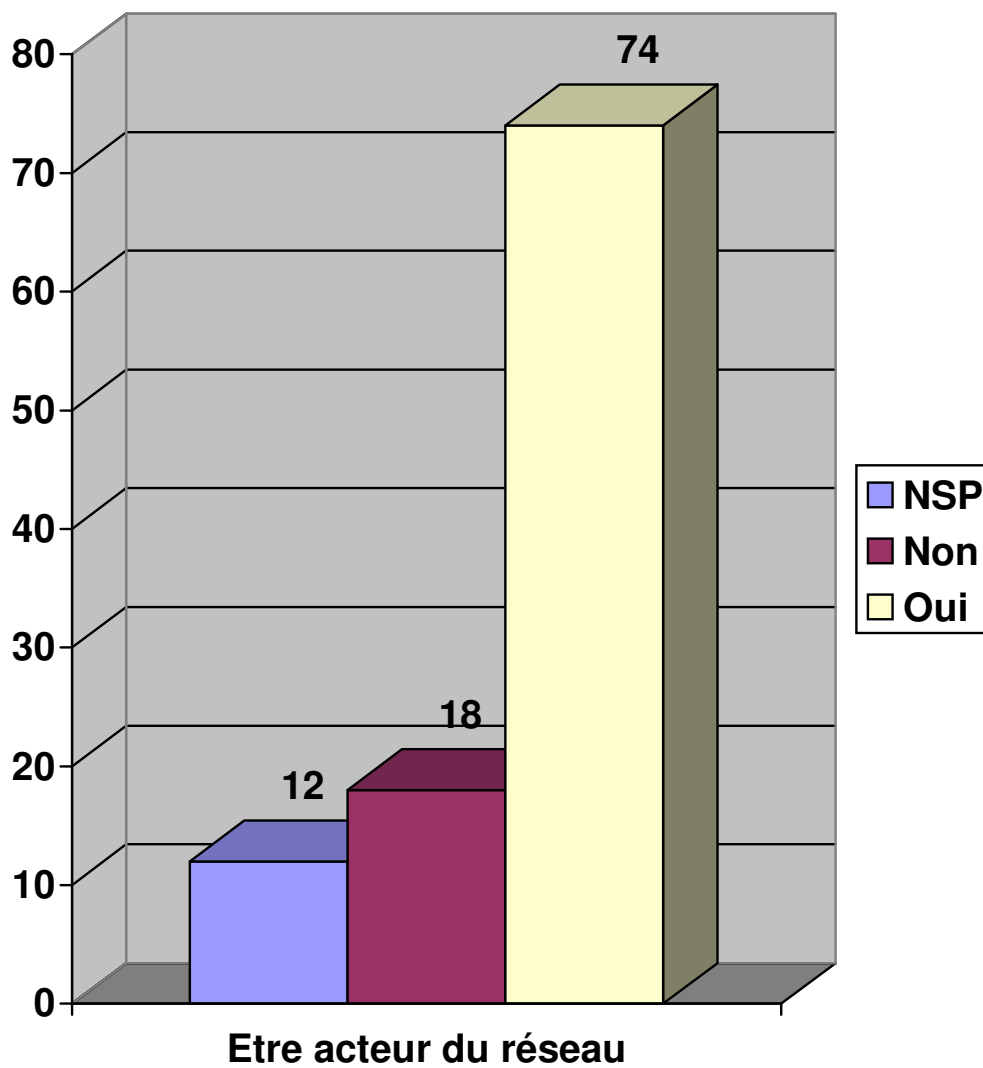
**64%** des personnes ayant répondu sont prêtes à participer à l'organisation du réseau.

[tableau 7 bis]



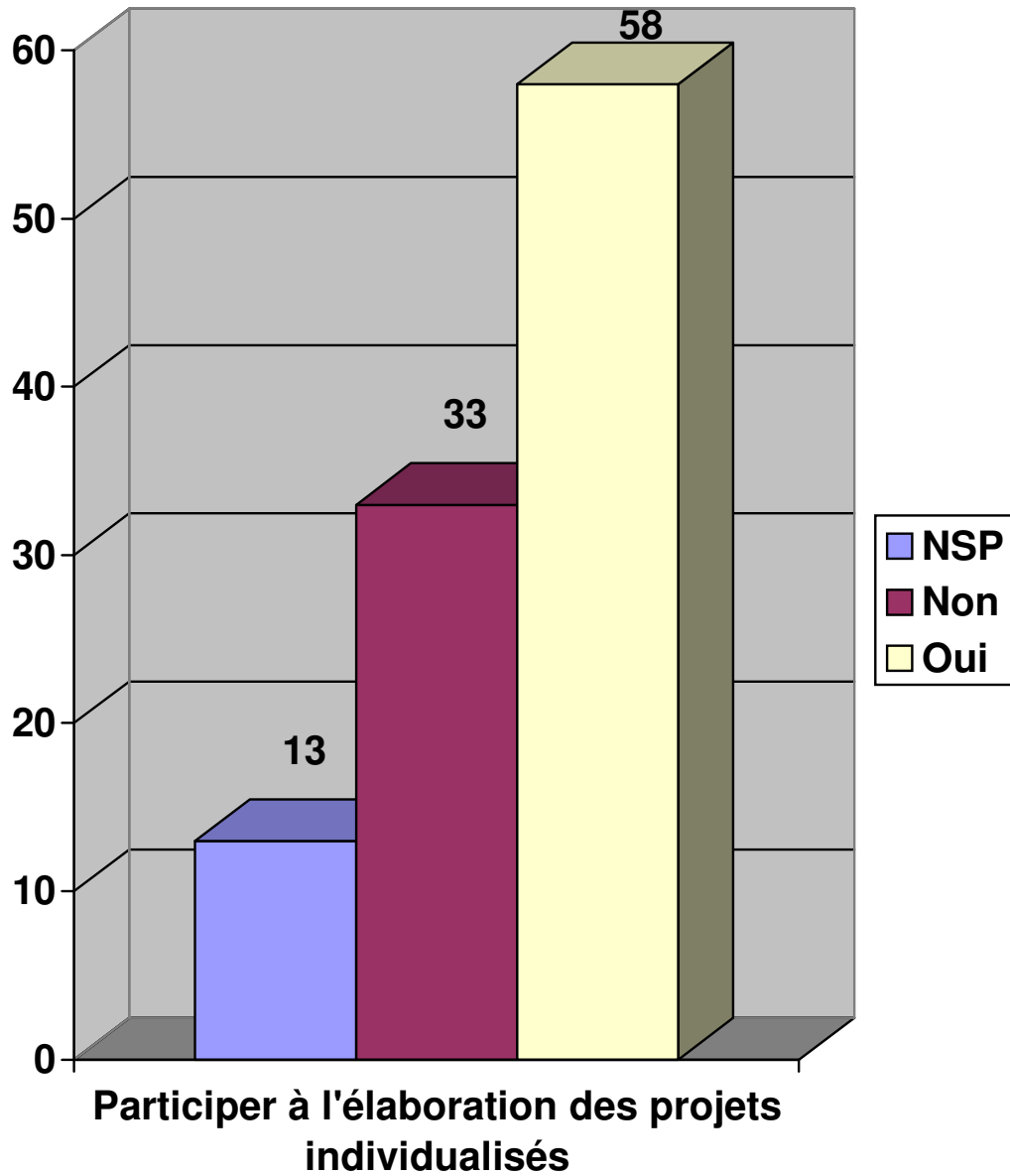
Souhaitent participer : assistants sociaux, directeurs d'établissements, ergothérapeutes, médecins gériatres, **66%** des MG, **63%** des IDE, **40%** des MKDE (ayant répondu).

➤ **Etre acteur du réseau** [tableau 8]



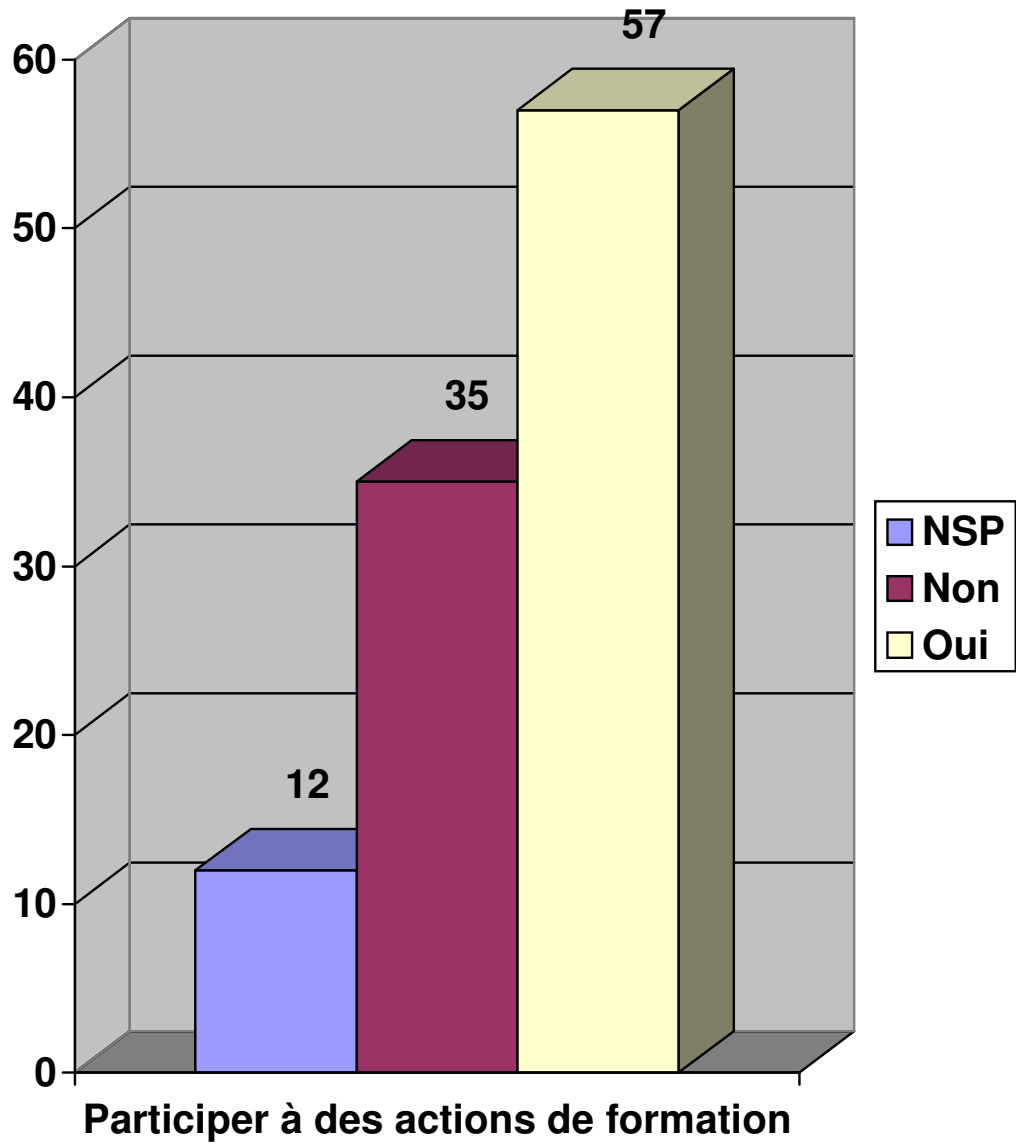
71% des personnes ayant répondu souhaitent être "acteurs" d'un réseau gériatrique.

➤ **Participer à l'élaboration des projets individualisés** [tableau 9]



56% de volontaires

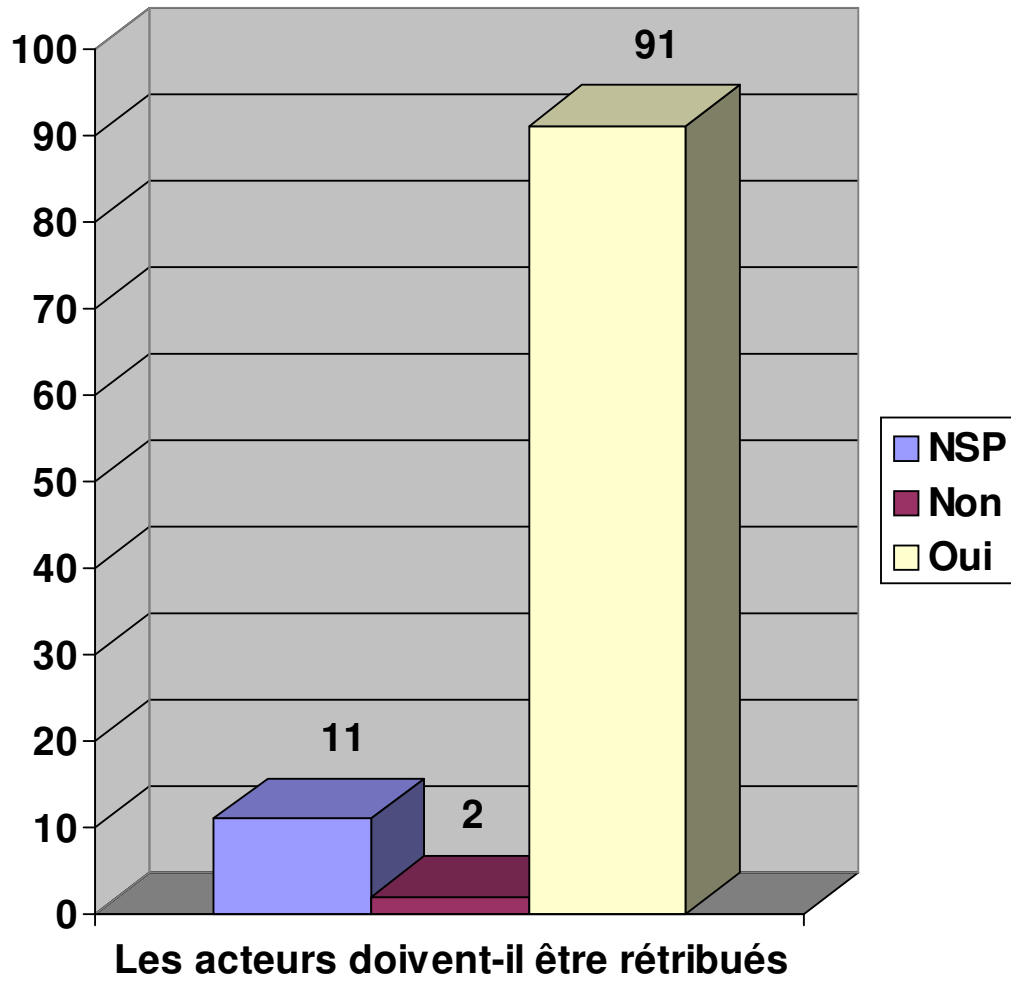
➤ **Participer à des actions de formations** [tableau 10]



55% de volontaires

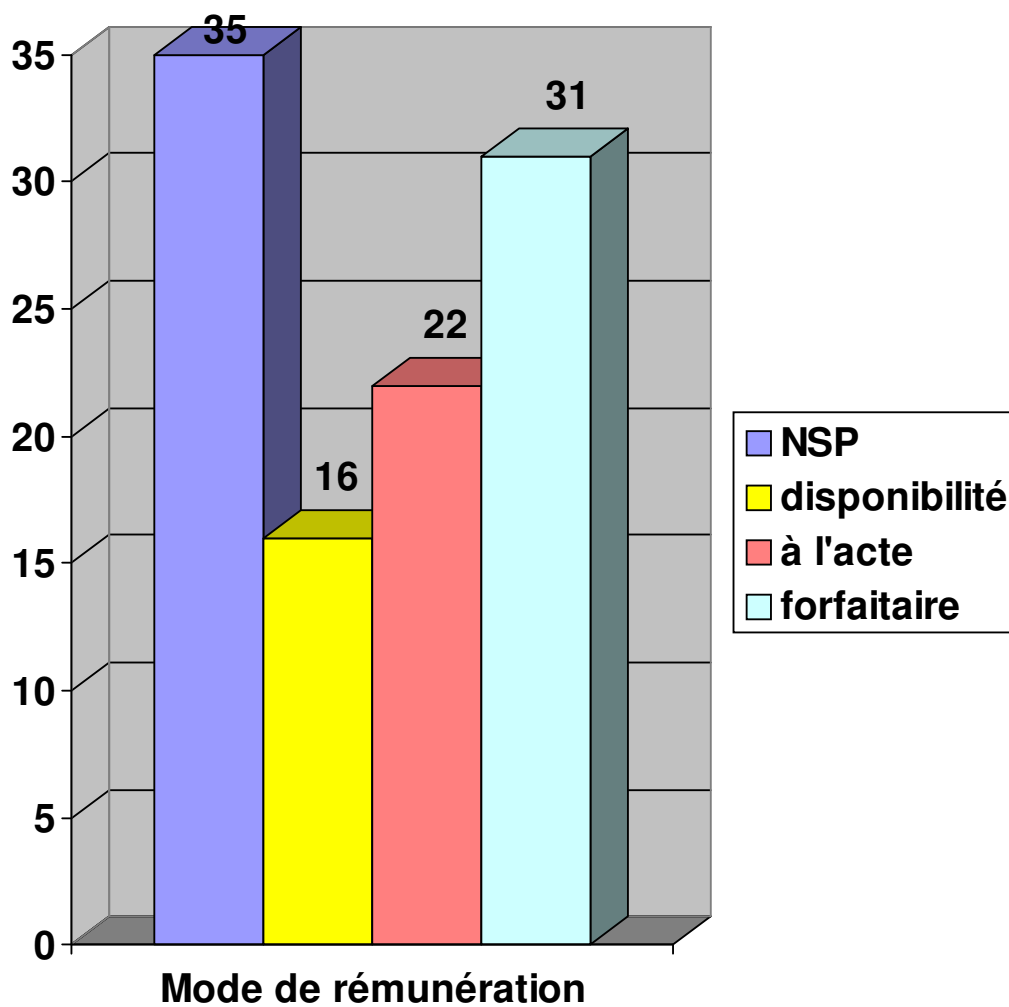
**Question 9 : les acteurs du réseau doivent-ils être rétribués**

[tableau 11]



**Question 10 : mode de rémunération**

[tableau 12]

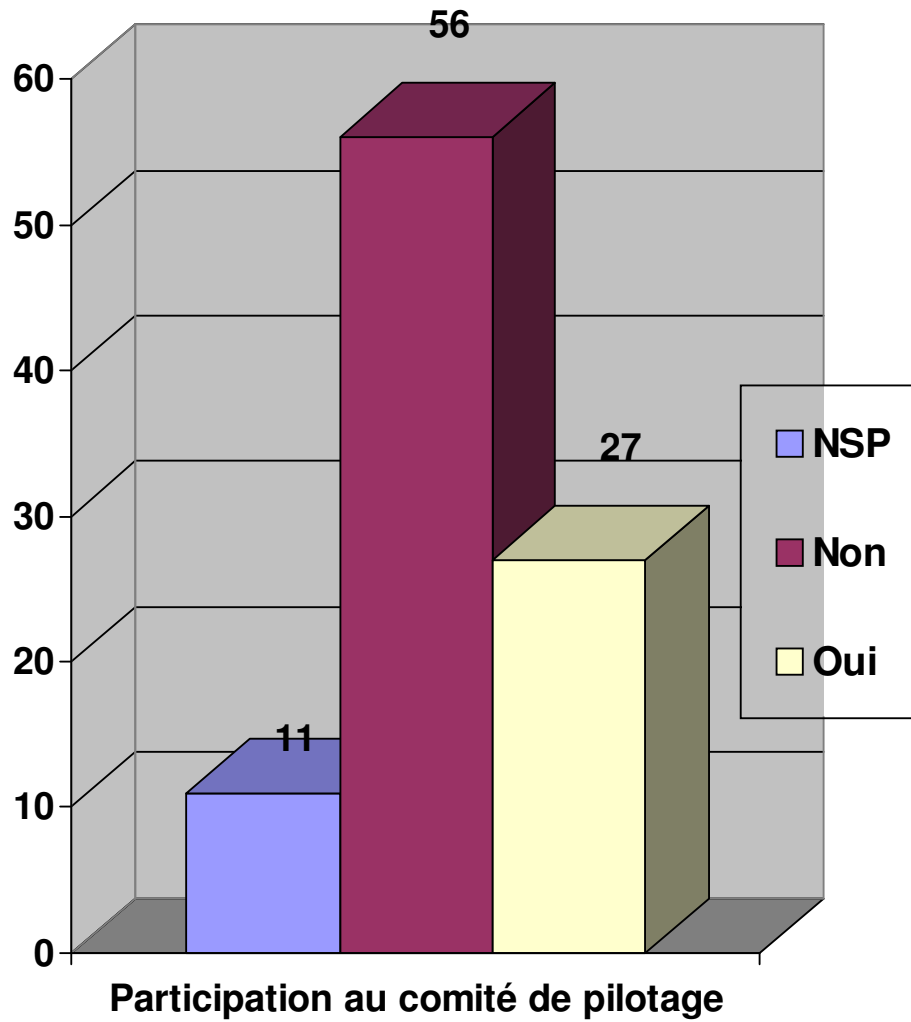


**33%** des personnes ayant répondu souhaitent être rémunérées forfaitairement.



**Question 11 : participation au comité de pilotage (création et évaluation du réseau)**

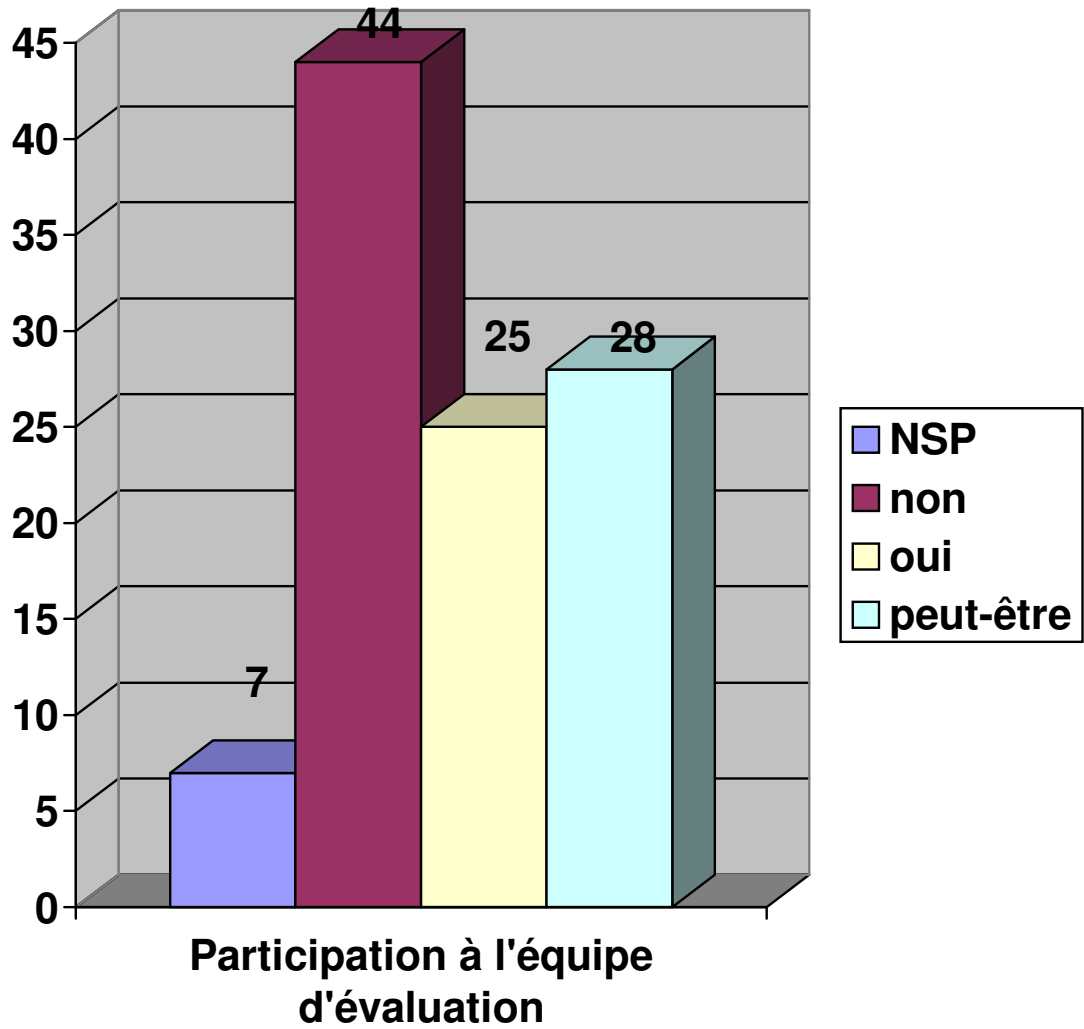
[tableau 13]



26% de volontaires

**Question 12 : participation à l'équipe d'évaluation (du sujet âgé)**

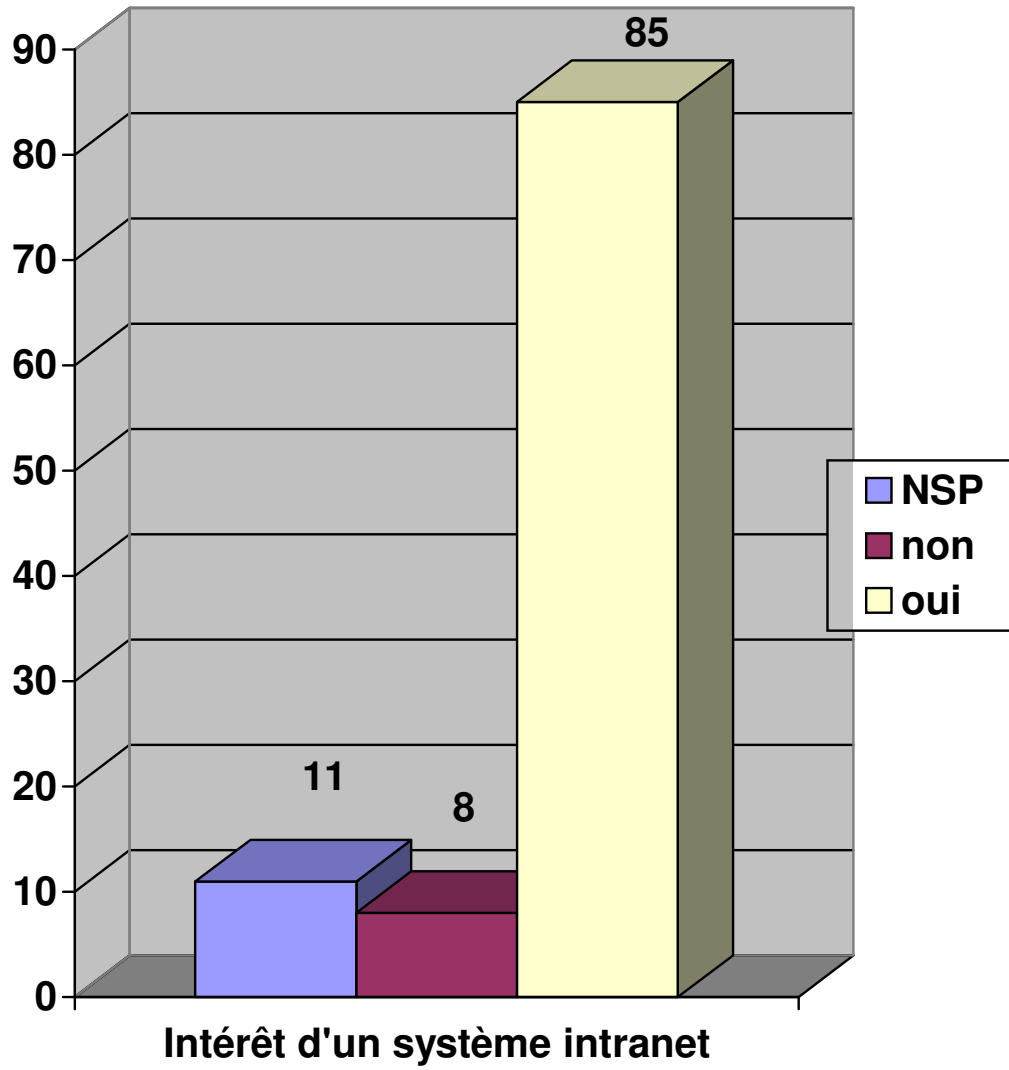
[tableau 14]



24% de volontaires

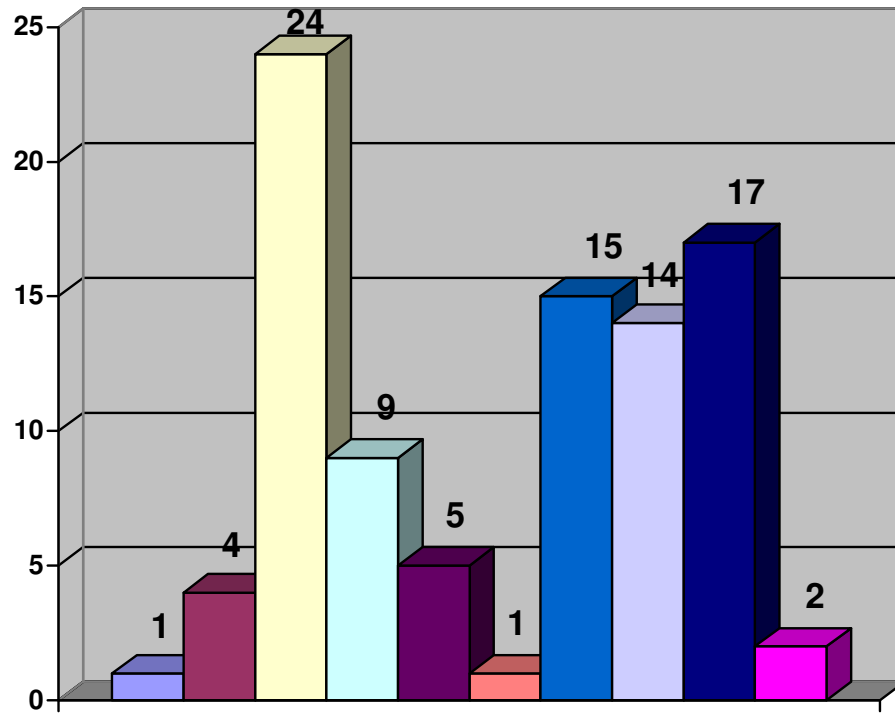
**Question 13 : un système "intranet" peut-il constituer la première ébauche d'un réseau gériatrique**

[tableau 15]

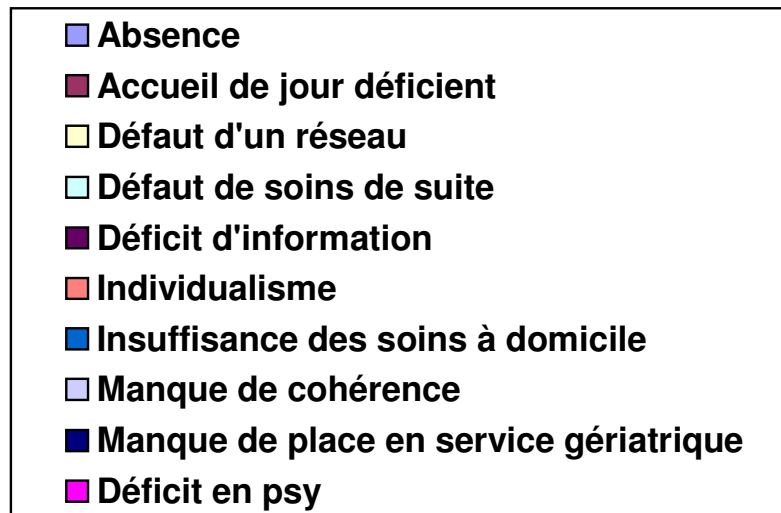


**Question 14 : lacunes actuelles de la prise en charge gériatrique en "Tarentaise" (mots clés)**

[tableau 16]

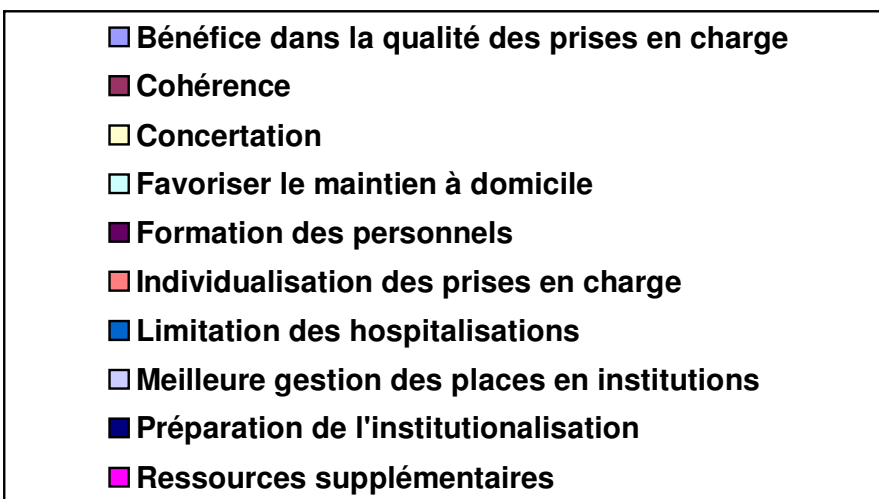
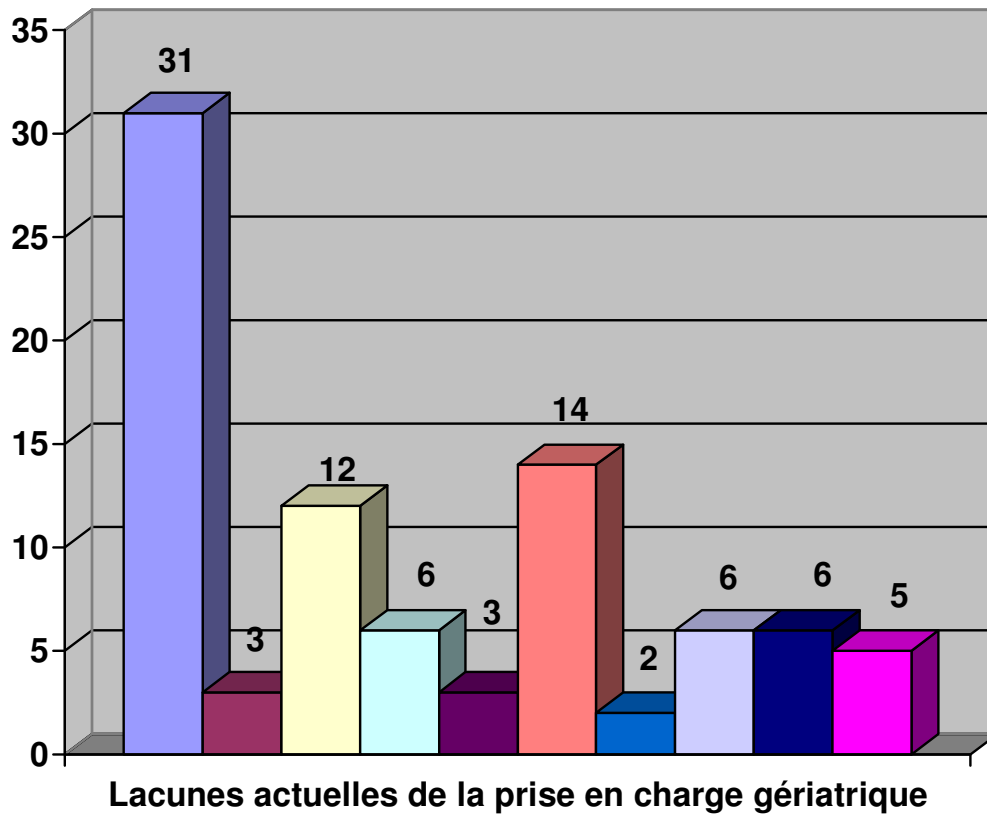


Lacunes actuelles de la prise en charge gériatrique



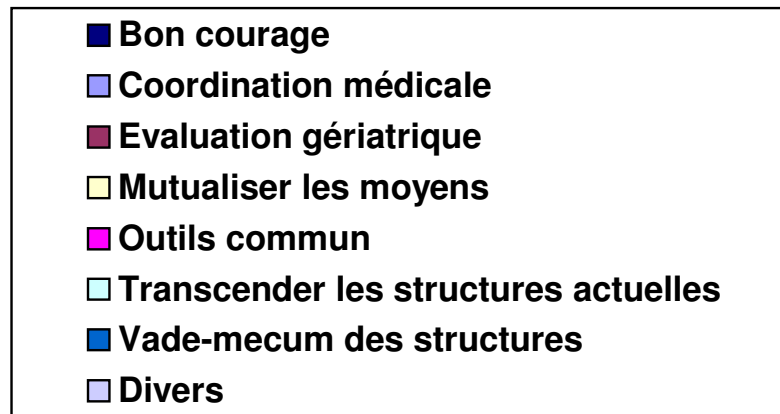
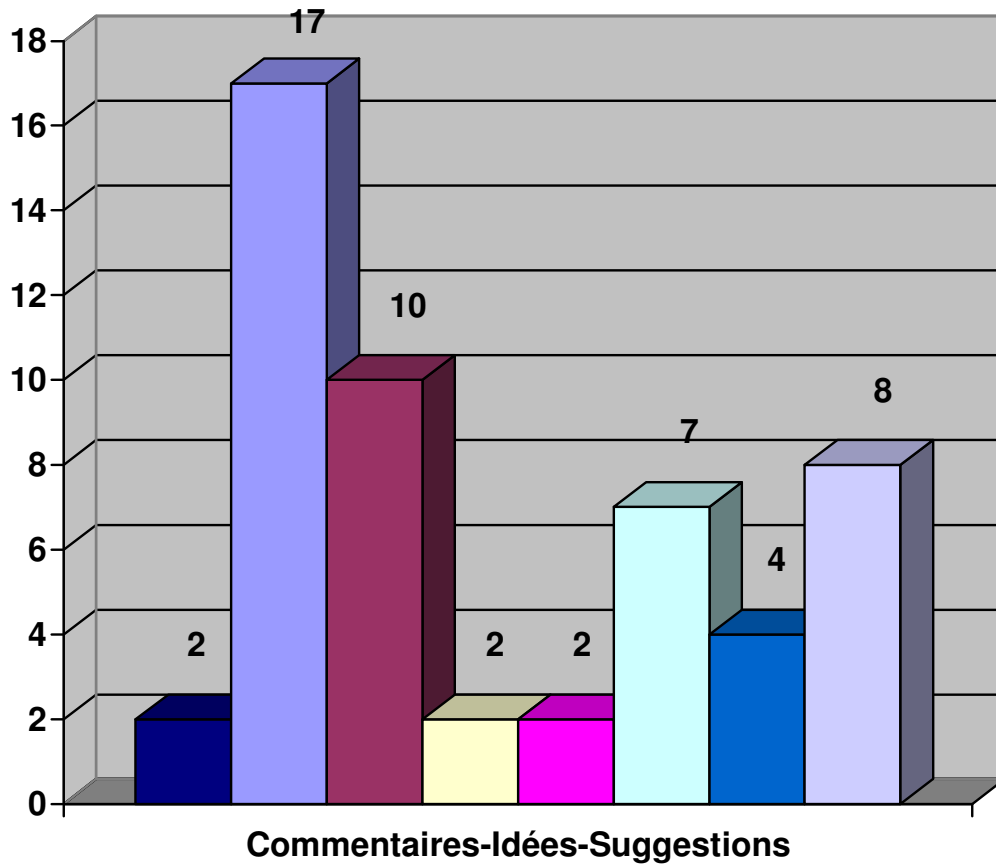
**Question 15 : plus-values espérées (mots clés)**

[tableau 17]



**Question 16 : commentaires, idées, suggestions (mots clés)**

[tableau 18]



**VI. DISCUSSION**

## VI. DISCUSSION

Depuis 40 ans, toutes les politiques de santé tendent à favoriser la coordination des intervenants autour des PA afin d'éviter les hospitalisations injustifiées ou précipitées et privilégier le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

En 1962, le rapport Laroque (26,28) marque le départ d'une politique gérontologique en France. Il proposait déjà de mettre à disposition des personnes âgées un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins, aménagé de telle sorte qu'il n'existe qu'un seul réseau d'action pour la circonscription géographique retenue. Vingt ans après, Monsieur Joseph Franceschi, Secrétaire d'Etat aux Personnes Agées, propose la notion de réseaux gérontologiques, en pose les principes fondateurs (8,26). L'objectif : tirer le meilleur parti de l'existant, le coordonner et le maîtriser dans le cadre de la décentralisation.

Il s'agit de créer des instances de coordination définies sur un secteur géographique préétabli. Elles doivent être représentatives de l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée. Elles s'organisent autour d'un médecin-coordonnateur qui doit assurer la liaison entre les différents acteurs médicaux ou sociaux, les services de soins et les institutions pour personnes âgées.

Son financement serait assuré par l'état (DDASS), les collectivités locales et les organismes de protection sociale.

Cependant le développement de telles initiatives est freiné par divers obstacles :

- la crainte de limiter le choix et le libre accès au médecin
- la réticence des médecins spécialistes qui craignent un détournement de la clientèle au profit du médecin généraliste, plurivalent



- l'absence de cadre conventionnel organisant un travail en réseau et prévoyant les modalités de rémunération.

Ce n'est qu'en 1996, avec la publication des ordonnances (24,25) de Monsieur Alain Juppé, Premier Ministre, que le principe des réseaux et filières de soins est reposé : sur des secteurs géographiques définis, une équipe médicale, para-médicale et sociale travaille de concert pour planifier des actions de dépistage, favoriser le traitement ambulatoire, organiser les soins hospitaliers et la surveillance ultérieure.

Un réseau ou une filière gériatrique assurerait sur un territoire donné la prise en charge globale d'une population spécifique. L'hôpital et ses équipes gériatriques (hospitalisation, soins de suite, hébergement) auraient un rôle central, une fonction pivot.

Les textes officiels récents (4,14,15) qui traitent de la personne âgée fragile mettent en avant la nécessité de travailler en réseau, arguant de l'intrication entre le sanitaire et le social. Les notions de fragilité, de pathologies en cascade, de handicaps chez le sujet âgé intègrent le médical, le social, l'économique et l'environnement. L'on se réfère ici aux théories de Wood : le seul diagnostic d'une pathologie est un concept insuffisant pour appréhender et décrire l'état de santé d'un sujet âgé (30).

Il est nécessaire que cette population fragile, en risque de dépendance soit repérée par les différents acteurs sanitaires et sociaux qui évoluent autour d'elle. Il serait donc particulièrement intéressant d'avoir une référence unique qui organiserait, coordonnerait la prise en charge et stipulerait sur le devenir de la dite population. Elle mènerait également des actions de formation et de préventions auprès des acteurs médico-sociaux, des familles et surtout des intéressés.

Le principe d'un tel réseau gériatrique figure dans les préconisations du SROS Rhône-Alpes 1999-2004 (29).

La vallée de La Tarentaise présente la particularité de disposer de trois structures hospitalières générales réunies depuis quelques années au sein

d'une entité commune : le Syndicat interhospitalier de Tarentaise (SIHT). Le projet gériatrique commun aux trois hôpitaux de La Tarentaise (annexe 1) reprend l'idée d'un réseau gériatrique. Il souligne la nécessité de mettre en place une telle structure en complément des services existants (ou en projet) qu'ils soient hospitaliers ou extra-hospitaliers.

Nous avons voulu évaluer l'impact que le projet d'un tel réseau aurait sur les acteurs concernés et pour cela, nous avons conduit une enquête de faisabilité (annexe 2).

Nous avons naturellement proposé que la zone d'attraction du syndicat interhospitalier constitue le territoire d'influence de ce futur réseau-filière gériatrique. Elle forme de facto un bassin de vie cohérent.

Nous souhaitions des réponses spontanées. Nous avons donc volontairement réduit les délais de retour des questionnaires (deux mois), limitant les relances à un seul appel téléphonique.

L'absence de réponse pour environ 50% des acteurs interrogés peut-être analysée comme :

- une méconnaissance ou un manque d'intérêt pour le sujet
- un désaveu tacite (cf. la réponse évoquant « *une usine à gaz de plus* »)
- de la négligence

Nous avons obtenu 45% de réponses sur le nombre total de retours espérés (certaines enquêtes n'avaient été adressées qu'à titre documentaire) : Celles-ci se répartissent ainsi :

- 40% de MG (et gériatres),
- 18% d'IDE,
- 14% de MKDE,
- 10% de médecins spécialistes hospitaliers,
- 8% de directeurs d'établissements

Une seule réponse nous est parvenue du secteur social. Ceci s'explique par le fait que nous n'avions adressé un questionnaire qu'aux seuls responsables des circonscriptions d'action sociale du secteur géographique prédéfini et il n'y en a que deux.

Nous pensons avoir ainsi un échantillon représentatif des utilisateurs potentiels d'un tel réseau, Il s'agit de ceux qui interviennent auprès de la personne âgée en seconde intention, après la famille qui constitue le premier réseau, celui des aidants naturels.

Analysons les réponses recueillies :

⇒ *L'intérêt d'un réseau gériatrique en Tarentaise* (question 5)...

93% des réponses obtenues sont positives. La majorité des intervenants auprès du sujet âgé estiment que le mode actuelle de prise en charge n'est pas optimale.

⇒ *Les lacunes actuelles de la prise en charge gériatrique* (question 14)...

Les commentaires sont concordants. Le manque d'un réseau est l'item le plus souvent exprimé.

⇒ *Le bassin gérontologique tel que nous l'avons défini* (question 6)...

semble recueillir l'adhésion d'une majorité des intervenants (56%). Parmi ceux qui jugent ce bassin ainsi défini trop grand (23%), l'on note une majorité d'IDE.

L'on peut analyser cette réponse par le fait que surchargées de travail et peu nombreuses, elles craignent de voir leur zone d'intervention s'élargir considérablement avec ce type de projet.

Ce n'est évidemment pas le but recherché. L'on se doit d'utiliser les acteurs locaux afin de tirer bénéfice de leur proximité, de leur disponibilité et de leur connaissance du terrain.

⇒ *L'amélioration de la prise en charge des PA* (questions 4-5-6) ...

obtient une quasi unanimité de réponses positives que ce soit à domicile, en institution ou à l'hôpital (>90%). Le réseau gériatrique tel qu'il est souhaité permettrait aux intervenants de bénéficier d'une référence gériatrique

rapidement mobilisable, parfaitement à même de proposer la meilleure solution dans des situations de crise et d'éviter les hospitalisations inutiles (19) et délétères (20).

⇒ *Le désir de collaborer à*

- *l'organisation du réseau, dans le cas d'un projet finalisé* (question 8a)

Il est majoritaire ; 67% des personnes interrogées se déclarent prêtes à finaliser ce réseau du jour où le projet obtiendrait l'aval des tutelles

- *l'élaboration des projets individualisés* (question 8c)

Il est majoritaire mais dans une moindre mesure (58%)

- *aux actions de formation* (question 8d)

Il est également majoritaire et dans des proportions comparables (57%)

⇒ *et surtout le désir d'être acteur de ce réseau* (question 8b)

Les réponses sont très majoritairement positives. Près de 75% des personnes ayant répondu sont prêtes à travailler dans le cadre d'un réseau gériatrique tel que nous l'avons défini.

⇒ *La rétribution des acteurs* (question 9) *et ses modalités* (question 10),

Les réponses sont également très majoritairement positives avec 91% en faveur d'une rétribution des acteurs d'un réseau.

La forme de cette rétribution est par contre discutée, se répartissant entre le paiement à l'acte (21%), la disponibilité (15%) et une discrète préférence pour une rémunération forfaitaire (29%).

⇒ *La participation au comité de pilotage, organe régulant le fonctionnement d'un réseau* (question 11)

recueille également une majorité de candidatures (56%).

⇒ *La participation à l'équipe d'évaluation* (question 12).

est moins prisée. La réponse majoritaire est négative (44%), évasive (35%) et positive pour seulement 25%.

Les réponses à cette question ont peut-être été faussées par sa rédaction. Les personnes sollicitées ne voulaient probablement pas s'engager avant d'avoir plus d'explications. Il faut noter que ce sont les MG et les IDE qui représentent la majorité des réponses négatives à la question 12.

⇒ *L'intérêt d'un système "intranet" (question 13)*

est reconnu à 82%. Il semble impensable qu'à l'heure d'Internet, la circulation et la distribution de l'information ne soit pas déjà une réalité.

⇒ *Quant aux réponses ouvertes (questions 12-13-14),..*

elles confirment le souhait des participants pour qu'un réseau gériatrique collabore avec l'existant, voire le fédère;

elles pointent certains déficits :

- absence d'un service de soins de suite et de réadaptation,
- manque de place de soins à domicile, d'accueil de jour, d'hospitalisation gériatrique
- défaut de prise en charge individualisée et concertée

⇒ *Les commentaires, idées, suggestions (question 16) sont très divers.*

En évoquant :

- coordination médicale,
- évaluation gériatrique,
- mutualisation des moyens,
- outils communs,

ils montrent une volonté de travail en réseau et d'optimisation de la prise en charge du sujet âgé même si une certaine aigreur transparaît dans les propos : « Accord sur le principe mais scepticisme quant à sa réalisation ».

**VII. CONCLUSION**

## VII. CONCLUSION

L'augmentation de l'espérance de vie de la population provoque un accroissement du nombre des personnes âgées.

Les pouvoirs publics cherchent à :

- limiter les hospitalisations injustifiées ou abusives,
- favoriser les prises en charges à domicile,
- développer les actions de dépistage de la fragilité,
- organiser les démarches de soins.

Ils proposent pour cela la mise en place de réseaux et filières organisées sur un bassin de vie, coordonnant l'existant afin d'en améliorer l'efficacité.

Le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de la région en général et du secteur sanitaire 10 en particulier reprend ces grands thèmes. Ceux-ci ont reçu un écho favorable et figurent dans le projet médical commun des trois hôpitaux de la Tarentaise (annexe 1).

Nous avons essayé de déterminer l'impact d'un tel projet sur les acteurs de la vie sociale et médicale. Pour cela nous avons conduit une enquête d'intérêt et de faisabilité entre le 20 août et le 20 octobre 2001 auprès de 232 acteurs médicaux et sociaux de notre vallée. Nous avons obtenu 104 réponses, soit un retour particulièrement satisfaisant de plus de 45%.

Il ressort de ce travail :

1. la nécessité d'un réseau gériatrique sur la vallée de la Tarentaise qui fédérerait toutes les énergies
2. une fonction de coordination médicale, d'évaluation médicale et de prise en charge globalisée qui lui serait dévolue
3. une volonté de participation des acteurs gériatriques publics ou privés, médicaux ou sociaux qui apparaît majoritaire malgré les quelques nuances ou réticences exprimées par certains

4. une articulation de ce projet autour des hôpitaux et leur service gériatrique, qui organiserait le fonctionnement d'un tel réseau relié par un système intranet.

Ce réseau aurait pour référence le pôle gériatrique de Chambéry. Il permettrait d'élargir la vision actuelle du problème des PA fragiles et de leur maintien à domicile.

Un tel projet devrait être prochainement soumis aux instances délibératives du syndicat interhospitalier de Tarentaise afin d'obtenir leur aval et de permettre sa présentation aux organismes de tutelle en vue de l'autorisation de fonctionnement et de l'octroi des moyens nécessaires.

Il ne s'agit plus seulement de distribuer des soins à un patient mais d'en prendre soin.



**VIII. BIBLIOGRAPHIE**

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

- 1) Cassou B. Faut-il prévoir des examens de santé périodiques pour les patients de plus de 75 ans, et lesquels ? *Concours Médical*. 1996 ; 118;34;2377-80
- 2) Circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 relative aux Centres Locaux d'Intervention et de Coordination. 2000
- 3) Circulaire DH/EO/97 n°97/277 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements. *Législation hospitalière*. 1997
- 4) Circulaire DHOS/02/DGS/SD5 n°2002-157 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. 2002
- 5) Courson J-P., Madinier C. La France continue de vieillir *INSEE Première*. 2000; 746
- 6) Couturier P. Démographie, aides, institutions et vieillissement. *Corpus médical gériatrie*. 1995
- 7) David M-G., Starzec C. Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans. *INSEE Première*. 1996; 447
- 8) Dubuisson F. Repères sur la coordination gérontologique. *Soins gérontologie*. 2001; 27:4-5
- 9) Duron-Alirol M. Un test simple pour repérer les personnes âgées fragiles : la station unipodale. *Quotidien du médecin*. 1998; 6215
- 10) Gaudin F. Réseaux de soins: une utilité qui reste à prouver. *Impact Médecin Hebdo*. 2001; 522:28-29.

- 11) Gonthier R. Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel. *Revue de Gériatrie*. 2000; 25:135-8.
- 12) Gremy F. Genèse des réseaux coordonnés de soins *Gestions Hospitalières*. juin-juillet 1997. 433-38:
- 13) Gunchard-Kunstler P, Kouchner B. Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles. *Discours*. *Ministre délégué à la santé*, 2002
- 14) Gunchard-Kunstler P. Vieillir en France: Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. *Rapport à Monsieur le Premier ministre*. 1999.
- 15) Gunchard-Kunstler P., Kouchner B. Circulaire N. DGS/SQ2/DAS/DH/DSS /DIRMI/99/648 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. 1999.
- 16) Holstein J. Vieillissement de la population française. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 1997; 11,390:25-8.
- 17) INSEE - Population totale par sexe et âge; circonscription législative 7302 - Tableaux Analyses. *Recensement de la population 1999, exploitation principale (lieu de résidence)*.
- 18) INSEE - *Recensement de la population 1999*.
- 19) Juge-Boulogne A, Kervinio C, Drode M, Sauvenier M, Revel V, De La Fournière F, et al. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences : enquête rétrospective au Centre Hospitalier de Pau. *Revue de Gériatrie* 2001; 26:713-18.
- 20) Le Goaziou M-F. L'hospitalisation, facteur de déstabilisation de la personne âgée. *Revue du Praticien-Méd. Gén.* 1997 ; 11; 391:9.

- 21) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la république française 2002.*
- 22) Moulias R. Quel avenir pour les ex longs séjours ? *Revue de Gériatrie. 2002; 27; 5; 311.*
- 23) N'Guetta T. Prise en charge et devenir des patients de 80 ans et plus aux urgences médico-chirurgicales du Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire de Montreuil. 69 f. *Th. : Méd :Paris12 :1999 :110*
- 24) Ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. *Journal Officiel de la République Française, n°98,1996.*
- 25) Ordonnance n°96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française, n°98, 1996.*
- 26) Réseaux et filières: Instruments de coordination sanitaire et gérontologique. *Les cahiers de la CRAM Rhône-Alpes. 2000; 9:9.*
- 27) Roche C. Trois visages du troisième âge. *Impact Médecin Hebdo. 1998; 428:10-1.*
- 28) Rollin A. Pour une régulation de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées : Quelle interface entre la ville et le CHU de Grenoble. *Mémoire DESS. 2000.*
- 29) *Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire Rhône-Alpes - 1999-2004.*
- 30) Wood P.H. *classification internationale des handicaps (déficiences, incapacités, désavantages) OMS 1980.* CTNERHI-INSERM diffusion PUF 1988.

**IX. ANNEXES**

## **Annexe 1**

### **Projet gériatrique du SIHT**

**PROJET GERIATRIQUE**  
**tel que figurant dans le projet médical commun des**  
**Hôpitaux de Tarentaise**

**1. Organiser des activités nouvelles**

- **Un service de soins de suites et de réadaptation**  
suites opératoires, suites d'AVC, suites orthopédiques et traumatiques
- **Un service d'évaluation gériatrique mobile**
- **Un travail en réseau**
  - o Entre les trois sites hospitaliers
  - o Entre les différentes structures publiques ou privées satellites
  - o Avec le centre de référence (Chambéry)

**2. Développer des activités actuellement mal valorisées**

- **Psychogériatrie**  
déments déambulants, CANTOU
- **Accueil de jour**  
préalable à l'institutionnalisation, soulagement des familles,  
formation des « aidants »
- **Gériatrie aiguë**  
organisation et concertation autour des prises en charges en service  
de soins actifs

**3. Accompagner ce projet des moyens nécessaires**

**Moyens techniques et humains qui interviendront aux divers échelons de ce projet (soins de suites, coordination, évaluation, réseau)**

Renforcement du temps médical, intervention des psychiatres (convention avec le CHS), psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistants sociaux, secrétariat médical à fonction «transversale»(inter et extra-hospitalière).

## **Annexe 2**

### **Documents relatifs à l'enquête**

**Lettre de présentation.**

**Questionnaire sur l'opportunité d'un Réseau**



## Services Geriatriques du Syndicat Inter-hospitalier de Tarentaise

Albertville, le 20 août 2001

**Centre Hospitalier d'Albertville**  
.Maison de santé Claude Léger  
.Soins de longue durée (Ugine)  
Docteur Dominique MERTUK  
Docteur Nicole FENOY (attaché)  
Catherine GALERA (interne)

### **Objet : Projet de réseau gériatrique en Tarentaise**

**Centre Hospitalier de Bourg St Maurice**  
.Maison Saint Michel  
Docteur Christian BUJES

**Madame, Monsieur, Cher Confrère,**

**Centre Hospitalier de Moûtiers**  
.Soins de longue durée  
.Maison de santé « Les Cordeliers »  
Docteur Dominique MERTUK  
Docteur Claude BLANC (attaché)  
Docteur M. ELMIMOUNI (attaché)

La prise en charge gériatrique en Tarentaise connaît des évolutions prometteuses.

Les structures d'hébergement publiques ou privées devenues obsolètes, sont en passe d'être rénovées. Les différents cantons se sont dotés de services de soins, évitant ou retardant l'hospitalisation ou l'institutionnalisation et nous disposerons bientôt en Tarentaise d'un éventail de services, d'unités d'hébergement et de structures de soins pour les personnes âgées :

- Foyers-logements
- Services de soins à domicile
- Maisons de retraite (établissements d'hébergement pour personnes âgées dites EHPA)
- Maisons de santé (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dites EHPAD)
- Unités de psychogériatrie
- Unités de soins de longue durée (unités hospitalières)

...complétés par un service de soins de suite et de réadaptation qui devrait être créé sur le site hospitalier de Moûtiers et dont une partie des lits sera dédiée à la prise en charge des personnes âgées, au décours d'un épisode aigu.

**Disposer de ces outils est certes important, mais ne suffit pas pour organiser une prise en charge adaptée et pertinente** de la personne âgée devenue dépendante ou en passe de le devenir. Le choix de telle structure ou de tel service doit répondre à ses besoins et à ses souhaits. Pour approcher au mieux la réalité de la personne âgée et définir ses besoins, il faudrait **coordonner nos efforts et travailler de concert, au sein d'un réseau.**

**Un réseau** constitue sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de

*la communauté*, (définition de la coordination nationale des réseaux)

Ou encore : *Organisation coordonnée de professionnels et/ou d'organismes sanitaires ou sociaux agissant ensemble dans un objectif prédéfini d'amélioration de la prise en charge d'une population déterminée*, (définition du comité régional des réseaux de Midi-Pyrénées)

Ou bien encore : *Les réseaux de soins ont pour objet de favoriser l'accessibilité, la coordination et la continuité des prises en charges sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (...)* Ils sont constitués par des professionnels libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire ou sociale (Code de la santé publique livre 7, titre 4, article L)

Que ce soit l'une ou l'autre de ces définitions, toutes insistent sur une **nécessaire action coordonnée et concertée de tous les acteurs ou compétences afin d'approcher au plus près des besoins de la personne âgée et y apporter une réponse adaptée.**

Cette nécessité est reprise dans les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 1999-2004) de la région Rhône-Alpes :

*...Il convient (...) d'encourager la mise en place de réseaux gérontologiques permettant de faire collaborer l'ensemble des intervenants concernés par la prise en charge de personnes âgées autour de projets de soins construits.*

C'est dans cet objectif que nous vous proposons de vous associer à notre réflexion sur l'organisation d'un **réseau gériatrique sur la Tarentaise - Val d'Arly**. Il pourrait avoir les caractéristiques suivantes :

1. Intéresser l'ensemble de la Tarentaise et du Val d'Arly (de Val d'Isère à Grésy sur Isère, de Val Thorens à Flumet). Ceci constituera le bassin gérontologique.
2. S'organiser autour des trois hôpitaux et leurs services gériatriques (Albertville, Bourg Saint-Maurice, Moûtiers). Leurs praticiens ont de part leur mission, vocation à s'inscrire dans cette dynamique. Ils pourraient en être les animateurs, les conseillers techniques
3. Rassembler l'ensemble des acteurs auprès des personnes âgées en demande de soins ; professionnels de santé libéraux, services sociaux, établissements médico- sociaux, hôpitaux et leurs différents services (services actifs, soins de suite, cure médicale, soins de longue durée), secteur d'hygiène mentale.
4. Des missions diverses telles que l'information des personnes âgées, les actions de prévention, le dépistage et l'évaluation des sujets fragiles, leur orientation et leur suivi, la formation des acteurs du réseau ou encore l'étude des besoins du secteur et s'en faire l'écho auprès des organismes institutionnels ou des tutelles.

Le mode d'intervention et les objectifs pourraient être :

1. Dépistage des personnes âgées à risque (rôle des professionnels de terrain, des acteurs sociaux et surtout du médecin traitant)
2. Mise en route d'une procédure d'évaluation globale (sanitaire et sociale) par une équipe mobile d'évaluation gériatrique (interventions pluridisciplinaires) qui dresserait un bilan et ferait des propositions concrètes.
3. Synthèse avec les différents acteurs, définition du mode de prise en charge le mieux adapté et proposition d'un projet de soins (et d'un projet de vie) pour la personne âgée.
4. Organisation et suivi du projet de soins tout au long du parcours de la personne âgée avec évaluation régulière et réactualisation (équipe de coordination).

...à chaque niveau d'intervention, un ou des référents du réseau seraient sollicités.

Notre objectif est de déposer auprès des tutelles et des financeurs un projet de réseau gériatrique. Pour que le dossier soit recevable, il faut qu'il ait d'ores et déjà l'appui de l'ensemble des acteurs.

C'est pourquoi nous vous sollicitons afin de connaître

- Votre sentiment à l'égard de ce projet
- Vos remarques quant à sa définition
- Vos suggestions quant à son fonctionnement
- Votre adhésion de principe à une telle structure

Pourriez-vous prendre un peu de votre temps et répondre au questionnaire joint ? Il est polyvalent, donc pour tous les acteurs qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou sociaux. Il est volontairement encadré afin de pouvoir traiter facilement les résultats ; une page de commentaires libres vous est réservée en fin de page.

Nous nous permettrons de reprendre contact au cours des prochaines semaines afin de connaître les éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer avec ce questionnaire.

Merci d'avance pour votre participation.

Bien sincèrement

Catherine GALERA

Albertville

Docteur Christian BUJES

Bourg Saint-Maurice

Docteur Dominique MERTUK

Moûtiers

## QUESTIONNAIRE SUR L'OPPORTUNITE D'UN RESEAU

**1. Votre nom et prénom  
et votre adresse (ou cachet)**

**2. Votre domaine d'activité**

Médecin	Gériatre	Autres Spécialités	Psychiatre	Psychologue
Ergothérapeute	Kinésithérapeute	Assistant Social	Infirmier	Directeur-responsable d'Etablissements

**3. Votre lieu d'exercice : Canton**

Albertville	Grésy sur Isère	Ugine	Beaufort
Moûtiers	Bozel	Aime	Bourg St Maurice

**4. Votre mode d'exercice**

Bénévole	Libéral	Salarié	Mixte
----------	---------	---------	-------

**5. Le principe d'un réseau gériatrique, tel qu'exposé dans la lettre d'introduction et résumé ci dessous est-il digne d'intérêt ?**

Oui	Non
-----	-----

- Un bassin gérontologique recouvrant la Tarentaise et le Val d'Arly*
- Une organisation autour des services gériatriques des trois hôpitaux.*
- Un réseau à vocation sanitaire*
- Rassembler les acteurs auprès des personnes âgées en demande de soins*
- Missions diverses :*
  - *dépistage, évaluation, orientation et suivi des personnes âgées fragiles*
  - *formation des acteurs du réseau*
  - *information des personnes âgées et action de prévention.*
  - *évaluation des besoins du secteur (interlocuteur privilégié des institutionnels et des tutelles)*

**6. Le bassin gérontologique ainsi défini (zones d'influence des trois unités gériatriques du syndicat inter-hospitalier de Tarentaise) vous semble t'il :**

Trop petit	Bien adapté	Trop grand
------------	-------------	------------

**7. Pensez-vous qu'il peut améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles**

- A domicile (adapter la prise en charge à la situation médico-sociale)

Oui	Non
-----	-----

- En institution (adapter la prise en charge au handicap, au déficit)

Oui	Non
-----	-----

- En service hospitalier :, organiser à l'issue de la période de soins actifs la prise en charge complémentaire la mieux adaptée à la situation sanitaire du sujet âgé (soins de suite, soins de longue durée, unité psychogériatrique, section de cure médicale, retour à domicile adapté, institutionnalisation simple...etc.)

Oui	Non
-----	-----

### 8. Seriez-vous prêt à

- Collaborer à l'organisation de ce réseau (dans le cas d'un projet finalisé) ?

Oui	Non
-----	-----

- Etre acteur de ce réseau (inscrire votre activité, votre structure, votre fonctionnement dans le réseau) ?

Oui	Non
-----	-----

- Participer à la définition des projets individualisés (cellule d'analyse et de synthèse) ?

Oui	Non
-----	-----

- Participer à des actions de formation (fonctionnement d'un réseau, problèmes sanitaires ou sociaux de la personne âgée...etc.) ?

Oui	Non
-----	-----

### 9. L'implication active d'un professionnel de santé ou d'un acteur social dans le fonctionnement d'un réseau doit-elle être rétribuée

Oui	Non
-----	-----

### 10. Cette rémunération pourrait avoir la forme

un paiement à l'acte	rémunération forfaitaire	une disponibilité (salarié)
----------------------	--------------------------	-----------------------------

### 11. Accepteriez-vous de participer au comité de pilotage du projet d'un réseau gériatrique sur la Tarentaise-Val d'Arly, rejoignant les

**Docteurs Christian BUJES, Dominique MERTUK, et Madame Catherine GALERA.** *Interrogation contractuelle destinée à toutes les catégories socio-professionnelles.*

Oui	Non
-----	-----

12. **Un réseau gériatrique et sa pièce maîtresse, la cellule d'évaluation, nécessitent la constitution d'une équipe pluridisciplinaire, salariée du secteur public (médecin gériatre, coordonnateur, cadre infirmier, assistant social, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, etc...). Seriez-vous candidat dans votre catégorie professionnelle ?**  
*Interrogation non contractuelle.*

Oui	Non	Peut-être

13. **Estimez-vous qu'un échange d'information par un système « intranet » (gestion centralisée des disponibilités en institution par exemple) peut d'ores et déjà constituer l'ébauche d'un réseau gériatrique ?**

Oui	Non
-----	-----

14. **En référence à votre appartenance socio-professionnelle, quelles sont actuellement les principales lacunes de la prise en charge des personnes âgées en Tarentaise-Val d'Arly ?**

15. **Quelles plus-values peut-on espérer d'un travail en réseau :**

16. **Vos commentaires, vos idées, vos suggestions** (*utiliser si besoin le verso*):