

Structurer un réseau au service du parcours de santé de la personne âgée hospitalisée

UNE VOLONTE DE LA FONDATION SAINT JOSEPH

Arnault REBOUL

2016

Remerciements

A François et Christophe qui ont su l'un comme l'autre, être les relais décisifs d'un parcours en gestation.

A Jean Pierre, dont l'énergie et la force de conviction ont permis d'ouvrir les portes closes pour qu'aboutisse ce projet.

A Mike, guidant impliqué, aux conseils avisés et porteurs pour avancer jusqu'où l'on doit.

A Anne-Laure, mon épouse qui m'a fait confiance dans ces changements professionnels et qui m'a apaisé dans cette période de remise en question.

Sommaire

Introduction	1
1 La Fondation Hôpital Saint Joseph, à la croisée des secteurs de santé ...5	5
1.1 Une offre de service fragmentée qu'unifierait la notion de parcours	5
1.1.1 Les clivages inter-secteurs	5
1.1.2 L'éparpillement de l'offre en faveur des personnes âgées	7
1.1.3 Les politiques de coordination et l'émergence de la notion de parcours	10
1.2 Les raisons d'une prise en charge spécifique des personnes âgées.....	13
1.2.1 Parcours de vie, de soins, de santé ; prendre en charge, accompagner : un vocabulaire connoté	13
1.2.2 La fragilité et la perte d'autonomie chez les personnes âgées.....	16
1.2.3 La population âgée, une expansion locale des situations de rupture	18
1.3 L'hôpital Saint Joseph, acteur majeur de l'accueil des personnes âgées du territoire marseillais	21
1.3.1 La déclinaison locale des politiques de santé	21
1.3.2 Les acteurs de la gérontologie marseillaise	22
1.3.3 L'hôpital inscrit la Fondation au cœur de la ville	24
2 Les valeurs et les moyens de la Fondation en appui d'une stratégie de coordination de la filière des personnes âgées	27
2.1 Le réseau, une forme d'organisation évolutive à l'appui de la gouvernance de la Fondation.....	27
2.1.1 Filière, trajectoire, réseau, quelle est la finalité d'un parcours de santé ?	27
2.1.2 La fonction intégrative du réseau.....	29
2.1.3 Définir des modalités de gouvernance efficaces.....	31
2.2 La fragilisation des personnes âgées hospitalisées.....	34
2.2.1 L'inadaptation de l'organisation hospitalière à l'accueil des personnes âgées	34
2.2.2 L'approche globale de la personne impose la pluridisciplinarité.....	37
2.2.3 Le repérage de la fragilité	40
2.3 L'approche hétérogène de la personne âgée dans le réseau	40
2.3.1 De la fragmentation du temps à celle de l'approche de la personne	41
2.3.2 Les discontinuités matérielles et culturelles entre établissements du groupe et inter-service	43

2.3.3	Les ruptures entre l'hôpital et ses partenaires de santé du territoire	45
2.3.4	Problématique.....	49
3	Réadapter le projet de vie en renforçant l'accompagnement des PA hospitalisées	51
3.1	Consolider le réseau en identifiant et impliquant les directions	51
3.1.1	Associer direction et services.....	51
3.1.2	Valider un diagnostic partagé, réajuster la visée	52
3.1.3	Assurer la direction médicosociale d'une problématique de santé	54
3.2	Stabiliser le segment critique de l'hospitalisation en s'appuyant sur l'amont et l'aval- Structurer le réseau	56
3.2.1	Coordonner le parcours au sein de la Fondation et avec les réseaux de santé	56
3.2.2	Promouvoir la bienveillance	59
3.2.3	Mobiliser les services et établissements autour de la personne âgée	62
3.3	Amplifier un dispositif déployé dans les services pilotes	65
3.3.1	Pérenniser le projet.....	65
3.3.2	Déployer l'expertise gérontologique dans les services pilotes (plan d'action annexe 8)	65
3.3.3	Amplifier le parcours aux périphéries de l'hôpital et de la Fondation, ajuster et exporter le modèle	68
	Conclusion	74
	Bibliographie.....	77
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie
APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent De Service Hospitalier
ASG : Assistant de Soins en Gérontologie
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CGD : Conseil Gérontologique Départemental
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : Comité de Pilotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (anciennement DHOS)
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DLU : Dossier de Liaison d'Urgences
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DIM : Département d'Information Médicale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
ETP : Emploi Temps Plein
FB : Fernande Berger (SSR)
FHSJ : Fondation Hôpital Saint Joseph
FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des soins
GIR : Groupe Iso Ressources
GMP : Groupe Moyen Pondéré
GCS PGAM : Groupement de coordination Sanitaire Parcours Gérontologique de l'Agglomération Marseillaise
GCSMS : Groupement de coordination Social et Médicosocial

HAD : Hôpital à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HSJ : Hôpital Saint Joseph
HPST : (loi) Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ILHUP : Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA : Maison pour L'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MGH : Médecin Généraliste Hospitalier
MUP : Médecine d'Urgence Polyvalente
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORU : Observatoire Régional des Urgences
PA : Personnes Âgées
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PPA : Pôle Personnes Âgées
PSPA : Parcours de Santé des Personnes Âgées
PRS : Projet Régional de Santé
PTS : Programme Territorial de Santé
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
RH: Ressources Humaines
ROR: Répertoire Opérationnel des Ressources
SAAD: Service D'Aide À Domicile
SAU: Service d'Accueil des Urgences
SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR: Soins de Suite et de Réadaptation
UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UNPS: Union Nationale des Professionnels de Santé
TRST: Triage Risk Screening Tool

Introduction

Mon expérience à la Fondation hôpital Saint Joseph se fonde tout d'abord sur les six mois de stage de direction effectués dans les EHPAD du groupe, à la Salette Montval et au sein des établissements de l'association AREGE. J'ai pu y approfondir l'expérience de l'accompagnement des personnes âgées et prendre en compte les enjeux de direction, et d'autre part conduire une analyse fonctionnelle du pôle gérontologique en constitution, grâce à l'audit des systèmes d'information des six maisons de retraite.

Ce stage m'a permis d'être recruté par la Fondation Hôpital Saint Joseph pour mettre en place un projet de coordination de parcours s'étendant sur l'ensemble des établissements et services de la Fondation accueillant des personnes âgées: le pôle personnes âgées (PPA), l'hôpital, les équipes d'intervention de ville (HAD et SSIAD) et l'hôpital de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Cette expérience d'opérateur transverse centré sur le PPA a facilité mon recrutement à la Fondation, tout comme mon positionnement médicosocial préféré à l'angle d'expertise sanitaire: Dans cette démarche, la direction a clairement affiché son ambition de décloisonnement des secteurs dans une considération globale d'accompagnement des personnes.

Ce projet que je conduis sur un an et qui consiste à structurer un parcours de santé pour les personnes âgées, s'appuie sur la constitution et la direction d'un réseau appelé à se développer à mesure qu'il se consolide. C'est un réseau formel car il se fonde sur la matérialisation de partenariats entre établissements et professionnels. Il n'est cependant pas un réseau de santé au sens des 120 réseaux gérontologiques institutionnalisés progressivement par la loi n°2002-03 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: Il n'est pas financé par le FIQCS¹ de l'Agence Régionale de Santé (ARS), son centre de gravité n'est pas sanitaire, il ne s'inscrit pas dans une dimension d'expérimentation. Reposant sur une base homogène et solide qui offre l'assise et l'espace vital à sa pérennisation, il est établi à partir du cadre financier et institutionnel de la Fondation Hôpital Saint Joseph : il relève d'une structuration par le bas qui le place dans une dynamique d'extension vers le territoire.

Le mandat qui m'a été confié procède donc de l'introspection opérée par la Fondation sur l'irrigation de ses pratiques par les valeurs qu'elle porte : « *Fidèle à ses valeurs humanistes et chrétiennes, le Groupe associatif Saint Joseph place l'Homme au centre de ses préoccupations. Considérer la personne accueillie dans sa globalité, l'écouter et l'informer, mobiliser toutes les ressources pour l'accompagner dans une relation de confiance, telle*

¹ Fond d'intervention pour la qualité des soins.

est la mission que se donnent nos institutions »². Les patients âgés sont au cœur de la grande majorité des établissements, certes les EHPAD de ses associations mais aussi l'hôpital dont ils composent un noyau sensible et en inexorable expansion. Comment les accueillir d'une façon qui permette la préservation de leur qualité de vie parfois autant menacée par les raisons qui les conduisent à l'hôpital que par la perte d'autonomie qui s'y précipite? De façon plus anecdotique, les expériences personnelles de membres des instances de gouvernance ont corroboré ce ressenti. La prise en charge de personnes âgées de leur proche entourage à l'hôpital notamment, a révélé lacunes, discontinuités et méconnaissances des fragilités spécifiques à l'âge.

Nous le constatons donc, il y a loin de la conception et des orientations pourtant inscrites comme objectif prioritaire dans le projet de la Fondation depuis plusieurs années à leur réalisation concrète. Ce concept de volonté, présent dans le sous-titre de ce mémoire fait référence plus précisément à deux penseurs : Tout d'abord le polémologue, von Clausewitz³ qui souligne dans la réalisation de l'action militaire l'opposition des contingences et de la réalité : « *c'est ainsi qu'à la guerre d'innombrables petits détails dont on ne tiendrait jamais compte sur le papier entravent l'action et nous retiennent très en deçà du but fixé* »⁴. La volonté, qui est celle du chef (du directeur ?), est déterminante pour conduire l'action et neutraliser les frictions précitées. Clausewitz rejoint ici le philosophe Paul Ricœur qui dans *La Philosophie de la volonté* souligne que la volonté véritable est en action, qu'elle dépasse la simple intention pour se saisir précisément du projet : la véritable volonté est celle qui se donne les moyens de sa réalisation.

Quelles en sont ici les enseignements ?

Tout d'abord la mise en œuvre des moyens de la Fondation démontre le basculement du projet de la conception vers sa réalisation : recrutement d'un directeur de réseau, appui matériel et financier, constitution d'une filière gériatrique à l'hôpital, appui politique de la présidence de la Fondation. Mais cette volonté de structuration du réseau repose aussi sur une exigence de forte dynamique de direction : comment impulser la conduite du changement, dans des secteurs aux cultures différentes en disposant de leviers d'action limités et d'un nombre réduit de relais ? Cette entreprise de potentialisation du projet puis de réalisation, je la conduis donc sur l'année 2016 à partir d'un diagnostic que j'ai opéré puis par la mise en place d'un plan d'action. Il se fonde sur un mandat solide pour lever les frictions et les résistances au changement qui sont nombreuses.

² Charte des valeurs du groupe Saint Joseph Annexe 9.

³ Carl Philip Gottfried Von Clausewitz est un officier et théoricien militaire prussien. Il est l'auteur d'un traité majeur de stratégie militaire : *De la Guerre*.

⁴ *De la Guerre*.

Pour stabiliser le parcours de santé des personnes âgées il convient de s'appuyer sur la contrainte de la période d'hospitalisation et de l'optimiser. Ainsi, tout en préservant ou en développant la qualité d'accompagnement des personnes, il faut pouvoir aussi gagner la bataille du temps et anticiper au mieux les orientations auxquelles les personnes vont être confrontées dans leur parcours. Il faut évaluer au plus vite leur niveau de dépendance, repérer les personnes en situation de fragilité, les orienter en associant au plus tôt les aidants et communiquer pour permettre une meilleure orientation.

Mais ces nécessités d'anticiper et d'orienter, de repérer et de fluidifier les parcours ne peuvent fonctionner qu'en s'inscrivant dans une véritable coopération avec l'ensemble des acteurs de la ville et des réseaux gérontologiques existants : que ce soit les établissements de proximité, la médecine de ville, les services d'aide à domicile. Dans ce cadre, la Fondation doit pleinement s'intégrer dans les différents dispositifs qui sont à l'œuvre dans l'agglomération marseillaise qui est son territoire en participant aux dispositifs du GCS PGAM (groupement de coopération sanitaire du parcours gérontologique de l'agglomération marseillaise) et du projet Filière de soins de l'ANAP (Agence Nationale D'appui à la Performance). D'autre part cette coordination repose aussi sur les différents établissements de proximité, les EHPAD du Sud marseillais : l'intérêt d'un conventionnement permet une coordination optimisée et la réduction des hospitalisations évitables. Mais alors quel serait l'intérêt de promouvoir la coopération en interne à la Fondation ? Cette dernière permet de fait, grâce à une convergence organisationnelle, des valeurs partagées et une orientation stratégique commune, une modélisation plus rapide des possibilités de réseaux et probablement des échanges culturels et professionnels plus profonds, qui restent pour autant à promouvoir.

La structuration du réseau procède donc d'une dynamique « bottom to top » (du bas vers le haut): construite sur une filière solidement structurée et qui s'appuie sur les moyens de l'hôpital, elle s'étend et s'enrichit des échanges culturels et des partenariats de proximité dans une synergie au service des personnes (limiter les hospitalisations évitables et le recours inapproprié aux urgences ; accompagner et orienter le mieux et le plus efficacement possible les personnes âgées hospitalisées) en s'appuyant sur la culture médico-sociale et les facilités de coordinations promues par les outils du réseau et les personnes ressources.

J'ai donc rédigé le mémoire qui suit à partir de mon expérience de directeur de réseau et au rythme du déploiement du projet. Il a donc permis d'alimenter une réflexion de fond dans sa construction, mais aussi d'objectiver cette réflexion par l'expérimentation de sa mise en œuvre. Néanmoins si la confrontation de la réalisation du plan d'action aux frictions du réel est effective, elle est incomplète puisque la structuration du réseau s'exécute dans une durée qui excède l'exercice en cours.

Naturellement le mémoire reprend dans son articulation les grandes étapes du projet. Ainsi le contexte global permet bien de préciser que le centre de gravité de la Fondation, en dépit de ses tensions internes dues aux divergences intersectorielles, aux enjeux de gouvernance inter associative et à son large déploiement géographique est l'accompagnement des personnes âgées sur le territoire marseillais.

L'état des lieux et le diagnostic que j'ai réalisé sur le terrain, s'alimentent d'une réflexion conduite autour de la notion de réseau au service des personnes âgées fragiles à l'hôpital et au sein des établissements du groupe. Enfin, le plan d'action qui procède de cette introspection au cœur de la Fondation et que j'ai conduit pendant dix mois, s'est confronté aux frictions d'une mise en œuvre qui, pour s'accomplir, ne doit jamais être achevée.

1 La Fondation Hôpital Saint Joseph, à la croisée des secteurs de santé

L'aggiornamento de la Fondation accompagne les évolutions sociales au travail dans le secteur des personnes âgées, observées et théorisées dans différentes études depuis le début des années 1960. Or, les inflexions sensibles des politiques publiques dans une dynamique de coordination, rencontrent toujours les limites d'une mise en œuvre contrariée par les réalités du terrain. Pour pallier le défaut de pragmatisme et d'enracinement, la référence territoriale apparaît l'horizon incontournable de toute politique publique de coordination et de parcours. Cependant, l'opérateur est aussi un élément fondamental dans l'ancrage d'une dynamique.

1.1 Une offre de service fragmentée qu'unifierait la notion de parcours

Les clivages s'exercent suivant deux lignes de failles principales, celle de la différence des secteurs sociaux, médico sociaux et sanitaires; celle au sein de ces mêmes secteurs due à la multiplicité des acteurs offrant une réponse aux attentes et besoins des personnes âgées souvent pertinente mais excessivement séquencée. C'est ainsi que le dispositif qui s'ouvre à la Fondation Hôpital Saint Joseph rencontre les problématiques du secteur des personnes âgées et les mutations qui sont autant de tentatives de définition d'une offre de service ajustée.

1.1.1 Les clivages inter-secteurs

La Fondation s'étend sur les champs sanitaires, par le biais de son hôpital et de son hôpital de Soins de Suite (SSR) Fernande Berger, mais aussi médico-social au travers de ses associations gestionnaires d'EHPAD, et de son SSIAD. Si cette constitution intersectorielle est un avantage certain, notamment pour la pérennisation des associations que la Fondation accueille et la complémentarité de son offre de service, force est de constater qu'elle reflète ce qui au niveau national est au moins complexe si ce n'est fragmenté.

Les séparations claires des champs sociaux et sanitaires ne sont pas l'apanage du système de protection sociale français. Ils procèdent en effet d'une évolution historique commune à l'Europe, marquée par son héritage culturel et religieux. La constitution de ces champs suit l'évolution de la prise en charge de catégories distinctes, celles de l'indigent et du malade. A l'origine parfois confondues, celles-ci se distinguent à mesure des progrès réalisés par la médecine qui permettent une prise en charge spécifique de la personne. Progressivement elle devient davantage technique et ciblée sur l'affection. L'action sociale, assumée par l'Eglise jusqu'au XVIII^e siècle, et de façon moindre par la suite, à mesure de sa perte d'influence après la Révolution française, est prise en compte progressivement par

l'implication croissante de l'Etat. Fondée sur l'article 21 de la Constitution du 24 juin 1793⁵ cette action sociale s'affiche de plus en plus différente dans son objet, son organisation, sa législation de la prise en charge sanitaire qui se structure dès le début du XIX^e siècle autour des grands progrès de la médecine et des infrastructures hospitalières dont la gestion se sécularise. Le XX^e siècle consacre cette évolution différenciée qui se rejoint cependant dans l'implication grandissante des politiques publiques fondant le véritable système de protection sociale de l'après-guerre.

Si les différences sont manifestes et objectives entre les champs du social et du sanitaire, elles sont plus subtiles entre le champ sanitaire et médico-social. En effet ce dernier n'est pas à l'articulation du sanitaire et du social comme le soulignent ainsi Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut dans leur ouvrage⁶, et son rattachement au social est une spécificité française. Le secteur médico-social s'est donc constitué autour de l'accompagnement de personnes dont l'état de santé n'est qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales. S'opposerait ainsi une prise en charge clinique fondée sur les soins et conditionnée par un rapport au temps et à l'évaluation mesurable, à une prise en compte globale de toutes les dimensions de la vie de la personne évidemment plus subjective.

Ce clivage médico-social et sanitaire est entériné dans la législation des années 1970 : loi hospitalière de 1970 et lois de 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales⁷. La première recentre l'hôpital sur le cœur de sa mission, le soin. Elle amorce ainsi une rupture avec les établissements et services qui rejoignent le champ social et notamment les hospices pour personnes âgées et invalides. Ils sont officiellement intégrés par la constitution d'un secteur « médico-social » ainsi défini dans les lois de 1975. La loi 2002-2⁸ entérine ce rattachement en catégorisant plus précisément les différents établissements médico sociaux. Des lois différentes, des codes différents (Code d'Action Sociale et des Familles, code de la Santé Publique) régissent des structures dont la spécificité n'est pas toujours manifeste⁹.

Outre les obstacles culturels que je détaillerai plus avant, ces freins juridiques limitent la convergence et ont par exemple des conséquences directes en matière de tarification, (mais aussi de définition de l'offre : schémas territoriaux, appel à projet). Ainsi pour une personne âgée il est plus avantageux sur le plan financier de rester dans une prise en

⁵ «Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler».

⁶ Bloch, M-A. ; Hénaut, L. (2014), *Coordination et parcours*, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod.

⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Loi n°75-334 d'orientation en faveur des personnes handicapées – Loi n°75535 relatives aux institutions sociales et médico-sociale du 30 juin 1975.

⁸ Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁹ Le SSIAD et le HAD de Saint Joseph travaillent conjointement à un niveau certes différent mais avec le même personnel.

charge hospitalière que d'être hébergée en maison de retraite. Là où l'hébergement coûte près de 2000€ en moyenne en EHPAD, le forfait hospitalier et notamment en SSR est mieux couvert par l'assurance maladie. Bien souvent le directeur se trouve confronté à des résistances qui ne sont pas seulement culturelles mais héritières de clivages réglementaires. Ils peuvent conduire familles et aidants à différer les orientations des personnes qu'ils accompagnent. J'en retiens donc que l'appui des professionnels est déterminant dans ces phases transitoires et singulièrement celui du pôle social.

La loi HPST de 2009¹⁰ permet une relative reconnexion des secteurs autour du territoire¹¹. Elle s'opère tout d'abord par la constitution des Agences Régionales de Santé, instances déconcentrées qui coordonnent les différents acteurs de santé et les financements publics. Le Projet Régional de Santé intègre désormais les schémas et projets médico sociaux. Mais cette convergence est aussi facilitée par la mise en place d'outils communs : renforcement des procédures de managements et de contrôle (appel à projet, évaluation, autorisation, conformité), mise en place des Contrats Pluri annuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Dans une moindre mesure la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 renforce dans son chapitre 1^{er} du Titre IV, « l'animation territoriale conduite par les Agences Régionales de Santé » en fusionnant désormais dans un unique Schéma Régional de Santé l'ensemble des schémas d'organisation sanitaires et médico sociaux.

En somme, les politiques publiques promeuvent une convergence législative mise en œuvre à partir des territoires pour rapprocher des secteurs qui s'interpénètrent souvent. Un certain nombre de clivages dus aux structurations et à des outils de régulations différents dans les champs sanitaires et sociaux entretiennent ces divergences. Mais les acteurs du territoire, voire du « terrain » qui sont les opérateurs impliqués et les vecteurs de coordination de proximité pourraient y remédier. Or une autre ligne de faille contribue au morcellement de l'offre de service: celle de « l'uberisation » des dispositifs.

1.1.2 L'éparpillement de l'offre en faveur des personnes âgées

Les évolutions les plus récentes de notre société conduisent à renforcer l'éparpillement de l'offre, pour répondre à une prise en compte personnalisée des besoins et attentes des

¹⁰ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹¹ Le Projet de loi HPST insiste sur cette dimension territoriale : « *Le projet de loi hôpital, patients, santé, territoires a pour ambition d'engager l'indispensable modernisation de notre système de santé, ... Il appelle des modifications d'organisation à la fois dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire, et dans le secteur médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire. C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé.* » Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 22 octobre 2008.

personnes âgées. Il procède ainsi d'une double dynamique: sociologique car il est initié par les évolutions sociales liées à la promotion de l'individu, mais aussi technologique grâce à la révolution des performances thérapeutiques dans la prise en charge des personnes âgées.

Après l'indifférenciation des prises en charges sociales et sanitaires des siècles révolus le XX^e siècle voit l'émergence de l'individualisation des réponses. La personnalisation accompagne évidemment la montée en puissance de la notion d'individu mue par les évolutions sociologiques qui ont marqué l'entrée de notre civilisation dans l'ère de la « post modernité ». Dans le champ social, la notion de projet personnalisé est ainsi au cœur des outils de loi 2002-2. Le secteur gérontologique, voit la personne âgée devenir la référence centrale d'un accompagnement coordonné à son service. L'indétermination catégorielle globale du « vieillard » évoqué encore dans la législation des années 60, notamment dans le rapport Laroque¹², s'efface rapidement devant une différenciation qui s'affine au rythme de l'accroissement de l'espérance de vie et de l'évolution des besoins de ces catégories de personnes. Au troisième âge succèdent un 4^e voire un 5^e âge.

Mais ce classement est désormais passé au crible de la notion de dépendance avec laquelle ces catégories se combinent voire entrent en concurrence. Ainsi au début des années 60 et à la suite du rapport Laroque, les orientations des politiques sociales conduisaient plutôt au développement de la désinstitutionnalisation de la prise en charge, suscitant l'autonomisation, le maintien à domicile et une relative inclusion sociale : les possibilités d'aide étant modulées en fonction de l'état global de la personne et non pas de la combinaison de l'âge et de la fragilité¹³. A partir des années 80 émerge cependant le concept de dépendance, considérée pour les plus de 60 ans, comme un « nouveau risque » à prendre en charge par les pouvoirs publics. Apparaît ainsi la prestation spécifique dépendance (PSD) dans la loi 97-60 du 24 janvier 1997, remplacée par l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) en 2002. Elles entérinent d'une part la création d'une catégorisation spécifique « la personne âgée dépendante » et d'autre part marquent la différence d'avec d'autres champs comme celui du handicap.

Ces évolutions législatives prises à titre d'exemple conduisent donc à l'émergence de dispositifs variés, ne serait-ce que dans le secteur médico-social sous l'impulsion de politiques publiques elles-mêmes reflet des lectures sociologiques de leur époque. Outre les grandes lois sociales ou de santé qui concernent aussi les personnes âgées (depuis la loi 2002-2 la loi 2005-102, loi HPST, la loi d'adaptation de la société au vieillissement loi 2016-41¹⁴...) nous pouvons mentionner, pour les plus récents,

¹² Rapport Laroque du haut comité consultatif de la population et de la famille, in Marie-Aline Bloch, *Coordination et parcours*.

¹³ B. Ennuyer, in Claude Martin, *La dépendance des Personnes Agées*, Bernard Ennuyer chap. 4 histoire d'une catégorie « personnes âgées dépendantes » presses universitaires de Rennes – 2003.

¹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

les lois :

- du 31 mars 2003 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- du 16 avril 2008 relative à la journée de solidarité
- De financement de la sécurité sociale

Les plans :

- Vieillesse et solidarité (2003-2007)
- Solidarité grand âge (2007-2012)
- Plan Alzheimer (2008-2012).

Mais les politiques sociales se déploient aussi au rythme d'autres vecteurs des politiques publiques, celles des dynamiques de décentralisation. A travers les actes de la décentralisation des années 80-90 elles contribuent à promouvoir une véritable subsidiarité qui s'inscrit dans l'émergence du rôle des instances territoriales (le département hérite progressivement de nombreuses compétences sociales). Cette décentralisation est pour autant maîtrisée par le maintien d'une planification centralisatrice (nous l'avons vu : lois, plans, rapports...) ainsi que par la déconcentration des compétences opérée par les services ou agences. Les lois Defferre à partir de 1982-1983¹⁵ consacrent donc le département comme chef de file de l'action sociale et lui confèrent progressivement des moyens (financement) et des responsabilités d'organisation et de contrôle de l'offre au plus près du territoire.

Les agences ou les instances déconcentrées, contribuent à la déclinaison des politiques publiques comme c'est le cas des ARS dont le rôle les place à la jonction des interactions entre entités décentralisées et autorité de l'Etat. Mais il faudrait aussi prendre en compte l'action des opérateurs locaux, le plus souvent associatifs, qui par le biais d'une expérimentation ascendante « la bottom to top approach »¹⁶ structurent l'offre de service en s'efforçant de l'adapter du mieux possible aux attentes de la population et aux intérêts de groupes d'utilisateurs.

Si la régulation des autorités de tarification et de contrôle limite évidemment le phénomène il ne me semble ni à négliger ni à brider excessivement : il contribue cependant aussi à cet éparpillement de l'offre.

Quant aux dispositifs prenant en charge les personnes âgées, affiliés au secteur sanitaire, sans pour autant les détailler il convient de relever qu'ils prédisposent aussi, dans le cadre

¹⁵ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

¹⁶ Dépasser la logique descendante et redonner par « l'empowerment », le « pouvoir d'agir » aux organisations sociales en réinvestissant le champ de la participation démocratique.

de la montée en puissance de l'expertise gériatrique, à la multiplication d'acteurs portés par des politiques publiques parfois contradictoires validant des évolutions technologiques, sociales et sociologiques diverses: Services de spécialité versus équipes transverses, plateformes de soins, médecine de ville, prise en charge hospitalière, tarification à l'acte (hôpital) ou dotation globale (Soins de Suite et de Réadaptation), promotion de l'ambulatoire, des hospitalisations à domicile... Autant d'orientations qui favorisent la multiplication de services et de dispositifs visant à davantage ajuster l'efficacité de la prise en charge.

1.1.3 Les politiques de coordination et l'émergence de la notion de parcours

Les prémisses d'une volonté de coordination des acteurs multiples dont nous avons vu les raisons de l'émergence dans le champ de la gérontologie sont aussi à l'œuvre assez tôt, notamment dans le rapport Laroque que j'ai déjà évoqué: « *La coordination revêt deux aspects distincts : La coordination administrative qui suppose une liaison entre les différents organismes publics ou privés contribuant à l'action sociale en faveur de la vieillesse, et coordination sociale proprement dite qui consiste à orienter un vieillard déterminé sur les services auquel son état le conduit à faire appel* »¹⁷. La forme la plus aboutie de la coordination serait « le parcours », dernier paradigme des politiques de santé.

Face à la multiplication des acteurs évoquée précédemment et au cloisonnement des champs de santé, la nécessité d'une coordination s'est vite imposée. Néanmoins les raisons qui ont conduit à la prolifération des acteurs ont produit les mêmes effets multiplicateurs d'instances ou de dispositifs dédiés à la coordination. Ainsi ces politiques de coordinations se sont exercées dans les champs différents de façon autonome entre acteurs sanitaires mais aussi dans les secteurs sociaux et médico sociaux. Pour les personnes âgées, la coordination est à l'origine une dynamique sociale qui s'estompe devant la médicalisation de la prise en charge de la vieillesse. Ainsi mise en œuvre dans les premiers plans quinquennaux, appuyée par la création de postes de coordonnateurs d'action gérontologique des années 80 elle est d'abord financée par l'Etat. Puis la coordination locale est attribuée aux Conseils généraux (création des équipes médico-sociales du département, création de l'aide personnalisée à l'autonomie - APA)¹⁸. La circulaire DGAS (direction générale de l'action sociale) du 18 mai 2001 définit les missions des Centre Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC).

En même temps s'opère la médicalisation de la coordination gérontologique à partir de dynamiques convergentes : réformes du système de santé, médicalisation de la prise en

¹⁷ Bloch, M-A. ; Hénaut, L. (2014), *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

¹⁸ Loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'APA.

charge de maladies endémiques comme celle d'Alzheimer promue par le plan du même nom (2008-2012), officialisation de la notion de dépendance dénoncée par certains comme le cheval de Troie de la technicité gériatrique¹⁹. Il faut noter de fait la prolifération d'instances de coordination dans le champ sanitaire au cours des années 2000. Se constituent ainsi les premiers réseaux de soins à la fin des années 90. C'est aussi la période à laquelle apparaissent les opérateurs sanitaires articulés autour des structures hospitalières notamment. Ces dispositifs transverses tels que celui relatif à la filière de soins gériatriques²⁰ sont destinés à couvrir l'ensemble des besoins et attentes des personnes âgées dans une prise en charge sanitaire.

La circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM N°2007-197 du 15 mai 2007 vise à améliorer la coordination des opérateurs médicosociaux et sanitaires. Elle est symptomatique de la nécessité de promouvoir des réseaux à vocation gérontologique, favorisant le décloisonnement des champs que renforce encore La Loi HPST. La constitution des MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) comme celle des réseaux de soins est aussi emblématique de ces nécessités de coordination. Issue du plan Alzheimer, les MAIA sont destinées à organiser une coopération entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour décloisonner prise en charge et accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La coopération, nouvel objectif, est l'étape qui succède à la juxtaposition ou l'indifférence partagée. Les dispositifs communiquent et échangent désormais dans un champ commun et s'inscrivent dans un dynamique de partenariat : « Les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins... »²¹. La notion de coordination implique davantage une conception élaborée en commun qui débouche sur une véritable synergie. « La coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité de la prise en charge et de l'accompagnement »²².

En somme la coopération offre la complémentarité des prises en charge dans une dynamique de filières de soins là où la coordination favorise l'inclusion de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge de la personne âgée dans une vision plus globale. Cette réflexion m'éclaire donc sur l'intérêt de mon positionnement décalé du champ de l'expertise. Je ne me situe pas au niveau de la pratique ni même des échanges

¹⁹ Ennuyer in Claude Martin *La dépendance des Personnes Agées*, Bernard Ennuyer chap. 4 histoire d'une catégorie « personnes âgées dépendantes » presses universitaires de Rennes - 2003

²⁰ Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007.

²¹ Article L40011-1 code de la santé publique, 2011.

²² Article L312-7 du code de l'action sociale et des familles.

professionnels mais veille à la contribution effective et intégrative de l'ensemble des acteurs réunis autour de la personne : je suis ainsi davantage chef d'orchestre que premier violon.

Le parcours qui pourrait n'être qu'un avatar de la coordination, implique cependant un basculement de l'objet (l'opérateur, la coordination) vers le sujet (la personne âgée).

Au début du parcours est la notion d'individu. Comme le précise Michel Grossetti²³ dans son article, le parcours est une interaction entre la trajectoire de vie de l'individu, marquée par les contingences et les bifurcations et une matrice organisée : par exemple une offre de service de santé. Il cite Bourdieu qui précise: « Essayer de comprendre une vie comme une série unique ... d'événements successifs sans autre lien que l'association à un "sujet" ... est à peu près aussi absurde que d'essayer de rendre raison d'un trajet dans le métro sans prendre en compte la structure du réseau, c'est-à-dire la matrice des relations objectives entre les différentes stations »²⁴. Dans le parcours, l'individu est donc l'acteur « au centre du dispositif » dans une interaction avec le dispositif. Le parcours est une double réponse à la problématique de coordination. Il crée les conditions d'un accompagnement global de la personne dans ses périodes de fragilité physique et/ou mentale qui l'obligent à recourir à des opérateurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Mais il vise aussi à redonner aux personnes vieillissantes la maîtrise de leur cheminement de vie.

Les dernières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) promeuvent ainsi la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation des soins. L'article 70 de la LFSS de 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2). L'article 48 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 prévoit des dispositifs destinés à optimiser le parcours de santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Il a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide des personnes âgées de plus de 75 ans. Plus précisément il cherche à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, toutes les formes de prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux. Enfin, La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la notion de parcours et celle de coordination comme élément majeur d'organisation de l'offre. Le titre II de la loi qui s'intitule « Faciliter au quotidien les parcours de santé » consacre cette tendance. La loi affirme la généralisation des services qui

²³ Grossetti M., (2006). L'imprévisibilité dans les parcours sociaux, *Cahiers internationaux de sociologie* (n° 120), p. 5-28.

²⁴ Bourdieu Pierre, L'illusion biographique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, no 62-63, p. 69-72.

viennent en appui des professionnels de santé dans la prise en charge et la coordination et notamment lors de situations dites complexes.

J'observe donc que les dispositifs se sont constitués dans des champs autonomes, eux même séquencés par la spécificité de leur prise en charge ou leurs modalités d'accompagnement. Les politiques publiques se sont efforcées de structurer et de mettre en cohérence ces dispositifs. Je constate aussi que depuis le début des années 2010 le niveau d'organisation vise l'intégration des dispositifs devant aboutir à un changement de référentiel, un nouveau paradigme que matérialise la notion de « parcours de santé ». Mais il y a encore loin de l'idée à la réalisation, La mise en œuvre nécessite que des opérateurs impliqués puissent offrir cette personnalisation par la mise en place d'outils qui concrétisent cette volonté de coordination. Je me saisis de cette opportunité qu'offre la Fondation car elle est porteuse de sens mais davantage encore ancrée dans une efficacité opérationnelle.

1.2 Les raisons d'une prise en charge spécifique des personnes âgées

Si la notion d'accompagnement me semble intimement liée à celle de parcours, quelle est la spécificité de la personne âgée qui imposerait non seulement la mise en place des dispositifs que nous avons évoqués mais aussi un accompagnement davantage personnalisé ? Par ailleurs quelle réalité recouvre cette catégorie des personnes âgées ?

1.2.1 Parcours de vie, de soins, de santé ; prendre en charge, accompagner : un vocabulaire connoté

Nous l'avons juste abordé. Mais dans l'expression de « parcours de... », désormais usitée, se retrouvent l'ensemble des problématiques entérinées par la législation. Employée dans les différents champs (sociaux, médico sociaux, sanitaire) elle convoque des notions cependant différentes. En 2012, la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) définit ainsi le concept d'un « parcours de vie » de la personne qui contiendrait l'ensemble des possibilités de parcours des personnes : parcours de soins, parcours de santé. Ces trois axes sont le titre du document de septembre 2012 de l'ARS consacré aux parcours : « Parcours de soins - Parcours de Santé - Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers ».

Ils sont en effet symptomatiques de l'importance de la sémantique pour des expressions qui sont autant de « mots valise ». Ces différents « parcours de... » me permettent de décortiquer les concepts de référence de champs professionnels différents. Car on ne peut les cloisonner artificiellement. Les définitions qu'en donne l'ARS dans son lexique montrent qu'ils sont liés à leur objet.

Le parcours de soins que présente l'HAS (Haute Autorité de Santé) dans sa définition : « l'amélioration de la qualité de prise en charge clinique et thérapeutique...le juste enchaînement des différentes compétences professionnelles liées directement ou

indirectement aux soins...» centre l'intervention auprès de la personne âgée autour de la phase aigüe de son affection dans une perspective de prise en charge clinique. La direction générale de la santé précise quant à elle que la continuité de parcours se conçoit selon six dimensions dont le recours au juste niveau d'expertise qui est déterminant. Ainsi le parcours de soins serait le recours à des opérateurs sanitaires pouvant délivrer la prestation adaptée aux affections spécifiques des patients dans une perspective d'efficacité pour les personnes comme pour les prestataires. A l'opposé de ce champ spécifique et réduit autour de la thérapie de la personne, la notion de parcours de vie ouvre les perspectives. La CNSA dans la définition qu'elle en donne, précise d'emblée : « La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne »²⁵: Cette notion me semble pour le coup très générale: le parcours de vie est alors la vie même de la personne : à vouloir trop ouvrir le spectre on en ferait une simple généralité. Or la définition rapporte l'expression au « champ de la santé (au sens large de l'OMS) » et précise que « la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes périodes et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale »²⁶. Il s'agit donc ici de considérer la vie sous l'angle de ruptures ou changements potentiels provoqués par des aléas de santé ou d'évolution de l'environnement social. Que serait donc le parcours de santé : à la croisée des soins et de la vie ? L'OMS définit la santé comme : « ...un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »²⁷ Cette définition précise donc en creux ce qu'est le parcours de santé : Un cheminement dont les accidents produits (défaut de service, d'orientation ou de prise en charge) et/ou induits (maladie, accident, rupture d'équilibre de la vie sociale...) interagissent directement avec la linéarité de la vie de la personne.

Nous retenons donc les deux types de parcours auxquels pourraient être associés les notions suivantes correspondant aux champs:

Sanitaire =Parcours de soins - prise en charge – patient.

Médico-social/ social = Parcours de santé – accompagnement – usager/personne.

Or cette vision segmentée est réductrice et la notion de parcours, dont l'objectif est le décloisonnement des champs, vise à la dépasser. La nécessité de recourir aux soins entre avec fracas dans le parcours de vie de la personne âgée tout comme la

²⁵ CNSA Rapport 2012 02/Prospectives, *Promouvoir la continuité des parcours de vie, d'une responsabilité collective à un engagement partagé.*

²⁶ Ibid.

²⁷ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

« décompensation » sociale influence directement l'adaptation de sa prise en charge. C'est à ce décroisement culturel que je veux m'employer à la Fondation, en m'appuyant sur les valeurs du groupe et les facilités organisationnelles qu'il offre. Il ne s'agit pas pour moi d'en rester au niveau de la conceptualisation mais d'entrer dans une mise en œuvre pragmatique. Elle ne peut se réaliser sans l'appui de l'hôpital Saint Joseph, acteur prééminent au sein de la Fondation.

A ce titre, la notion d'accompagnement est emblématique de cette porosité des secteurs. La « prise en charge » serait réservée au « sanitaire » où il s'agirait de faire « à la place » sans permettre, comme dans l'accompagnement, d'abord la mobilisation des ressources de la personne. Or l'accompagnement est de fait bien présent à l'hôpital : à Saint Joseph, l'équipe de soins palliatifs « accompagne » les patients en fin de vie. Ainsi donc la notion d'accompagnement ne peut être absente d'un espace où la « prise en charge », le soin reste le cœur du métier. Maela Paul voit ainsi dans l'accompagnement, deux dimensions originelles : accompagner c'est « être avec » et aussi « aller vers ». Ce qui d'une part réclame de la disponibilité, de l'attention et de l'ouverture d'esprit et d'autre part, dans la mise en mouvement, de s'appuyer aussi sur les ressources de la personne: « davantage dans la sollicitation que dans la sollicitude ».²⁸ Pour l'auteur, l'accompagnement doit être surtout considéré comme une ressource qui s'enrichit dans une véritable coopération. Maela Paul différencie par ailleurs deux tendances : celle qui consiste à faire de l'accompagnement un dispositif imposé par les dispositions légales et réglementaires, les politiques sociales étant devenues des politiques d'accompagnement, et celle qui consiste à considérer la personne dans une visée émancipatrice. Au-delà de la commande sociale, c'est donc la dimension relationnelle qu'il convient de promouvoir en adoptant une posture :

- Ethique, qui ne réduit pas l'autre à un objet (de soins, de projection, d'expérimentation...),
- de non-savoir, non pas d'ignorance de « l'instituant », du soignant, mais propice à l'échange,
- de dialogue, fondé sur la sollicitation réciproque des compétences, et l'écoute,
- émancipatrice enfin, permettant de faire grandir l'autre.

L'accompagnement s'inscrit dans une logique d'autonomisation et d'individualisation qui peut viser par exemple à désinstitutionnaliser ou à promouvoir l'ambulatoire à l'hôpital. « Au paradigme de la prise en charge, succède l'idée d'un accompagnement non exclusif aux soins de santé, un accompagnement de la personne dans sa globalité »²⁹.

²⁸ Maela Paul, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers* 2012/3 (N° 110), p. 13-20.

²⁹ Ibid.

Il m'apparaît donc tout d'abord que comme certains concepts, le « mot valise » peut se transformer en « fourre-tout ». Ainsi l'accompagnement peut-il, aussi bien que la prise en charge, faire de la personne l'objet d'une commande et non une ressource. Accompagner pour moi c'est aller « de conserve » : terme de navigation, il sous-entend, davantage que le traditionnel « de concert » une veille et une protection réciproque : les navires qui naviguent à vue se protègent, se couvrent mutuellement. Par ailleurs, l'accompagnement est une notion qui se cultive, qui s'éduque : ce n'est pas la seule injonction qui permet de l'instaurer dans le comportement du personnel soignant ou social, mais un véritable travail sur soi. Ce n'est pas non plus l'exclusive du secteur social ou médico-social mais davantage une mobilisation des cœurs et des esprits. Enfin l'accompagnement contribue au « deuil d'une médecine...toute puissante ; dans le passage d'une médecine de soins à une médecine de soutien ; d'une approche centrée sur la maladie à une approche centrée sur la personne »³⁰. J'emploierai donc dans ce mémoire les notions de prise en charge ou d'accompagnement non pas de façon indifférente mais sans leur attribuer de vertu spécifique qui ne soient en cohérence avec les actes qui les traduisent.

1.2.2 La fragilité et la perte d'autonomie chez les personnes âgées

A chaque période de sa vie, où dans des circonstances précises, toute personne a besoin d'être accompagnée, ce qui est par exemple le cas de l'accompagnement professionnel dont traite entre autre Maela Paul dans son ouvrage.³¹ Quant à l'accompagnement spécifique auquel la personne âgée a recours il convient d'en préciser les contours en répondant aux questions suivantes. Tout d'abord quand parle-t-on de personne âgée? Toute personne âgée nécessite-t-elle un accompagnement spécifique ? Et quelle est, pour celles qui le nécessitent, la spécificité d'accompagnement ou de prise en charge ? Il convient déjà de noter que le terme de « vieux » ou de « vieillard » employé couramment et comme nous l'avons vu, dans la législation des années 70-80, est devenu tabou. L'expression « personne âgée » qui prévaut actuellement, au-delà d'une sémantique plus consensuelle, révèle que la vieillesse n'est pas un état objectif qu'on puisse décréter subitement à partir d'un seuil, mais plutôt une période transitoire qu'on espère la plus longue possible dans l'autonomie. En fonction des sources, la notion de vieillesse fluctue. Ainsi, l'OMS considère la personne comme âgée à partir de 65 ans. Le National Institut of Aging (Etats-Unis) retient les notions de : « Jeune vieux » entre 65 et 75 ans, de vieux-vieux entre « 75 et 85 ans », et de « très-très vieux » après 85 ans. Et même s'il est communément admis que cet âge de la vieillesse ne ferait que reculer, à mesure de de l'augmentation de l'espérance de vie (au cours des 60 dernières années elle a ainsi

³⁰ Ibid.

³¹ PAUL Maela (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'Harmattan.

augmenté de 14 ans), les démographes retiennent eux l'âge de 60 ans ; l'attribution de L'APA, à partir de 60 ans fait de cette aide spécifique aux personnes âgées le discriminant juridique de la vieillesse.

Néanmoins l'âge de 75 ans est la référence utilisée dans la plupart des études et comme dans le projet que je conduis, pour définir l'âge où la personne est potentiellement concernée par davantage d'affections chroniques et invalidantes. Comme nous l'avons vu dans la législation c'est désormais la notion de dépendance qui, combinée à l'âge, fait entrer la personne dans les catégories « personne âgée » et « personne âgée dépendante ».

Mais avant de parler de dépendance il convient d'en étudier les causes. La dépendance (ou perte d'autonomie) est liée au concept de fragilité. Le CREDOC (centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) définit dans son rapport la fragilité comme « *un état peu prédictif et peu objectivable. C'est un concept multidimensionnel, mêlant des éléments liés à l'état de santé et à l'environnement (logement, vie sociale, entourage familial). La littérature et les institutionnels partagent cet avis d'un concept conjuguant un nombre important de facteurs difficilement hiérarchisables, leurs poids variant d'une personne à l'autre.* »³² A cette définition qui montre que la fragilité concerne, comme le parcours, tous les aspects de la vie de la personne en rapport avec la santé, les auteurs ajoutent huit facteurs de fragilisation ; ils peuvent être synthétisés en 4 points : L'isolement social et la solitude, la difficulté à accomplir les gestes du quotidien, les difficultés à se mouvoir, le sentiment d'être dans un état de faiblesse qui s'aggrave. S'entremêlent donc éléments subjectifs et des constats objectifs. Ces derniers sont plus fréquents, puisque nous vivons désormais plus longtemps avec des maladies chroniques de type diabète, démences, cancers. Le terme de fragilité est d'autant plus intéressant qu'il a aussi une acception purement sanitaire qui considère la fragilité essentiellement comme un dysfonctionnement ou un affaiblissement du fonctionnement des organes mais n'exclut pas la dimension psycho-sociale qui reste un facteur déterminant. Ainsi pourrait-on résumer la fragilité comme la « réduction multi-systémique des aptitudes physiologiques limitant les capacités d'adaptation au stress ou au changement d'environnement, mais aussi à une vulnérabilité liée à une diminution des réserves physiologiques propres de l'individu »³³.

J'en tire donc les conclusions suivantes qui nous permettent de mieux cerner les spécificités de la personne âgée. Plus que tout autre personne et du fait des vulnérabilités que crée l'avancée en âge, elle est sensible aux évolutions de son état physiologique que potentialisent les ruptures qui se produisent dans son environnement et ses habitudes de

³² CREDOC : *La fragilité des personnes âgées : perception et mesure*, cahier de recherches n°256, décembre 2008.

³³ Rapport Aquino: *Anticiper pour une autonomie préservée*, février 2013.

vie. Ainsi l'entrée à l'hôpital est un « accident de parcours » qui influe directement sur l'état physiologique de la personne du fait de son âge. Il apparaît donc dès à présent que la promotion d'une véritable continuité de pratique entre domicile et établissement de santé, l'anticipation sur l'évolution des fragilités, et le partage des informations entre professionnels sont des axes majeurs de stabilisation des parcours et que l'hôpital est un acteur central. L'hôpital porte une responsabilité au sens que son positionnement lui confère des exigences d'ordre éthique. Elles l'obligent à tenir ce rôle croissant de créateur de lien, avant tout social.

L'articulation entre fragilité et dépendance peut aussi s'illustrer par l'exemple précédent. Une personne potentiellement fragile, hospitalisée pour l'évolution aigüe d'une affection chronique, une maladie déclenchée ou un accident, risque fortement de perdre son autonomie du fait de la détérioration de son état de santé mais aussi de son hospitalisation, et devenir dépendante.

La dépendance est définie par le conseil de l'Europe comme « un état dans lequel se trouvent les personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes, afin d'accomplir les actes courants de la vie »³⁴. Mais les liens entre la dépendance et la fragilité ne sont pas systématiques. Le rapport du CREDOC ouvre donc trois pistes : toute personne fragile n'est pas forcément dépendante ; a contrario la dépendance peut survenir sans fragilité détectée chez la personne âgée ; mais la plupart du temps elle en procède.

Ceci implique pour moi que la fragilité comme la dépendance induisent une dynamique d'accompagnement global et nécessitent le déploiement d'action préventives pour anticiper la perte d'autonomie chez la personne âgée.

1.2.3 La population âgée, une expansion locale des situations de rupture

La Fondation se mobilise autour des personnes âgées. Pour autant cette catégorie de population n'est pas la seule qu'elle accueille. Au-delà de la volonté de prendre soin d'une part non négligeable de ses usagers, les évolutions sociétales la conduisent aussi à un inévitable ajustement de son offre de service. Même si la population française vieillit dans sa globalité comme le constate l'INSEE, tous les territoires ne sont pas égaux face au vieillissement. Pour autant les déséquilibres qui sont aussi manifestes au sein des territoires façonnent l'organisation de l'offre.

Le vieillissement de la population occidentale et française en particulier est un fait établi. Si les données de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques)

³⁴ Conseil de l'Europe, comité des ministres. (1999). Recommandation n° R (98) 9 du Comité des ministres.

pointent à l'horizon 2060 une augmentation modérée du nombre des plus de 60 ans, en revanche le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans doublerait, alors celui des plus de 85 ans serait multiplié par 4³⁵. Cette évolution différenciée selon les tranches d'âge, met en exergue l'augmentation de la part la plus âgée de cette population et donc potentiellement la plus dépendante.

Un autre fait pondère tout autant cette évolution de la part âgée de la population et souligne les déséquilibres liés au territoire qui peuvent être observés. Ainsi Gérard François Dumont dans son article « La géographie des territoires gérontologiques »³⁶ présente la notion de « gérontocroissance » qu'on ne retrouve pas dans l'idée de vieillissement moyen de la population mais qui est l'augmentation du nombre de personnes âgées sur un territoire.

De façon concrète et rapportée au territoire qui nous intéresse, celui de la Fondation Hôpital Saint Joseph, à savoir celui des Bouches du Rhône et plus précisément de Marseille, il convient de constater dans les projections, qu'à l'horizon 2030, le territoire est dans la moyenne de progression nationale.

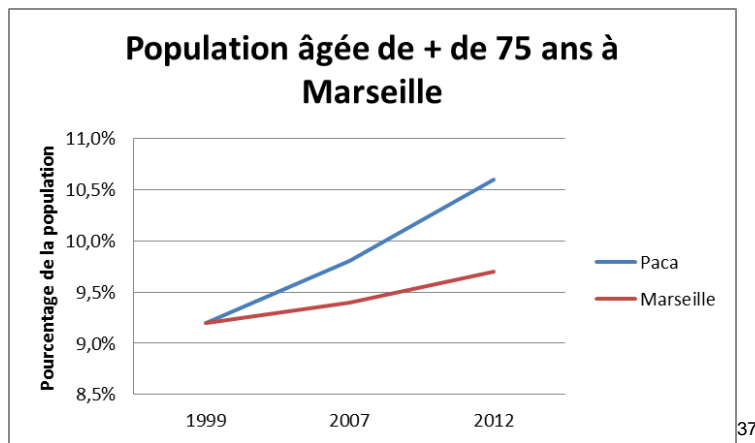
1999-2030	Bouches du Rhône	Moyenne nationale
Vieillissement	+8.7 pts de pourcentage	+8 pts de pourcentage
Gérontocroissance + 60 ans	+61%	+68%
Gérontocroissance + 75 ans	+38%	+42%

Ces chiffres, cachent une réalité hétérogène car si les différences entre les territoires sont significatives elles ne sont pas révélatrices de déséquilibres locaux qui existent pourtant ; entre Marseille et le reste du département par exemple, et à Marseille entre les arrondissements. En 2012 Marseille compte près de 85000 habitants de plus de 75 ans et comme l'illustre le graphique ci-dessous sa population vieillit moins vite que celle du département.

³⁵ Rapport Aquino: Selon les dernières prévisions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) :

- La France comptera 73,6 millions d'habitants en 2060, soit 11,8 millions de plus d'aujourd'hui.
- La part des 60 ans ou plus dans la population va augmenter jusqu'en 2035, passant de 21,7% à 31%. Après 2035, elle devrait continuer à croître à un rythme plus modéré et plus sensible aux différentes hypothèses, en particulier sur la mortalité.
- Les plus de 75 ans qui étaient 5,2 millions en 2007 (8,9% de la population) seront 11,9 millions en 2060 (16,2% de la population) et les 85 ans et plus passeront de 1,3 à 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.

³⁶ Dumont G.F. (2010). La géographie des territoires gérontologiques. *Gérontologie et société*, pp.47-62.



La population marseillaise est en moyenne moins concernée par le vieillissement comme l'indique la moyenne régionale. Or deux points spécifiques impactent ces observations. Tout d'abord, l'augmentation de la population âgée à Marseille s'effectue de façon inégale entre les arrondissements.³⁸ Les arrondissements Sud marseillais sont les plus vieillissants contrairement à la dynamique démographique des autres arrondissements. Il convient aussi de noter que conformément aux données relevées par l'assurance maladie dans son atlas des situations de fragilité 2014³⁹, les Bouches du Rhône comptent le taux le plus élevé de personnes âgées au minimum vieillesse, soit 6.6%. Mais il monte à 10% pour l'agglomération marseillaise.

Dans l'ensemble, l'offre de prise en charge répond globalement à la demande. L'Offre de premier recours est importante : 132 médecins traitants pour 100 000 hab. (107 en France). L'offre hospitalière est dense, elle comprend 73 établissements de santé dont des CHU, des centres de dialyse, et des SSR. L'agglomération marseillaise compte aussi près de 90 EPHAD dans ses arrondissements. Localement, le panorama est plus contrasté. Si plusieurs hôpitaux existent à Marseille Sud seuls deux services d'accueil des urgences restent actifs depuis la fermeture de ceux de la Conception fin 2014 : ceux de l'AP-HM (Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille) à la Timone, et ceux de l'hôpital Saint Joseph.

La population des personnes âgées de plus de 75 ans est donc très représentée dans les arrondissements Sud de Marseille alors qu'elle est dans une situation de fragilité sociale supérieure à la moyenne nationale et départementale. L'offre de service est conséquente,

³⁷ Données 2012 SIRCé -Observatoire e la Santé – PACA : <http://www.sircepaca.org/>

³⁸ « La proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus est plus importante (10-15% de la population) dans le sud de la commune (7°, 8°, nord du 9° arrondissement), dans les 4°, 12° et 16° arrondissements mais aussi, dans certains quartiers du 13°, du 14° et du 15° arrondissement. Certains quartiers sont en mutation sur le plan démographique. Entre 1999 et 2008, la population du centre-ville (4ème, 5ème et 6ème arrondissements et surtout, les 1er et 3ème arrondissements) a fortement rajeuni, alors que celle du sud (8ème et 9ème) et de l'est (10ème et 12ème) a vieilli de façon importante». Contrat Local de Santé de la ville de Marseille 2014-2016.

³⁹ Atlas des situations de fragilité 2014. Assurance Maladie.

notamment en ce qui concerne la médecine de ville, les établissements de santé et les EHPAD. En revanche elle est plus tendue pour l'accueil des personnes dans les services d'urgences. Or ce mode d'accès représente 55% des admissions hospitalières⁴⁰ de personnes âgées à Marseille. Ce mode d'accès des personnes âgées à l'hôpital Saint Joseph est bien évidemment prééminent. J'exerce donc une vigilance toute particulière quant à l'accueil et la prise en charge des personnes âgées aux urgences car elles y sont particulièrement représentées et vulnérables.

1.3 L'hôpital Saint Joseph, acteur majeur de l'accueil des personnes âgées du territoire marseillais

La Fondation accueille donc une part importante de la population âgée marseillaise, que ce soit par ses structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD) ou hospitalières (HAD, HSJ, SSR).

1.3.1 La déclinaison locale des politiques de santé

Les documents que sont le projet régional de santé (PRS), décliné en programme territorial de santé (PTS) pour les Bouches du Rhône, comme le contrat local de santé (CLS) présentent un double intérêt dans la perspective du projet que je conduis. Concrétisation de la loi HPST, Ils offrent une véritable synthèse entre les politiques de santé à l'œuvre dans les différents secteurs (social, médico-social et sanitaire), et ils priorisent les actions à mener sur les territoires.

L'ARS PACA a ainsi publié le PRS en janvier 2012. PTS et CLS déclinent la mise en œuvre de ce programme, pour les Bouches du Rhône, et localement pour Marseille pour la période 2014-2016. Nous disposons donc des dernières orientations des politiques de santé de façon détaillée et déclinée très localement. Et il apparaît très nettement qu'elles font porter l'effort sur l'accompagnement des personnes âgées. Le PTS définit ainsi en priorité deux orientations stratégiques concernant la politique d'offre auprès des personnes âgées : I- « Conforter l'offre en direction des personnes handicapées vieillissantes ; et surtout, II- « Améliorer le parcours de santé des personnes âgées ». Il rejoint ce que nous avons pu constater et explicite ainsi ces orientations : « Malgré le nombre d'acteurs intervenant sur l'ensemble des domaines, social, médico-social, sanitaire, la personne âgée et sa famille sont paradoxalement démunis du fait de l'illisibilité de l'ensemble des dispositifs. »⁴¹ Cet axe du PTS est décliné en 4 objectifs : améliorer le repérage de la fragilité, favoriser le maintien de la personne âgée à domicile, assurer au sein de l'hôpital l'expertise gériatrique à chaque étape de la prise en charge et préparer la sortie en lien avec les acteurs hospitaliers, renforcer le positionnement des MAIA.

⁴⁰ Séminaire territoire de Marseille Filière de soins – Personnes âgées- ANAP le 31 mars 2016.

⁴¹ Contrat local de santé pour la ville de Marseille pour la période 2014-2016.

La ville de Marseille, retenue comme territoire spécifique, fait donc l'objet d'un contrat local de santé, établi pour la période 2014-2016 entre l'ensemble des acteurs institutionnels de santé du territoire : la mairie de Marseille, le conseil départemental, l'ARS, et la préfecture. La deuxième orientation prioritaire du CLS concerne les personnes âgées. Elle définit deux axes de progrès.

- La gestion territoriale des parcours de santé des personnes âgées ;
- le maintien dans le logement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans les actions à mettre en place, le CLS recommande l'optimisation de la gestion des réseaux gérontologiques marseillais avec notamment la création de GCS (groupement de coopération sanitaire) /SMS (Social-Médico-Social), la prévention des hospitalisations et la gestion des sorties, et enfin de définir l'articulation des acteurs de la médecine de ville - institutions intervenant sur le repérage de la fragilité (ex SSIAD, HAD).

Force est de constater cependant qu'en dépit de ces orientations cohérentes et convergentes en faveur des dispositifs de coordination et de parcours issus pour l'essentiel des lois de financement de la sécurité sociale de 2012⁴² et de 2013, les choix opérés sur le terrain favorisent encore la multiplicité des dispositifs. Ainsi, le dispositif PAERPA qui devait permettre une coordination efficace des mesures énoncées dans ces différents plans et que les Bouches du Rhône devaient expérimenter n'a pas été déployé. Lui a été préféré un dispositif différent si ce n'est concurrent, celui de la filière de soins porté par l'ANAP et que nous aborderons plus avant. Il en est de même pour la constitution d'un référentiel unique en matière de repérage de la fragilité dont aucun des réseaux de santé ne s'est saisi de façon convergente. En revanche, l'objectif de pérennisation des réseaux de santé marseillais semble s'être réalisé dans la mise en place d'instances de coordination inclusives et représentatives.

1.3.2 Les acteurs de la gérontologie marseillaise

La ville de Marseille a mis en œuvre une politique volontariste précoce de prise en charge anticipée des problématiques de coordination. Dès 2008, quatre réseaux gérontologiques institutionnels ont été créés pour coordonner l'offre de l'ensemble du territoire de la commune. En 2012, les quatre structures porteuses de réseau ont été conviées à se regrouper, l'association ILHUP (*Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient*), l'association Marseille DIABETE, l'APHM (assistance publique des hôpitaux de Marseille), le Centre Gérontologique Départemental, et l'Union Régionale des Professionnels de Santé PACA. La structuration de l'offre est donc apparue primordiale et a débouché au 1^{er} janvier 2014 sur la création d'un GCS-PGAM (Groupement de coordination sanitaire-parcours gérontologique de l'agglomération marseillaise).

⁴² Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le GCS a pour objet, sur le territoire de l'agglomération marseillaise, d'offrir un cadre juridique et fonctionnel qui permette d'assurer la mise en cohérence et la coordination des actions et des missions des multiples acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social impliqués pour tout ou partie de leur objet dans le parcours de la personne âgée.

- Recherche de partenariats avec les entités œuvrant dans le secteur social au profit de la personne âgée
- Interface de coordination avec l'ARS PACA : le GCS représente ses membres auprès des pouvoirs publics et notamment de l'ARS PACA
- Réponse décloisonnée, mutualisation d'activités des membres et développement de complémentarités
- Promotion des actions des membres des GCS
- Echanges d'informations entre les partenaires du GCS, participation aux actions de formation des professionnels de santé
- Support de gestion comptable, sociale et logistique pour les 4 sites opérationnels du Réseau Gérontologique Marseillais

Les membres fondateurs du GCS sont regroupés en 4 collèges : réseaux de santé, établissements de santé, établissements médico-sociaux, URPS ML (union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux) PACA. A ces membres fondateurs s'ajoutent les membres associés (personnes morales adhérent au groupement avec voix consultative). Le GCS reçoit les financements extérieurs de l'Assurance Maladie, de l'Etat, des collectivités territoriales notamment en sa qualité de structure d'encadrement juridique de réseau de santé ainsi que toute subvention ou aide financière d'organismes ou institutions publiques ou semi-publiques ou privés.

Le groupe Saint Joseph a été sollicité pour participer au GCS PGAM comme l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social concernés sur le territoire par la thématique gérontologique. Il adhère désormais à deux des quatre collèges, au titre de l'hôpital au collège sanitaire, au titre de la Fondation au collège des établissements médico-sociaux. Par ailleurs les EHPAD La Salette Montval et la résidence Notre Dame participent aussi de ce dernier collège. La dynamique de coordination est intéressante car elle crée un lieu d'échange inter-secteurs efficient et permet la mise en place de certaines actions concrètes : télémédecine pour consultation en dermatologie ou en psychiatrie depuis les EHPAD, constitution d'un modèle unique de rapport d'activité médicale. D'autre part elle permet la mise en place d'action d'envergure pouvant avoir une réelle audience puisque le GCS regroupe un grand nombre d'acteurs. C'est notamment le cas du projet « filière de soins » décliné par l'ANAP qui s'est appuyé sur la structure pour coordonner son déploiement.

Des limites existent cependant. Il me semble tout d'abord que le déséquilibre entre membres fondateurs et associés crée de facto une relative divergence d'intérêts et de moyens. Le financement des réseaux historiques crée inévitablement un biais dans

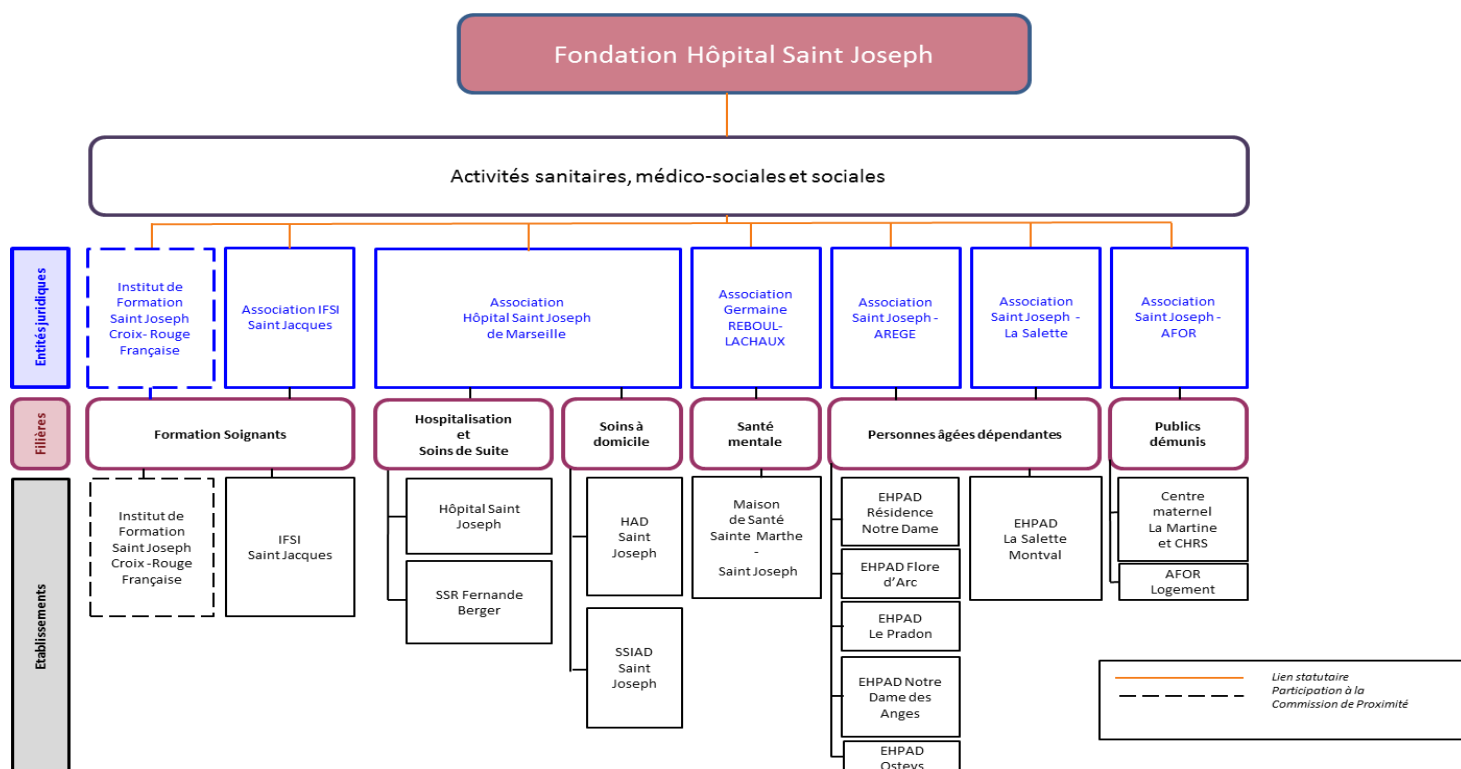
l'organisation de l'offre en alimentant un certain esprit de concurrence entre acteurs public-privé, lucratif-non lucratif. D'autre part le volume de la structure crée une inertie qui en bride l'efficacité. Pour autant, la participation de la Fondation au groupement est essentielle car elle favorise le partage d'expérience, la meilleure connaissance des acteurs du territoire de santé et la participation à des projets portés par des groupes de travail formés par le GCS. C'est un point de vigilance dans la structuration du réseau.

1.3.3 L'hôpital inscrit la Fondation au cœur de la ville

Fondée sur l'adhésion à des valeurs partagées, un projet commun et une organisation cohérente, la Fondation offre cependant un profil très « hospitalo-centré », ce qui est une chance mais aussi une limite. Le projet que je conduis doit donc s'équilibrer par un effort particulier envers les associations médico-sociales de la Fondation et un réseau ancré sur le territoire de proximité.

L'histoire de la Fondation Hôpital Joseph débute en 1919 avec la création de l'hôpital par l'Abbé Fouque, par ailleurs initiateur de nombreuses œuvres, toutes destinées à aider les plus vulnérables, orphelins, enfants handicapés, jeunes filles exploitées, personnes âgées, malades Bon nombre perdurent encore aujourd'hui dont certaines ont rejoint la Fondation : Hôpital de soins de suite Fernande Berger destiné à l'origine à soigner les femmes atteinte de la tuberculose, maison de retraite La Salette Montval. Dans la continuité de ce qu'avait entrepris l'abbé Fouque, les associations du groupe d'origine congréganiste pour certaines, laïques pour d'autres accueillent des personnes en situation de fragilité : personnes âgées, personnes handicapées ou en difficulté sociale. Toutes partagent cependant une vocation non lucrative, des valeurs chrétiennes et humanistes⁴³. Depuis 2010 le groupe s'est donc ouvert et renforcé et accueille désormais au sein de différentes associations, les établissements décrits dans l'organigramme.

⁴³ Charte des valeurs, annexe 9.



Avec plus de 2500 salariés, La Fondation est le deuxième employeur privé de Marseille et l'hôpital Saint Joseph, le premier hôpital privé à but non lucratif de France.

Les personnes âgées se retrouvent dans plusieurs associations de la Fondation. D'abord à l'hôpital qui en accueille plus de 15000 par an. Mais la population âgée est aussi prédominante au SSIAD et au HAD Saint Joseph et constitue près de 80% des patients de l'établissement de soins de suite Fernande Berger. Si le poids relatif du « pôle personne âgées » est apparemment moindre eu égard au volume d'utilisateurs accueillis (environ 550 résidents), son expertise médico-sociale en fait un acteur majeur de la Fondation dont un des objectifs principaux, au premier abord limité dans sa formulation, est la mise en place complète d'une filière gériatrique⁴⁴ qui s'appuie sur ce pôle médicosocial. Sa constitution est effective en 2016 autour d'un siège et d'un directeur général, une responsable RH et une responsable qualité. Il regroupe six EHPAD, cinq au sein de l'association Saint Joseph-AREGE, un géré par l'association Saint Joseph-la Salette. Seuls trois de ces établissements sont dans les Bouches du Rhône (Marseille et Aubagne), deux sont implantés dans le Var et un dans les Pyrénées Atlantiques. Outre les discontinuités culturelles et en dépit de la communauté de valeurs et d'organisation objectivement fédératrice, apparaît ainsi une contrainte supplémentaire dans la structuration d'un réseau destiné à l'accueil des personnes âgées... une réelle discontinuité territoriale pour certains

⁴⁴ « La Fondation travaille à la mise en place d'une filière complète de gériatrie afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, fragiles, accueillies et hospitalisées dans les différents services de l'Hôpital et en particulier dans le service des urgences, mais aussi dans les structures partenaires du Groupe Saint Joseph ».

des EHPAD de la Fondation. Que peut apporter ainsi l'EHPAD Osteys depuis Bayonne au parcours des personnes âgées de la Fondation ?

Car la Fondation est essentiellement marseillaise. Par la très grande majorité de ses implantations tout d'abord : l'hôpital Saint Joseph, ses SSIAD et HAD dans le 8^e arrondissement, le SSR Fernande Berger et l'EHPAD résidence Notre Dame, dans le 13^e, la Salette Montval dans le 9^e sans parler des associations AFOR (hébergement social) ou Saint Marthe (santé mentale). Culturellement ensuite, notamment avec l'hôpital Saint Joseph dont la vocation historique le met en symbiose avec son environnement qui est essentiellement le territoire Sud et Sud-Est marseillais. Situé sur le Prado, « enchâssé » dans la ville, il accueille pour l'essentiel des personnes âgées résidant à Marseille même s'il a aussi une vocation régionale⁴⁵. D'ailleurs cette vocation locale se renforce dans le cadre du schéma directeur. L'hôpital se densifie et construit 20000 m² supplémentaires.

L'établissement de soins de suite et de réadaptation Fernande Berger entretient un rapport plus ténu avec le territoire et notamment celui de l'hôpital. Si le choix de l'établissement est souvent lié à sa localisation pour les patients dont le domicile est proche (13^e arrondissement) son éloignement (temps de trajet dans Marseille), notamment des plateaux techniques, limite les synergies avec l'hôpital. Dans le schéma directeur, le SSR est donc prévu rejoindre l'hôpital à moyen terme. Avec les deux EHPAD marseillais de la Fondation, les échanges sont objectivement limités. L'hôpital de proximité de la Résidence Notre Dame est naturellement l'hôpital Laveran situé dans le même arrondissement, alors que La Salette Montval (175 places) est géographiquement plus proche et plus accessible de l'hôpital Saint Joseph. Car c'est bien la spécificité de l'agglomération marseillaise, dont l'étendue et un relatif enclavement des quartiers, implique un lien renforcé entre la population et les établissements ou services de proximité, notamment dans le domaine de la santé.

Je m'aperçois donc d'un double paradoxe. D'une part, en dépit de son positionnement d'acteur régional voir national majeur, la Fondation connaît un impact territorial localisé sur une zone géographique réduite aux quartiers Sud-est marseillais, que renforce un relatif éparpillement sur le territoire. D'autre part au sein de la Fondation, l'hôpital tient une place prépondérante voire dominante eu égard au volume de personnes accueillies, alors que l'expertise gérontologique reconnue s'affirme dans la constitution d'un pôle personnes âgées culturellement influant.

Comment concilier ces injonctions paradoxales ? En se fondant sur le territoire ? Dans la perspective d'un parcours de santé, le territoire est bien évidemment le paramètre essentiel à prendre en compte pour structurer une organisation d'offre de service en fonction des attentes et besoins de santé de la population. Le territoire est aussi le lieu de concertation

⁴⁵ 14258 séjours de personnes âgées sur 59649 entrées, dont 75% de Marseille, et 67% des 6-7-8-9-10^e arrondissements. Données PMSI 2014, Hôpital Saint Joseph.

et de coordination entre acteurs de santé, la loi HPST en est la référence. En ce sens le territoire conditionne l'organisation géographique d'un réseau local : pour le réseau que je mets en place à la Fondation, ce territoire est celui du Sud Est marseillais, centre de gravité de l'acteur majeur qu'est l'hôpital. Mais le territoire ne peut rien sans utiliser les leviers que sont les politiques publiques et les schémas d'organisation dont nous avons vu le foisonnement et la complexité. Pour autant l'implication des acteurs locaux est essentielle, leur détermination et la visée qui l'oriente permet l'opérationnalisation des politiques de santé. L'hôpital Saint Joseph est le levier essentiel de la structuration d'un réseau gérontologique de la Fondation sur les arrondissements Sud de Marseille. Mais si le projet vise le territoire, il se nourrit de la profondeur stratégique que lui offre la Fondation. En ce sens et au-delà des possibilités de coordination de circonstance avec les établissements marseillais de la Fondation, sa culture médico-sociale implique une dynamique de partage et d'échange. Cette culture que je porte est aussi soutenue par les savoir-faire des établissements de proximité ou d'autres territoires du Pôle Personnes Agées.

2 Les valeurs et les moyens de la Fondation en appui d'une stratégie de coordination de la filière des personnes âgées

La nature même de l'organisation de la Fondation permet la mise en place d'un réseau s'appuyant sur un éventail d'établissements de santé et légitime le positionnement d'une direction de réseau à la croisée des secteurs. Mais l'entrée à l'hôpital Saint Joseph du patient âgé accentue sa fragilité et n'est pas compensée par une stabilisation globale qui puisse s'appuyer sur une gestion de la complexité et de la subjectivité « médico-psycho-socio-environnementale ». La culture de secteur et le manque d'échange reste cependant un frein à l'expérimentation d'une synergie d'accompagnement globale et de fluidité de parcours de la personne âgée.

2.1 Le réseau, une forme d'organisation évolutive à l'appui de la gouvernance de la Fondation

La nature organisationnelle et la finalité du réseau gérontologique de la Fondation restent à définir. Elle doit viser à réduire les tensions relevées précédemment entre les champs culturels différents, les éparpillements domicile-institution ; les divergences privé- action publique et définir une modalité de gouvernance efficiente.

2.1.1 Filière, trajectoire, réseau, quelle est la finalité d'un parcours de santé ?

Nous devons nous attarder ici sur la définition d'un certain nombre de notions qui peuvent nous faire percevoir le positionnement relatif des différents acteurs et du directeur et comprendre ce que peut recouvrir la notion de parcours. Dans son article « coordination,

intégration, réseaux de services » Michel Frossard⁴⁶ oppose une logique de filière à celle de trajectoire. La logique de filière est une logique d'offre. Elle propose différents services complémentaires distribués par des opérateurs procédant de champs d'activité rapprochés. Cette logique de filière s'inscrit dans une dynamique d'efficacité et de rationalisation. Elle peut nous faire penser à celle des intégrations économiques, qu'elles soient verticales (contrôle du réseau d'approvisionnement ou de distribution) ou horizontales (intégrer dans sa structure les filières de production en vue de réaliser des économies d'échelle). Ainsi la logique de filière est celle du financeur et du professionnel des soins. Elle se constitue dans une dynamique d'offre intégrée, rationalisée et relativement contrainte. Elle a pour autant l'avantage de permettre une réelle structuration du service dont elle est un outil puissant d'opérationnalisation (comme nous le verrons avec la filière gériatrique où le projet « filière de soins » de l'ANAP). La trajectoire se fonde sur une notion de subjectivité. Le recours aux différentes prestations de santé ou d'aides indispensables s'organise à partir de la personne et de façon de plus en plus contrainte à mesure que son autonomie se réduit (la personne âgée décide rarement de sa trajectoire dans l'univers de la santé -16% des cas -, c'est principalement sa famille - 35% et le médecin traitant-30%)⁴⁷. Elle s'intègre donc dans une logique individualisée de recours aux prestations, refusant toute standardisation ou référence imposée. La trajectoire rejoint donc les notions d'accompagnement et de personnalisation répondant à des logiques de besoins et d'attentes. Il est à noter que l'utilisateur se trouve souvent démuné face aux offres de santé. Les opérateurs sont en revanche organisés et entreprenants. Ce déséquilibre en défaveur de la personne constitue ici, dans le secteur médico-social, un paradoxe de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; L'offre de service y est calibrée par type d'établissements dans une dynamique de structuration externe alors qu'elle veut susciter dans le même temps une dynamique « d'empowerment »⁴⁸ partant de la personne.

La « convergence » de la filière et de la trajectoire de la personne âgée passe d'abord par l'appui du professionnel de proximité ; il oriente, ajuste et adapte, qu'il s'agisse du médecin traitant ou de tout autre intervenant. Le coordonnateur doit, lui, faciliter l'évolution de la filière ou des structures (service, établissement) vers l'utilisateur. Marie Aline Bloch dans son ouvrage *Coordination et parcours* passe en revue les différents types et positionnements

⁴⁶ « Coordination, intégration, réseaux de services ». Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, Michel Frossard, Fond. Nationale de Gériatrie, *Gériatrie et société*, 2002.

⁴⁷ ANAP projet filière de soins, séminaire territoire de Marseille 31 mars 2016

⁴⁸ « L'empowerment est une notion fondamentale en promotion de la santé ... C'est l'accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie. Par l'empowerment, le patient va acquérir l'autonomie lui permettant de mieux maîtriser son destin. » ARS (2012) Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, *Lexique*.

de coordonnateurs, des opérateurs au plus près des attentes des personnes, aux « champions organisationnels », le plus souvent adossés à une structure.

La typicité du réseau Saint Joseph relève davantage des caractéristiques soulignée dans le rapport Couty que cite Marie Aline Bloch: « l'hôpital doit développer une stratégie d'ouverture, de coopération et prendre une position de coordonnateur, de facilitateur, être le cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité »⁴⁹.

Au point de rencontre des filières et des trajectoires je promeus la polyvalence d'offre (communiquer, informer), la pluridisciplinarité de la prise en charge (conjuguer, échanger), l'adaptation des réponses aux attentes des personnes ou de leurs aidants (personnaliser l'accompagnement). Puisque la finalité du réseau vise la réduction des écarts entre trajectoire et filière, c'est ce qu'il convient de déployer au sein de la Fondation, un parcours fondé sur le recours coordonné aux offres de services adaptées aux attentes et besoins des personnes âgées. Cette convergence fonde donc le parcours.

2.1.2 La fonction intégrative du réseau

Le réseau est le cadre adapté au déploiement du parcours des personnes âgées. Au sein du groupe, la notion qu'il recouvre mérite aussi d'être développée. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé offre une acception sanitaire de la prise en charge de la personne dans la création des réseaux de santé⁵⁰. Dans les faits et l'évolution des expérimentations gérontologiques, la notion de réseau vise in fine à améliorer « la continuité des services fournis aux personnes âgées en perte d'autonomie en réduisant, par une mise en réseau, d'une part le cloisonnement des intervenants, d'autre part la fragmentation des interventions⁵¹ » et inclut inévitablement la dimension médicosociale. D'après l'auteur de la citation précédente, Hélène Trouvé, apparaissent deux caractéristiques spécifiques au réseau. La première est l'ancrage territorial. Le réseau se développe ainsi entre des structures de proximité. Pour la Fondation, les établissements situés en dehors de l'agglomération marseillaise (Var, Pyrénées Atlantique) sont à l'écart du réseau. Le second aspect est lié à la tridimensionnalité du réseau. La filière serait ainsi la dimension horizontale du réseau, (voir sur schéma ci-dessous, sa longueur, L). Elle s'étend depuis l'hôpital et essentiellement sur

⁴⁹ Rapport Couty (mars 2013), *Pacte de confiance pour l'hôpital*.

⁵⁰ Article L. 6321-1 du Code de Santé Publique « ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ». ARS (2012) Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, *Lexique*.

⁵¹ L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? Hélène Trouvé, Yves Couturier, Olivier Saint-Jean, Dominique Somme. Lavoisier *Géographie, économie, société*. 2010/1 Vol. 12 | pages 31 à 52.

ce dernier. Elle intègre les capacités de projection extérieure de l'hôpital, les interventions potentielles de l'EMG ou du HAD en EHPAD par exemple. La seconde dimension est celle de l'inter-secteur qui ouvre la perspective du réseau (sa largeur, l). Elle l'extrait de la linéarité et lui confère les potentialités d'interconnexion, de partage et d'échange, voire de mutualisation. Elle s'étend d'abord sur les différents pôles et établissements de la Fondation⁵². « *Le réseau tient souvent sa richesse de sa diversité, d'où la difficulté de composer avec des cultures diamétrales qu'il faut absolument préserver pour bénéficier de complémentarités et de synergies* »⁵³ Il s'agit ainsi de mettre au cœur de l'hôpital Saint Joseph la qualité d'accompagnement qui existe dans les EHPAD de la Fondation et permettre réciproquement la réduction des hospitalisations non programmées en EHPAD. C'est tout ceci qui peut être coordonné en priorité avec les établissements du groupe en s'appuyant sur les convergences organisationnelles (subordination hiérarchique, orientations stratégiques) et le partage de valeurs communes⁵⁴. Cet élargissement à une deuxième dimension spatiale du réseau, garanti par la Fondation, atténue le modèle de « firme », que peut parfois représenter l'hôpital. L'horizontalité décroïssonne et permet le partage. « *Les réseaux impliquent une intelligence collective (Jacob et al., 1996). Ils sont favorables aux apprentissages et transforment l'organisation en organisation apprenante grâce à une amélioration continue, une innovation systématique* »⁵⁵ La structure verticale de l'hôpital, parfois en « tuyaux d'orgue » offre en revanche un adossement indispensable : organisation, moyens matériels et humains, ancrage territorial. Ce réseau s'étend aussi sur l'ensemble des établissements (EHPAD, SSR), opérateurs sanitaires et médico sociaux de ville (médecins, HAD, SSIAD, SAAD...). Ils sont les partenaires du territoire avec lesquels l'hôpital travaille en priorité, par leur proximité géographique. La troisième dimension qui confère au réseau son volume (sa hauteur, h) et son interactivité est l'ancrage externe. Il s'agit de la coordination avec les réseaux gérontologiques du territoire (et notamment du GCS PGAM). C'est aussi une interaction avec les autorités de tarification (ARS, Conseil départemental 13), les acteurs politiques locaux (Conseil départemental 13, municipalité) et enfin avec les acteurs sanitaires et sociaux d'autres secteurs. Cette dimension politique potentialise l'efficacité du réseau.

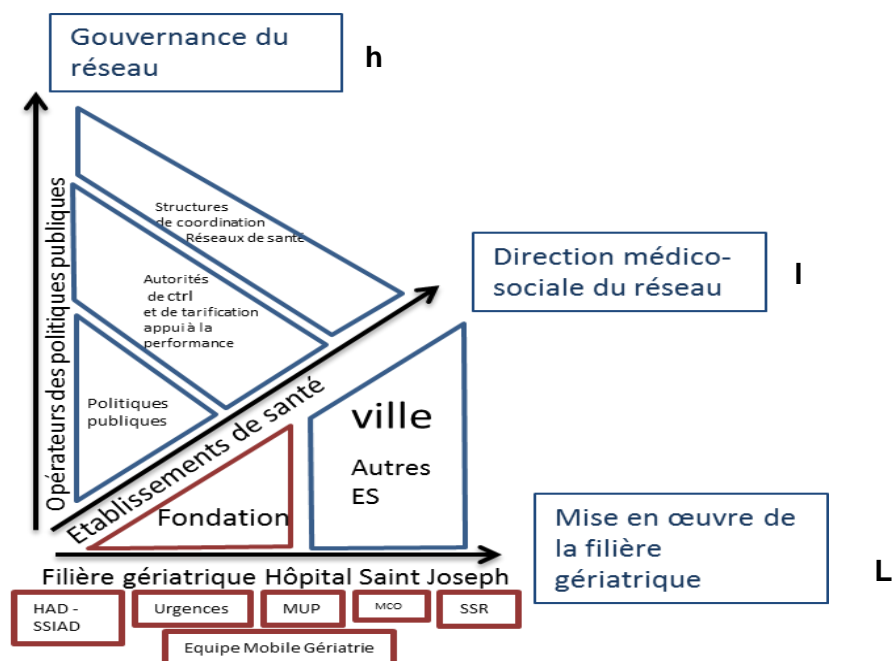
⁵² Voir organigramme de la Fondation.

⁵³ Le réseau d'entreprises : forme d'organisation aboutie ou transitoire. Isabelle Géniaux, Sylvie Mira-Bonnardel.

⁵⁴ Voir Charte en annexe 9.

⁵⁵ Ibid.

Fig. 2 - Les trois dimensions du réseau de St Joseph



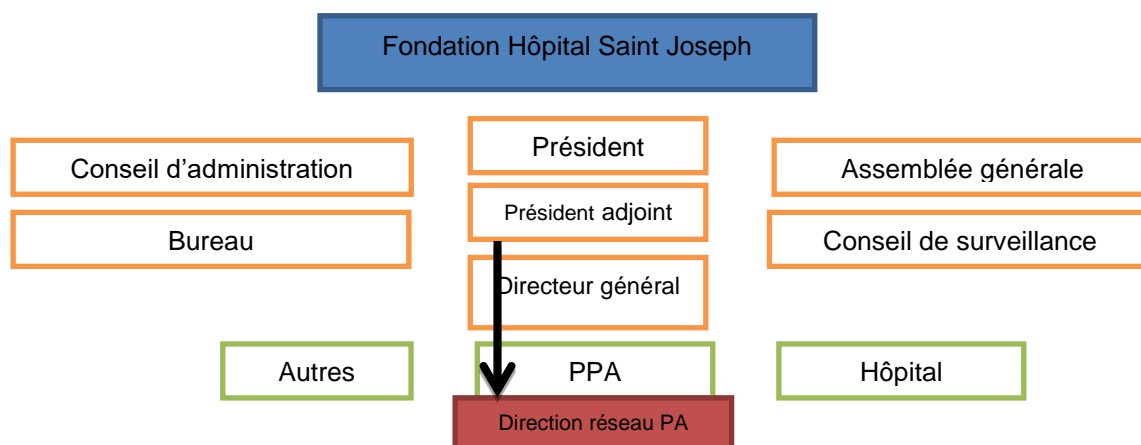
On le voit, les acteurs sont multiples mais le plus souvent juxtaposés. Tous les éléments constitutifs du réseau sont présents. Pour que ce dernier devienne opérant il faut cependant sortir du « côte à côte » et tisser les liens qui permettent de réelles interpénétrations professionnelles. La Fondation n'est pas enfermée dans un dimensionnement exclusif mais est un espace privilégié d'expérimentation et de professionnalisation grâce à la réduction des frictions et des résistances organisationnelles qu'elle permet en interne. Le réseau St Joseph est un spécimen, une forme hybride qui structure une organisation à partir des ressources et de la volonté d'un opérateur médico-social. Il s'alimente effectivement de l'expérience de ses opérateurs dont il est le plus proche et qui peuvent participer du réseau. Ce sont d'abord les établissements marseillais de la Fondation et typiquement, les EHPAD les plus éloignés qui peuvent cependant participer de l'acculturation par l'échange, l'expérimentation d'autre dispositifs et le partage des expériences. Mais Il ne peut se développer néanmoins qu'en connexion au territoire dont la couverture des besoins est la finalité du déploiement. Le réseau doit donc s'étendre de façon prioritaire aux acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité. Conventionnement et partenariat sont donc les outils que j'utiliserai pour appuyer sa constitution.

2.1.3 Définir des modalités de gouvernance efficaces

A ces niveaux définis précédemment et qui permettent de modéliser la structuration du réseau peuvent être attribués trois échelons de direction : opérationnel, organisationnel, stratégique. L'opérationnel concerne la mise en œuvre clinique des interventions des professionnels auprès des personnes âgées, au sein de la filière gériatrique notamment. C'est à l'échelon organisationnel que je situe la direction du réseau dont la fonction est d'intégrer, de coordonner et de faire converger les structures et les pratiques entre secteurs,

pôles et professionnels de santé. Le niveau stratégique définit la gouvernance du réseau chargé de la méta-coordination et de l'intégration au sein des dispositifs territoriaux et publics. Il est porté par la direction générale et fondé sur le « Bureau » du groupe. Le président adjoint de la Fondation, membre du bureau, garantit ce positionnement stratégique et assure l'interface entre la présidence et le directeur de réseau. Sa proximité de l'hôpital dont il est l'ancien directeur permet de peser sur l'implication déterminante de l'hôpital dans la mise en œuvre du projet. Le directeur de réseau qui lui est directement subordonné est rattaché à la direction du Pôle Personnes Agées. Ce positionnement est d'autant plus significatif que le PPA est appelé à terme à devenir la direction générale des EHPAD de la Fondation, qu'il consolide la vocation coordinatrice du PPA et qu'il confère au réseau un autre point d'appui que l'hôpital (voir schéma).

Fig. 2 Gouvernance de la Fondation



Nous avons vu que ce réseau est formel mais non institutionnel. Il ne bénéficie d'aucun financement spécifique de l'ARS ni du département. Déployé à moyen constant, il pèse essentiellement sur le budget de l'hôpital. Les mesures qui seront mises en œuvre ont cependant un coût qui même limité doit être supporté par le groupe. Un budget prévisionnel est donc à établir au niveau du groupe Saint Joseph.

L'hôpital prend en charge ses créations de postes, (personnel soignant), les formations, et la mise en place d'éventuels moyens spécifiques. Si la mise en place du projet se fait à moyens constants, sa reconduction pour les exercices suivants implique la réalisation d'un budget prévisionnel. Il concernera en variation de charge essentiellement le groupe 1 et impacte d'abord l'hôpital. Ces créations de postes envisagées dans le plan seront à budgétiser même si l'impact semble limité.

Néanmoins la tarification hospitalière à l'acte impose une traçabilité effective des interventions. Chaque acte étant rémunéré en fonction de sa cotation. La création du réseau et notamment la mise en place d'une plateforme d'appui gériatrique demande aussi

la création d'un poste de secrétaire standardiste et d'un poste de gériatre. Ils seront directement assumés par l'hôpital. En effet, la consultation téléphonique ne peut être prise en compte par la cotation du DIM (département d'information médicale). Les dispositifs de l'article 70 de la LFSS de 2012 peuvent faciliter le financement de ces dispositifs de coordination. Bénéficiaire de ces financements est un objectif accessible et légitime qui a terme doit être atteint. Mais la constitution effective d'un réseau opérant est un préalable indispensable, le financement est subordonné à la constatation du service fait et à l'institutionnalisation du réseau. Dans l'immédiat, le financement repose donc sur les moyens de la Fondation et l'implication de l'hôpital pour les postes qui le concerne.

Pour le directeur de réseau, la Fondation permet d'appuyer le renforcement de mesures plus spécifiquement sociales. Ses capacités de financement permettent par exemple de compléter des dispositifs : Elle finance déjà le poste que j'occupe mais peut aussi, de façon limitée mais complémentaire, compléter des dispositifs d'accompagnement ou de prise en charge ; poste d'assistante sociale, d'aide-soignante ou d'ASG (assistant de soins en gérontologie), voire d'animation. Je me saisis de cette souplesse de recours auprès de la présidence en faisant porter l'effort sur certains services.

En résumé, la direction du réseau gérontologique de la Fondation se trouve à la jonction de ces tensions ou de ces écarts : entre Fondation et associations, entre filière et parcours, entre ville et hôpital, entre domicile et établissement, entre sanitaire et médico-social⁵⁶. Comme je l'ai exposé, ces tensions ne sont pas insurmontables, elles en fondent même la légitimité. Cette subordination directe avec la présidence me permet d'occuper une position médiane qui doit rester au contact des principaux acteurs gérontologiques de la Fondation : pôle personnes âgées, filière gériatrique. La filière qui se constitue en intra hospitalier repose pour l'instant sur l'équipe mobile de gériatrie mais devrait rapidement disposer des moyens complémentaires de la filière (court séjour, hôpital de jour...), conformément aux orientations de la circulaire de 2007⁵⁷. La tentation de faire de l'expert sanitaire, ici du médecin gériatre, le coordonnateur de réseau est manifeste dans de nombreuses structures⁵⁸. Or le choix opéré par la direction, montre une fois encore, la volonté de positionner le centre de gravité de ce réseau en dehors de l'hôpital et de la sphère sanitaire. Outre la différence de niveau qu'il entérine entre responsabilité de filière (gériatrique) et direction de réseau (gérontologique), ce méta positionnement implique aussi une réflexion sur les moyens et leviers d'action qui doivent être les siens. Mais il est d'autant plus

⁵⁶ L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance? Hélène Trouvé, Yves Couturier, Olivier Saint-Jean, Dominique Somme, Lavoisier *Géographie, économie, société*. 2010/1 Vol. 12 | pages 31 à 52.

⁵⁷ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

⁵⁸ Marie-Aline Bloch, *Coordination et parcours*.

significatif de la volonté de la direction, qu'à l'instar des autres centres hospitaliers, l'hôpital Saint Joseph est le lieu où se concentrent voire s'aggravent les difficultés psycho-socio-pathologiques des personnes âgées.

2.2 La fragilisation des personnes âgées hospitalisées

L'hôpital est certes la porte d'entrée principale des personnes âgées à la Fondation mais c'est surtout la spécificité de la personne âgée qu'il accueille qui remet en question son organisation. Or les moyens qui peuvent rétablir une prise en charge intégrée et pluridisciplinaire n'y sont pas mis œuvre de façon adaptée.

2.2.1 L'inadaptation de l'organisation hospitalière à l'accueil des personnes âgées

L'hôpital doit opérer des changements radicaux pour stabiliser la trajectoire de la personne âgée et gérer la poly pathologie. Or l'organisation hospitalière obéit à plusieurs exigences paradoxales. L'hôpital Saint Joseph doit ainsi répondre à l'hyperspécialisation disciplinaire qui est la garantie de son excellence reconnue et du maintien de ses spécialistes ; que renforce notamment la tarification à l'acte⁵⁹. D'un autre côté, la montée en charge de la population âgée instaure une exigence de pluridisciplinarité médicale, techniquement moins intéressante et rentable mais pour laquelle il veut se mobiliser de façon efficace. D'autre part, la création d'une filière gériatrique dont la transversalité répond à ces impératifs de décloisonnement ne peut non plus être la solution exclusive. Emergerait sinon le risque d'une approche partielle et s'affranchissant des besoins d'expertise pluridisciplinaire et d'accompagnement global précisés ci-après.

Un focus sur les cinq structures de l'hôpital Saint Joseph qui accueillent la majorité des personnes âgées de la Fondation permet d'illustrer ces difficultés d'ajustement du « segment hospitalier » du réseau.

- (SAU) Service d'Accueil des Urgences

Si seulement 23% des personnes âgées entrent à l'hôpital par le service des urgences, ce mode d'entrée recouvre l'essentiel des arrivées non programmées et les plus sujettes à fragilisation des personnes. A condition que l'hospitalisation soit appropriée, le positionnement du service des urgences comme porte d'entrée de la majorité des hospitalisations non programmées, offre les opportunités d'un tri efficace des personnes âgées arrivant à l'hôpital. Plusieurs facteurs doivent cependant être réunis.

- Une évaluation gériatrique commune qui puisse être complétée et exploitée dans la durée du séjour de la PA.

⁵⁹ La loi du 18 décembre 2003 (art. 22 à 34) modifie profondément les modalités de financement des établissements de santé avec la réforme dite de la Tarification à l'Activité. Le financement est désormais fondé sur la nature et le volume des activités réalisées.

- Une prise en compte des fragilités spécifiques de la personne eu égard à ses affections mais aussi à son âge et aux particularités de sa personne (autonomie, présence d'aidant, isolement, démence...)
- Une rapidité de prise en charge et d'orientation vers le service le plus approprié.

La plupart de ces remarques communément partagées soulignent la nécessité d'une évaluation spécifique, réalisée sur prescription d'un gériatre de l'EMG (Equipe Mobile de Gériatrie). Par ailleurs, il convient de s'interroger sur les horaires d'arrivée des personnes âgées⁶⁰ sachant que certaines périodes sont à éviter. C'est notamment le cas des arrivées de la fin d'après-midi qui induisent le plus souvent une nuit d'attente sur un brancard dans un couloir quand ce n'est pas dans l'ambulance. Une réflexion doit aussi être conduite quant à la libération des lits dans les services. Un glissement actuel s'opèrerait de la fin de matinée vers le début d'après-midi. Augmentant d'autant les temps d'attente.

- **MUP (Médecine d'Urgence Polyvalente)**

Le service a évolué depuis la mise en place progressive du projet de fédération MUP-EMG⁶¹. L'accueil par les urgences lui a permis notamment un recentrage de ses activités vers la prise en charge poly pathologique de post urgence. La création d'un service de court séjour gériatrique au sein du MUP ne semble pas une solution adaptée car elle risquerait de susciter une prise en charge trop spécifique des personnes âgées au détriment du reste d'une patientèle poly-pathologique et de la finalité du service. Cependant la forte proportion de patients âgés en fait un lieu de séjour clé des personnes ce qui a fondé le projet de fédération avec l'EMG. La stabilisation du MUP dans cette configuration semble donner satisfaction à condition de renforcer l'offre de service du weekend, de maintenir la relation prioritaire de l'EMG, de promouvoir au sein du service la prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux personnes âgées (sanitaire, sociale, kinésithérapie, psychologie, diététique), et de renforcer la coordination avec les autres services (soins spécifiques de spécialité, coordination des sorties).

- **EMG (Equipe Mobile de Gériatrie)**

Selon la circulaire de 2007⁶², l'EMG doit être une composante de la filière gériatrique incluant court séjour, hôpital de jour, soins de suite et équipe mobile inter établissement. Quatre aspects prédominant : L'équipe mène une action transversale sur l'ensemble des services de l'hôpital en faisant effort sur le MUP et depuis peu sur les urgences ; elle est mobilisée sur prescription des services en fondant son action sur les repérage de la dépendance conduits dans les services ; elle peut avoir vocation à travailler en coordination avec les acteurs externes à l'hôpital (HAD, EHPAD, SSR) ; son action multidisciplinaire est essentielle à la prise en compte globale de la personne dans l'ensemble des phases

⁶⁰ Pour celles dont le flux pourrait être régulé.

⁶¹ Projet de fédération médecine d'urgence polyvalente-filière gériatrique Dr C. Levy, Dr S. Tournier Louvel Hôpital Saint Joseph.

⁶² Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

transitoires du parcours. Cependant ses moyens sont limités eu égard à la dimension du champ potentiel d'intervention (hôpital, SSIAD, HAD, SSR et EHPAD du groupe Saint Joseph ; voire autres établissements) et à l'étendue des missions possibles: Evaluation, orientation, élaboration des projets, coordination, conseil et formation. Le risque est de vouloir compenser l'ensemble des dysfonctionnements de coordination et d'excéder territoires et missions. Même si la structure doit évoluer, des choix devront donc être posés. Idéalement l'EMG doit pouvoir s'appuyer sur une structure de court séjour gériatrique qui donne la cohérence nécessaire à la filière, permet d'accueillir des personnes âgées dans les conditions correspondant à leur besoins, facilite la fluidité de parcours et permet le désengorgement des services (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, MUP, services de spécialité). Cette réponse doit cependant être ajustée finement eu égard au volume de population concernée (quel serait le point d'équilibre de ce service ?). La constitution éventuelle d'un court séjour gériatrique doit s'envisager comme la constitution d'un point d'appui de référence pour l'ensemble des services et la matérialisation des ambitions gérontologiques de l'hôpital⁶³.

- **HAD-SSIAD**

Le HAD offre une prestation de service de niveau hospitalier à domicile mais dans un cadre réglementaire plus contraint que celui du SSIAD, caractérisé par une vraie souplesse d'emploi. Les capacités d'accueil du HAD qui travaille avec un réseau infirmier libéral sont de plus de 200 patients en 2015 (90% de personnes âgées), là où le SSIAD accompagne 30 personnes âgées. L'un comme l'autre permettent une véritable interface hôpital-ville. Ils agissent comme un avant-poste, permettant un élargissement du segment du parcours de santé de l'hôpital vers l'amont et vers l'aval. Cette configuration optimise les possibilités de coordination et de suivi des personnes.

- **Hôpital SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) Fernande Berger**

La caractéristique du SSR est la durée du séjour qui oscille entre trois semaines et quelques mois. Cet établissement est à l'articulation de l'hôpital et du lieu ou futur lieu de résidence du patient. Cette durée de séjour doit permettre un accompagnement qui peut s'articuler autour d'un projet personnalisé même succinctement formalisé.

Les capacités et modalités d'accueil à Fernande Berger offrent un véritable répit pour les personnes eu égard à la qualité des équipes soignantes et à l'implantation de l'établissement. Les travaux en cours doivent permettre d'améliorer la qualité d'hébergement et donc d'accueil. Ainsi la construction d'un ascenseur pouvant accepter des personnes allongées devrait renforcer son accessibilité.

Pour les résidents dont la durée de séjour est plus importante, Il paraît important de promouvoir un accompagnement qui valorise davantage l'autonomisation et la stimulation

⁶³ Ce court séjour afficherait de façon manifeste le positionnement de l'hôpital en matière d'accueil des personnes âgées, créant de facto un appel d'air pour cette catégorie de population.

(animation type EHPAD), éventuellement dans une dynamique de partenariat (la résidence Notre Dame est à quelques centaines de mètres). Enfin un SSR dédié à la gérontologie n'est-il pas envisageable dans le cadre de la mise en place d'une filière spécifique ?

Je fais porter l'effort sur le réajustement de l'offre de service et des pratiques et en priorité sur ces services pilotes. Ils détiennent les clés pour déverrouiller les cloisonnements de l'hôpital. Ils regroupent une majorité de personnes âgées. Ils sont, notamment pour le service d'accueil des urgences, l'interface principale d'entrée des personnes âgées fragilisées à l'hôpital. Ils constituent des unités relativement homogènes dont la structure est le plus souvent identique à celles des autres services. Ils doivent faire l'objet d'une coordination renforcée que ce soit pour le MUP mais surtout pour les urgences avec l'équipe mobile de gériatrie dont l'intervention la plus rapide et la mieux ciblée auprès des personnes âgées dépendantes est un enjeu primordial de fluidification de parcours. L'hôpital de soins de suite doit être aussi l'objet des attentions de la Fondation. Les moyens séjours le situent à l'interface du médico-social. Il est un lieu d'échange des pratiques professionnelles avec les EHPAD dont son offre de service se rapproche. Il est un vecteur d'acculturation du personnel sanitaire pour un accompagnement plus global des personnes, d'autant qu'il travaille en étroite collaboration avec les services de médecine et de chirurgie de l'hôpital dont il est souvent l'établissement d'aval.

Au regard de ma fonction je dégage les pistes exploratoires suivantes :

- La constitution d'une filière gériatrique qui soit l'axe de déploiement organisationnel de la culture gérontologique au sein de l'hôpital.
- La constitution de pôles d'excellence autour des services et établissements d'entrées (SAU, HAD, SSIAD) et de sortie (SSR, HAD, SSIAD).
- L'adaptation des bonnes pratiques professionnelles (formation, organisation, bientraitance...) aux autres services de l'hôpital dans un second temps

Mais nous l'avons vu, ce dispositif n'est pas autonome ni circonscrit à l'hôpital. Il s'intègre à la Fondation, en coordination étroite avec le pôle personne âgée et s'élargit au territoire. Ce lien que je développe est essentiel à l'irrigation des pratiques et de la culture hospitalière, mais aussi à la synergie des actions du groupe relayées par un réseau de proximité.

2.2.2 L'approche globale de la personne impose la pluridisciplinarité

« *L'intégrité physique ne résiste pas à la dissolution de la personnalité sociale*⁶⁴. »

Nous avons pu aborder les concepts de fragilité et d'accompagnement. Mais qui est cette personne ? La considérer dans sa globalité c'est adapter notre relation à la totalité de son être. Cette approche globale de la personne a pour origine la conception humaniste qui consiste à considérer l'homme autonome, dans son environnement, dans la prise en

⁶⁴ Claude Lévi-Strauss Anthropologie structurale (1958), ch. 9, Plon, pp. 183-184.

compte de sa subjectivité propre, et dans son processus de transformation et d'évolution. La personne est en construction permanente. Cette conception rejoint par certains aspects l'approche holistique⁶⁵ de l'individu ou ce dernier ne peut être considéré indépendamment de son environnement, de ses perceptions et de ses émotions. Il apparaît donc que la personne dans sa globalité est un être biologique, émotif, social, spirituel.

Pourquoi la personne âgée est-elle plus sensible que tout autre au maintien de cette prise en compte globale, de cet accompagnement qui préserve l'ensemble des dimensions de sa personne ?

En premier lieu, il convient de rappeler que cette fragilité ne surgit pas du jour au lendemain, la dépendance s'établissant progressivement dans la vie des personnes. Ainsi monsieur V., âgé de 82 ans, résident à La Salette Montval et brièvement hospitalisé à Saint Joseph, a-t-il vu son autonomie se restreindre à mesure de l'évolution de son parcours de vie. Des antécédents médicaux aggravés par une hygiène de vie peu préservée, la perte de son épouse, la retraite isolée à Nice, la disparition des relations sociales, la maladie, le déménagement de sa fille, l'ont contraint in fine à faire le choix de l'EHPAD, à Marseille où cette dernière habite.

De cet exemple deux observations, dont l'importance est capitale pour l'accompagnement des personnes âgées, soulignées notamment dans le rapport Aquino peuvent être aussi déclinées :

- « *La fragilité est potentialisée par une vulnérabilité sociale* »⁶⁶. Ainsi les déficiences physiologiques sont accentuées par les déséquilibres psycho-sociaux-environnementaux des personnes âgées ;
- Les personnes âgées ne sont pas égales face aux risques de perte d'autonomie et « *les causes sont multiples qu'elles soient médicales ou socio-économiques.* »⁶⁷

En conséquence l'hôpital doit pouvoir répondre à des exigences multiples et contradictoires. La première est la prise en charge médicale de la poly-pathologie, c'est-à-dire la capacité à soigner « *plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et /ou psychique...* »⁶⁸. Elle implique comme nous l'avons vu, le décloisonnement des services et la mobilisation adaptée d'une prise en charge transverse.

⁶⁵ « Qui relève de l'holisme, qui s'intéresse à son objet comme constituant un tout. L'anthropologie moderne considère les divers aspects de la vie sociale comme formant un ensemble solidaire, dont les diverses parties ne peuvent se comprendre que par le tout, qui leur donne leur signification, ce qui fait qu'à l'approche analytique de l'acculturation elle substitue l'approche holistique ». Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales En ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/holistique>.

⁶⁶ Rapport Aquino: *Anticiper pour une autonomie préservée*, février 2013.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Jeandel C., (Août 2014). Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé, *Réflexions Hospitalières*.

Un grand nombre de professionnels paramédicaux sont mobilisés autour de la personne âgée. Que ce soit les kinésithérapeutes, les psychologues, les diététiciens. Plusieurs observations renvoient à la disponibilité de ce personnel. Soit que le temps para médical soit trop peu important, soit que le taux de fidélisation du personnel soit trop faible. Le constat fait au MUP notamment, pointe l'absence de kinésithérapeute le samedi matin et le changement permanent de professionnel qui limite le suivi personnalisé des patients et la cohérence de pratique du service. Autre point clé, la diététique. Ainsi, pour le diététicien de Fernande Berger, la très grande majorité des personnes âgées qui y viennent serait dénutrie. Certaines de ces personnes arrivent de l'hôpital. Ce qui souligne deux axes de progrès : développer une meilleure coordination entre professionnels d'une même spécialité, personnaliser la prise en charge.

Le rapport particulier d'expertise qu'entretiennent les médecins avec le patient, à savoir la technicité de soin, est renforcé par la position singulière qu'ils occupent. A saint Joseph, pour des raisons statutaires, les médecins spécialistes sont souvent moins impliqués dans l'organisation des services dont ils sont parfois les chefs. Et comme ailleurs, ils s'inscrivent davantage dans une relation d'expertise centrée sur la pathologie du patient que dans la globalité de sa prise en charge, assurée par le personnel paramédical. La conjonction de ces facteurs affaiblit la coordination pluridisciplinaire qui devrait prévaloir.

Dans cette indispensable prise en charge pluridisciplinaire, les soignants ont un rôle prépondérant, mais souvent vertical et centré sur les services, là où la conjugaison et la transversalité ont une part tout aussi importante. Elle existe aussi au sein de la direction des soins où le service social a un rôle essentiel. Deux missions lui sont plus particulièrement dévolues, accompagner les personnes et leur entourage, préparer la sortie et le devenir du patient. En 2014, le service social a ainsi orienté près de 3000 personnes vers les soins de suite et de réadaptation (dont une très grande majorité de personnes âgées). L'abonnement des assistantes sociales par service permet une continuité d'accompagnement des personnes. L'assistante sociale est commune au MUP et à L'EMG ce qui renforce la cohérence de suivi de la personne accueillie.

Deux limites à l'accompagnement social existent cependant:

- Il est contributif, soumis à la prescription médicale et trop souvent réduit à son rôle utilitariste, « trouver une place et libérer un lit ».
- Le signalement est trop tardif du fait de l'inadaptation des repérages de risque de perte d'autonomie des personnes dans les services.

Le service social soutient aussi les aidants familiaux. Il offre un espace de parole aux familles et la possibilité d'organiser la sortie de l'hôpital. Là aussi le recours n'est pas systématique ni suffisamment relayé par les professionnels de santé. Ce sont des points de vigilance qui me conduisent à agir pour renforcer l'autonomie du pôle social de l'hôpital.

2.2.3 Le repérage de la fragilité

Ces approches conditionnent les modalités de repérage de la dépendance qui sont emblématiques des discontinuités territoriales, inter et intra sectorielles mais aussi intra établissement.

Comme l'ensemble du secteur médicosocial, le Pôle Personne Agées utilise le référentiel permettant l'attribution de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie), la classification de la dépendance par Groupes Iso Ressource (GIR). A l'hôpital, il n'existe pas de grille d'évaluation simplifiée permettant le repérage de la fragilité spécifique de la personne âgée. L'évaluation est conduite de façon complexe, progressive et tardive. Elle intervient dans les services, en aval des urgences et souvent après la prescription d'un recours à l'EMG.

Or il m'apparaît que ce repérage est la clé de la prise en charge adaptée de la personne. L'outil de repérage doit être commun au moins à l'ensemble de l'établissement, diffusé dans les services accueillant des personnes âgées, convergent avec ceux du territoire et du secteur médicosocial, partagé c'est-à-dire intégré dans un système d'information, DOPASOIN en déploiement à l'hôpital. Par ailleurs la grille doit être ergonomique (renseignée en moins de 10mn idéalement sur un outil mobile - tablette, smartphone). Enfin elle doit être utilisable par l'ensemble des acteurs hospitaliers (à commencer par les aides-soignants, les infirmiers, les assistantes sociales). Outil d'alerte et d'aide à la décision du personnel hospitalier au contact de la personne, elle permet la mobilisation des spécialistes (kinésithérapeute, psychologue, diététicien, assistante sociale) et le recours à la consultation gériatrique.

Ce document spécifique n'existe pas à Saint Joseph. Mais deux moyens permettent sa mise en place rapide : le logiciel métier DOPASOIN par le biais du dossier patient et sa fiche de synthèse de soins infirmier, ergonomique et adaptable, l'équipe mobile de gériatrie sensibilisée à l'utilisation de la grille TRST⁶⁹. Je me saisis de ces deux leviers qui permettent d'anticiper et de coordonner la détection de la fragilité.

2.3 L'approche hétérogène de la personne âgée dans le réseau

Mais si les valeurs de la Fondation animent une expérience professionnelle solide dans la prise en charge de personnes âgées, elles ne suffisent cependant pas à dépasser les cloisonnements sectoriels, inter-établissements et interservices sur lesquels bloque la dynamique de parcours. La durée et la finalité du séjour à l'hôpital diffèrent de celle des ESMS, elles influent à Saint Joseph sur les modalités de prise en charge des personnes.

⁶⁹ Triage Risk Screening Tool « Ce test évalue 5 dimensions dont les troubles cognitifs, les troubles de la marche ou chutes récentes, la poly médication, les antécédents d'hospitalisation et une 5e dimension comprenant plusieurs items dont les problématiques sociales et la perte d'autonomie. » Société française de gériatrie et de gérontologie, *repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles*, livre blanc 2015.

Alors que la synergie de groupe butte sur des discontinuités matérielles et culturelles, le défaut de partenariats solides et de coordination inhibe les potentialités du réseau.

2.3.1 De la fragmentation du temps à celle de l'approche de la personne

Les segments temporels différents dans lesquels s'inscrivent les professionnels de santé des secteurs sanitaires et médico sociaux expliquent les différences de modalité de prise en charge. Mais ils déterminent aussi parfois le rapport des soignants à la personne dans une simplification réductrice des pratiques professionnelles. Or l'accompagnement n'est pas seulement une question de durée mais de qualité de temps passé.

La durée moyenne de séjour d'une personne de plus de 75 ans à L'hôpital Saint Joseph est ainsi de 4 jours et demi⁷⁰. En EHPAD elle est proche des 4 ans. A l'hôpital tout converge vers la volonté de réduction de la durée moyenne de séjour (DMS). Tout d'abord le rapport aux coûts dans le cadre de la tarification à l'acte impose cette réduction du temps d'hospitalisation. Plus le taux de rotation des patients est élevé plus les actes sont rentables. Ce qui rejoint le désir le plus souvent exprimé par la personne, du retour rapide à son lieu de vie. Il est dans l'intérêt même du patient âgé dont le déclin fonctionnel et cognitif parfois très rapide augmente à mesure que le séjour s'allonge⁷¹. Il est évident qu'à l'hôpital, les délais doivent être réduits et le temps passé axé sur les soins. En phase aiguë, l'intervention prime sur la prise en charge globale de la personne, le soin est celui de la pathologie, de « l'organe qui dysfonctionne ». Or le séjour à l'hôpital ne se résume pas à la seule mobilisation des équipes médicales, même en phase aiguë. Un ensemble d'intervenants est impliqué dès l'admission (voire avant) autour de la personne, sans parler des soignants, ce sont les brancardiers, le personnel administratif d'accueil, les agents de service hospitalier, les assistantes sociales. Outre la bienveillance par et dans le soin, la qualité d'accompagnement doit et peut aussi se déployer dans le temps court de l'hospitalisation.

Un autre exemple de rapport au temps est celui qui concerne le court séjour. La durée de séjour au SSR Fernande Berger de Saint Joseph oscille entre trois semaines et quelques mois (trois mois en théorie, sans compter les ré-hospitalisations). Cet établissement est à l'articulation de l'hôpital et du lieu ou futur lieu de résidence de la personne. Pour les résidents dont la durée de séjour est plus importante, Il paraît important de promouvoir un accompagnement qui valorise davantage l'autonomisation et la stimulation (animation, sollicitations psycho sensorielle ou psycho affective...). Si le rapport au temps est différent de l'hôpital, pourquoi celui du rapport à la personne reste t'il le même? Pourquoi la prise en charge reste-elle centrée sur le soin ? Certes les pathologies y sont encore lourdes et le

⁷⁰ Données PMSI 2014 HSJ.

⁷¹ Un séjour à l'hôpital même court (plus d'une nuit) provoque souvent désorientation chez un patient âgé et perte de facultés cognitives

séjour est parfois entrecoupé de phases de ré-hospitalisation. Néanmoins toute la dynamique d'accompagnement qui se déploie en EHPAD est absente, le projet de soin est médico centré, il n'existe pas de personnalisation de l'accompagnement pour ces personnes âgées qui constituent 75% des personnes accueillies. Souvent très dépendantes elles ne sont cependant pas dans un rapport aux soins aussi prégnant qu'à l'hôpital. Les journées sont souvent faites d'attente dans un cadre certes plaisant mais dé sociabilisant.

En EHPAD le séjour de la personne s'inscrit dans le long terme. Le centre de gravité de la prise en charge est l'accompagnement personnalisé et non le soin, même si la résidence Notre Dame et la maison de la Salette Montval sont fortement médicalisées avec un GMP de 732 et de 723. Si le temps passé dans les maisons de retraite se rapproche de la « normalité de vie » de la personne âgée, il est comme ailleurs, rythmé par les activités, les repas les soins, la toilette. Il est à noter que les soignants hospitaliers ou médico-sociaux rencontrent les mêmes problématiques de rapport au temps, il n'est qu'à en juger par le temps consacré à la toilette des personnes. Les entretiens que j'ai eu avec les aides-soignantes de l'hôpital (MUP) et celles de la Salette Montval soulignent toujours ces difficultés de réaliser toutes les tâches qui leurs sont imparties : les toilettes rythment leur service et sont l'unité de mesure du travail accompli. Or l'aide-soignante perdra souvent plus de temps à assister la personne dans sa toilette qu'à la faire à sa place alors qu'elle y arrive encore. L'optimisation de ce temps « périphérique » concourt à la mise en place de pratiques professionnelles bientraitantes. C'est donc sur cette dimension culturelle essentielle qu'il convient d'interroger les habitudes professionnelles en vigueur à l'hôpital et au SSR notamment. Il faut relever que la dynamique d'efficacité prend souvent le pas sur celle d'autonomisation.

En somme, les segments temporels où le soignant exerce le cœur de son métier diffèrent entre l'hôpital Saint Joseph, Fernande Berger, les EHPAD ou les équipes qui interviennent à domicile. Mais si les contraintes de temps imposent l'efficience dans le traitement de la pathologie, la spécificité de la personne âgée requiert le temps nécessaire à sa considération globale.

Nous l'avons vu, le temps relativement court passé à l'hôpital, ménage cependant un certain nombre de temps d'attente. Or l'hospitalisation des personnes âgées conduit à des choix qui décident souvent des bifurcations de leur parcours de vie. Ce temps est trop peu souvent mis à profit pour poser les conditions de stabilisation d'une période qui induit souvent un changement de situation radical en sortie d'établissement : accompagnement à domicile, entrée en institution (SSR ou EHPAD). Cette rupture peut aussi être décalée à la sortie du SSR. Ainsi le retour à domicile, envisagé dans un premier temps, peut s'avérer irréaliste. Un effort d'aide aux usagers et à leurs aidants doit être conduit pour analyser

conjointement la situation, objectiver les solutions potentielles en dédramatisant le recours à l'EHPAD qui apparaît trop souvent comme un repoussoir.

A l'hôpital, plus qu'ailleurs, l'optimisation du temps passé doit donc favoriser l'anticipation. Or la mobilisation des différents acteurs et notamment des services sociaux de l'hôpital est trop souvent périphérique voire décalée. L'intervention sociale vient après le soin et non pas dès l'admission et avec les équipes soignantes. Une seule assistante sociale est positionnée sur l'EMG, le MUP, les urgences, services qui concentrent l'activité gériatologique de l'hôpital. A Fernande Berger où son rôle est prééminent dans l'accompagnement vers l'après hospitalisation, elle ne tient qu'une demi-journée de permanence hebdomadaire. D'ailleurs l'intervention de l'assistante sociale s'opère sur prescription médicale. Or la réorientation fréquente du projet de vie est un travail matériellement et psychologiquement complexe qui doit être systématiquement entrepris avec la personne âgée et ses aidants dès son arrivée à l'hôpital. Quand c'est possible (hospitalisation programmée) il doit être anticipé dans une coordination toujours difficile à établir avec la médecine de ville ou les établissements d'origine.

Le rapport au temps est davantage contraint à l'hôpital et limite naturellement l'approche globale de la personne. Cependant il peut enfermer le soignant dans un prisme déformant dont il a du mal à se départir pour considérer qu'il est aussi essentiel de mettre à profit le temps disponible pour accompagner la personne dans son parcours.

Je coordonne l'action des acteurs pour promouvoir la pluridisciplinarité des interventions, favoriser l'anticipation et la communication auprès des personnes et de leurs aidants. Je m'assure de cette considération globale de la personne âgée en infléchissant la formation du personnel vers une approche psychocorporelle et en le questionnant dans son rapport à la bientraitance (questionnaire d'auto évaluation par exemple.) L'utilisation de relais est indispensable, la direction des soins est un rouage essentiel, mais dans le réseau, les médecins gériatres ont aussi un rôle prééminent. La nécessité de développer ou de recentrer les compétences doit être prise en compte dans une formation renforcée que peut proposer le réseau. Ce sont autant d'axes de vigilance que je défends auprès de la présidence et des institutionnels de l'hôpital. Ils sont fondateurs de la politique des ressources humaines qui accompagne la mise en place du plan d'action.

2.3.2 Les discontinuités matérielles et culturelles entre établissements du groupe et inter-service

Les échanges entre l'hôpital, le SSR et les EHPAD du groupe sont de même nature et de même intensité⁷² que ceux noués avec les autres établissements du territoire. Ils s'opèrent dans le cadre de partenariats (intervention du HAD ou de l'équipe mobile de gériatrie ou de

⁷² En 2015, sur les 35 interventions du HAD en EHPAD, 3 ont eu lieu à la Salette, 6 à la Résidence Notre Dame. Sur 61 hospitalisations de résidents de la Salette, 30 ont eu lieu à Saint Joseph.

soins palliatifs) recherches de places de SSR (coordination des sorties de l'hôpital dont l'accueil des patients est facilité à Fernande Berger). Souvent réduit à une juxtaposition d'opérateurs et reposant sur la qualité de relations personnalisées, ils ne sont pas soutenus par une politique de coordination dans une visée commune.

Au sein du groupe, nous l'avons évoqué, les logiques de gouvernance associative qui entrent cependant en convergence avec la création du Pôle Personnes Agées sont une des raisons de ce développement séparé quand bien même il s'opère au sein du même groupe. La constitution de ce pôle est donc une première étape de mise en convergences des associations gestionnaires d'EHPAD.

Mais cette méconnaissance inter structures est davantage marquée entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux. La coordination effective de parcours n'existe pas au-delà de quelques opportunités conjoncturelles et conventionnements en vigueur. C'est notamment le cas avec la résidence Notre Dame dont le « plan bleu⁷³ » s'inscrit dans une volonté de coordination préférentielle avec l'hôpital Saint Joseph. Mais les échanges au niveau opérationnel, voire même la connaissance de l'existence des autres structures de la Fondation fait défaut. Ainsi, les directeurs des EHPAD marseillais de la Fondation ne connaissaient pas le SSR Fernande Berger. Au niveau des équipes paramédicales voire médicales, le constat est identique. Les raisons en sont multiples. Outre les éléments culturels évoqués plus haut, l'intérêt de cette coordination pour les opérationnels n'est pas manifeste de prime abord. Les habitudes de travail en réseau de proximité, dans son secteur et son service, avec les intervenants habituels conditionnent l'organisation des parcours et des échanges et inhibe tout changement de référentiel. Il existe cependant des passerelles qui montrent a contrario le potentiel d'une mobilité inter-établissement : le médecin coordonnateur de la Salette Montval est gériatre au sein du service de médecine polyvalente. Celui de la résidence Notre Dame a exercé plusieurs années à Fernande Berger.

Les défauts de communication sont aussi l'une des causes de rupture intra-hospitalière du parcours des personnes âgées. Madame Y, assistante sociale auprès de l'équipe mobile de gériatrie, lors d'un entretien conduit dans le cadre du projet, s'élevait contre la contrainte d'un accueil des patients à Fernande Berger prétendument limité au jeudi. Une de ses premières tâches étant le placement en sortie d'hospitalisation elle évitait donc toute orientation dans le SSR du groupe. Cette allégation vérifiée, qui s'est révélée fautive et relève d'un manque de coordination évident allongeait les durées de séjour des personnes âgées au sein des services.

⁷³ Plan établi par ESMS permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature (canicule, épidémie...).

Ces ruptures sont aussi dues aux défauts d'interopérabilité des systèmes d'information. Il existe ainsi un grand nombre de systèmes d'information et autant de ruptures numériques. Jusqu'à l'arrivée prochaine de DOPASOIN⁷⁴, ni le SSIAD, ni Fernande Berger, n'étaient concernés par ACTIPIDOS logiciel métier de l'hôpital. La multiplicité des progiciels accroît, dans le meilleur des cas, la multiplication des passerelles, la double saisie ou la rupture numérique. Cette rupture numérique est d'autant plus présente en dehors de l'hôpital. Les évaluations de l'EMG en sortie de patients sont transmises sous dossier papier notamment pour les pensionnaires d'EHPAD.

Enfin certains logiciels de partage de l'offre ou répertoire des ressources de places disponibles en sortie d'hospitalisation sont indispensables pour le placement en SSR et font en revanche défaut pour les EHPAD. Il s'agit par exemple du ROR SSR (Répertoire Opérationnel des Ressources, déployé sur la région PACA) réparti dans l'ensemble des services. Si un certain nombre de services l'utilise à l'hôpital, près de la moitié continue à envoyer des fax pour un triple inconvénient : le manque de clarté de ces documents, l'absence de synergie pluridisciplinaire, le défaut de partage des informations.

Le cloisonnement, le travail centré sur le service, la méconnaissance des synergies potentielles sont tout à fait banales aux échelons opérationnels ou de mise en œuvre. Il est cependant d'une grande importance que par la « méta-position » de la direction de réseau, j'incite à une véritable connaissance réciproque des structures et à une mixité des cultures en m'appuyant d'abord sur les établissements de la Fondation qui offrent souplesse organisationnelle et appui sur un socle de valeur commun. Néanmoins l'idée de parcours entre les établissements de la Fondation ne doit pas être démesurément ambitieuse. Il ne s'agit pas non plus de travailler en vase clos avec des circuits préférentiels et des passes droits relatifs aux orientations d'entrée et de sortie, mais de stabiliser sur un segment d'excellence le parcours des personnes. Pour moi, cet axe stratégique est majeur, il est constitutif de la structuration du réseau.

2.3.3 Les ruptures entre l'hôpital et ses partenaires de santé du territoire

Le manque de lisibilité de l'offre et le recours inapproprié à l'hospitalisation, les ruptures dans la transmission des informations, la difficulté d'anticiper les situations d'urgence en assurant la continuité d'approche de la personne âgée sont des constats communs à la Fondation et au territoire. Et les solutions qui peuvent y être apportées sont des puissants leviers de structuration interne.

A 10h00 aux urgences de l'hôpital j'observe l'organisation du service et l'accueil des personnes âgées dans le cadre de la mise en place du projet « PSPA ». Guidé par une infirmière du service, j'aperçois un homme de plus de 80 ans allongé en salle de

⁷⁴ DOPASOINS, ACTIPIDOS, logiciel métier hospitalier.

déchoquage. Entré à minuit la veille, revêtu d'un seul drap il est sur le dos depuis plus de 10 heures. Lucide mais souffrant, particulièrement agacé, il attend d'être descendu en radiologie. 10 minutes plus tard, le portable de l'infirmière sonne, et je comprends à la conversation qu'il s'agit de l'infirmier qui le suit à domicile, ancien du service (ce qui a sûrement facilité la prise de contact), il transmet un certain nombre de données manquantes. Son patient souffre d'une fracture de vertèbre pour laquelle il est déjà suivi, le malaise de la veille est probablement dû à ce traitement, et il ne faut pas l'allonger sur le dos. De l'appel aux pompiers à sa prise en charge à l'hôpital, le cas de cette personne est emblématique de toutes les ruptures d'accompagnement sur le secteur aval...absence d'aidant, défaut de transmission des informations (concernant la personne et son environnement humain), hospitalisation inappropriée, attente injustifiable...

- Les centres de coordination gérontologique et réseaux divers

Si les relations avec le territoire existent, les marges de progrès en matière de coordination sont encore très importantes. Le parcours de santé des personnes âgées qui se met en place à la Fondation doit être relié aux projets du territoire qui sont assez avancés à Marseille. Cette intégration conditionne directement la constitution et la cohérence du réseau. En effet il en accélère la structuration.

Nous avons pu voir que la principale dynamique de coordination des différents réseaux et acteurs de la gérontologie Marseillaise reposait sur le GCS PGAM dont les différents collègues intègrent pour la Fondation, au côté du directeur de réseau, un représentant de la Fondation, les deux directeurs d'EHPAD, et pour l'hôpital le chef de service Gériatrie.

Néanmoins la perspective d'ancrage la plus significative pour le réseau de St Joseph est le projet « *filière de soins* ». Porté par 9 ARS pour organiser les filières de santé sur plusieurs territoires son objectif est de permettre une meilleure articulation des professionnels autour d'une problématique de santé. Le projet se découpe en une phase d'analyse, d'implémentation des dispositifs puis d'évaluation socio-économique. Il repose sur une approche spécifique dont les caractéristiques principales sont l'accompagnement de l'ANAP sur un temps court, la mise en œuvre très rapide, la démarche fédérative des différents acteurs pour co-construire des dispositifs innovants, fondés sur les nouvelles technologies de l'information.

Plusieurs dispositifs coexistent autour du parcours de santé des personnes âgées, L'ARS PACA, les acteurs territoriaux et les réseaux de santé de l'agglomération marseillaise ont préféré le dispositif filière de soins « personnes âgées » au PAERPA. Ni l'hôpital, ni la Fondation n'ont participé à ce projet. Or l'opportunité de le rejoindre de façon active, alors qu'il entre dans sa phase de déploiement par le biais de groupes d'utilisateurs (phase 2 au 30 mars 2016), me semble devoir être saisie dès à présent. En effet la démarche offre l'avantage d'être pragmatique, conduite et appuyée par le département (conseil

départemental et Centre Gérontologique Départemental - CGD), l'ARS et l'ANAP. Ce qui manifeste une volonté de concentrer les efforts et les moyens et donc d'aboutir fin juin 2016 à un dispositif pérenne et global aux modalités d'organisation duquel il est utile de pouvoir contribuer. Lancé en 2015 auprès de 500 professionnels le projet s'est concrétisé par la création d'outils informatisés définis depuis l'été 2015 par trois groupes de travail principaux (axes 1, 2, 3).

Axe 1 : Clarifier la lisibilité de l'offre sanitaire et médico-sociale

Un site internet destiné aux professionnels (médecins, paramédicaux, sociaux) organise l'accès à l'information (activation de liens vers les différents sites) en fonction des besoins opérationnels des acteurs autour de 6 thèmes : Sortie d'hospitalisation, maintien à domicile, maltraitance, aide aux aidants, évaluation des besoins, recherche par structure. Il sera pleinement fonctionnel en juin.

Axe 2 Assurer la continuité informationnelle, partage d'information entre professionnels.

Créer un répertoire partagé de l'ensemble des patients ou usagers de plus de 75 ans qui ont eu accès à une prestation de santé. Chaque professionnel de santé ajoute à une base de donnée commune les éléments administratifs et d'environnement du patient ou de la personne accueillie et ne relevant pas du secret professionnel ou médical. Ces données sont automatiquement relevées dans les logiciels métier grâce à un outil d'interfaçage développé gratuitement par ORU PACA (Observatoire Régional des Urgences PACA). Ce qui permet d'éviter toute double saisie et de transmettre de façon commandée les données des personnes qui l'acceptent.

Axe 3 Anticiper les situations d'urgence

Les intervenants à domicile (médecins, paramédicaux, SAAD) repèrent et transmettent les situations de fragilité d'une personne âgée, pour anticiper la dégradation de la situation (fragilité, rechute, déstabilisation des aidants) qui conduit aux urgences et limiter le taux de ré-hospitalisation. Ils s'appuient pour cela sur deux documents : une grille de repérage commune aux intervenants, un modèle de grille d'évaluation en sortie d'hospitalisation. Ces données sécurisées sont partagées par smartphone.

- Les acteurs de santé de l'agglomération marseillaise

L'hôpital est étroitement imbriqué dans la ville. D'autant que sa dimension privée laisse la place à une très grande majorité de praticiens spécialistes mais libéraux qui drainent à l'hôpital une clientèle de ville importante. Les passerelles avec le territoire sont donc nombreuses. Dans le cadre de l'intervention programmée, c'est-à-dire coordonnée par la personne, la famille, le médecin traitant et l'ensemble des intervenants de santé, l'intégration amont de l'hôpital se déroule sans difficultés majeures. Il en est souvent de même pour l'ensemble des modalités d'organisation des séjours. L'accompagnement

amont de la personne âgée dont l'hospitalisation est programmée est donc plus fluide, mieux organisée et les orientations de sortie d'hospitalisations mieux anticipées. Ces cas plus favorables n'augurent cependant pas des difficultés qui peuvent survenir. Mais les personnes âgées les plus vulnérables sont celles qui entrent de façon non programmée, par le biais des urgences. Pour les personnes entrant aux urgences à Saint Joseph, le taux de mortalité en sortie d'hospitalisation est ainsi plus de deux fois supérieur (7% contre 3%), celui du recours au SSR passant de 14 à 26%.

Le point faible du parcours et pour lequel l'HSJ dispose d'une capacité d'action limitée reste la médecine de ville, principal pourvoyeur de l'hôpital. La coordination passe ici par la mise en œuvre d'une politique territoriale du type « Filière de soins » dans laquelle le groupe puisse s'inscrire. La difficulté réside dans la transmission d'un dossier médical partagé par l'ensemble des opérateurs de santé autour de la personne dont le médecin traitant est le coordonnateur. Ce dossier idéalement défini dans le projet PAERPA est le Plan Personnalisé de Santé dont la mise en œuvre est complexe car tributaire de l'adhésion des professionnels au projet⁷⁵, de la confidentialité des données de santé en dépit des dernières évolutions⁷⁶, et des limites techniques de la mise en place des outils (transmission des informations, progiciels...). Les principaux leviers d'intégration de l'hôpital sont les HAD et SSIAD Saint Joseph principalement centrés sur les arrondissements de proximité, en matière de repérage et de coordination. Dans ce domaine, l'appui sur une coordination efficace opérée par les réseaux du territoire est donc indispensable.

S'il n'existe pas de convention avec les EHPAD du territoire, en revanche, ces derniers sont des partenaires majeurs et mobilisables. Plus de 90 EHPAD sont répertoriés dans l'agglomération Marseillaise dont 25 sont dans les arrondissements de proximité (6^e, 7^e, 8^e, 9^e) de l'hôpital. Ils représentent près du 1/3 des entrées non programmées à l'hôpital.

« Les principaux motifs d'hospitalisations non programmées en EHPAD sont les chutes (un tiers dont la moitié avec fractures) et les décompensations cardio-pulmonaires (30 %) suivi par les problèmes uro-digestifs et neuro-vasculaires et les troubles du comportement. La décision d'hospitalisation est médicale à 80 % dont un quart sur avis téléphonique. Les décisions de transfert en service d'urgence des résidents des NH sont souvent complexes et influencées par des considérations parfois indépendantes des bénéfices attendus pour le résident. Ces considérations peuvent être une attente de meilleurs résultats cliniques ou de qualité de vie pour le résident, mais aussi : un manque de ressources de la résidence,

⁷⁵ L'UNPS (union nationale des professionnels de santé) a annoncé son retrait du COPIL PAERPA le 10 février dernier.

⁷⁶ Le décret du 2 décembre 2013 instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à échanger des informations sur la personne âgée, avec son consentement, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes à la prise en charge de la personne.

un manque de confiance dans les soins fournis par la résidence, un planning ou une coordination des soins inadéquats, des préférences contradictoires des parties prenantes ou des raisons juridiques avec la peur des litiges.»⁷⁷

S'il n'est pas possible d'influer sur le recours aux hospitalisations évitables et non programmées, en revanche il semble tout à fait réalisable d'infléchir le recours abusif aux urgences en posant d'abord une offre de service adaptée, en informant sur les modalités d'organisation de la filière gériatrique de l'hôpital et en contractualisant avec les établissements dans une dynamique vertueuse qui place réellement la personne âgée au centre des dispositifs mis en œuvre à son service.

Structurer un réseau de santé depuis la Fondation c'est s'appuyer sur les dispositifs existants d'autant plus qu'ils semblent répondre de façon pragmatique aux attentes de la population et des professionnels de santé. Déployés rapidement et sans expérimentation démobilisatrice, je mobilise la Fondation parfois circonspecte dans ses partenariats autour du bienfondé de ces vecteurs de structuration. Le second axe est celui de la reconnaissance des acteurs gérontologiques du territoire et notamment la contractualisation avec les EHPAD de proximité, outil précieux pour opérationnaliser l'offre de service.

2.3.4 Problématique

Je ne peux pas opposer Hôpital et Fondation Saint Joseph. Tout au long de ces premières parties j'ai cependant mis en exergue certaines tensions, le territoire local marseillais de l'hôpital contre l'implantation régionale voir nationale de la Fondation, le champ sanitaire de l'hôpital, alors que la vocation de la Fondation est médico-sociale voire sociale. Les « petites structures » médicosociales de la Fondation, contre l'acteur sanitaire prédominant qu'est l'hôpital, mais aussi, la réglementation, le rapport au temps, aux soins, à la personne, à la notion de prise en charge ou d'accompagnement sont autant de lignes de failles. Nous avons aussi vu la tentation pour l'hôpital de s'ériger en « forteresse » et pour le groupe de n'être qu'une juxtaposition de compétences. Nous nous sommes posé la question de l'intérêt pour la Fondation de la mise en œuvre d'une continuité de prise en charge entre HAD, SSIAD, hôpital, SSR, EHPAD du groupe et nous avons vu qu'il n'était pas manifeste. Il est aussi clair que le fonctionnement de la gérontologie marseillaise a pu se passer d'une coopération renforcée avec l'hôpital Saint Joseph, les réseaux institutionnels et le GCS PGAM qui les associe n'ayant pas attendu la Fondation pour promouvoir les parcours. Mais la question qui mérite d'être posée est « que peut-on ou que devons-nous offrir aux besoins et attentes des personnes âgées ? » La réponse, est celle de l'abbé Fouque « Tout

⁷⁷ Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads » Note HAS - Point clé organisation des parcours. Juillet 2015.

est possible à celui qui croit ». Il ne s'agit pas pour moi d'entrer dans la dimension métaphysique de cette devise de la Fondation qui pourtant est bien réelle. Mais seulement de revenir sur le dénominateur commun qui réunit le groupe Saint Joseph, les valeurs ne sont pas là pour être affichées, mais vécues. Et elles s'incarnent dans l'action au service des plus fragiles en revoyant si nécessaire pratiques et organisation.

Or nous l'avons vu, l'hôpital est le lieu décisif où la Fondation peut agir au profit des personnes âgées. L'hospitalisation ouvre au patient âgé une période d'autant plus critique qu'elle s'opère en rupture (maladie, accident, dépendance) avec son environnement (habitudes de vie, logement, relations...) et qu'elle aboutit souvent à une impasse (perte d'autonomie, sortie d'hospitalisation inadaptée, réhospitalisation, décès). Or c'est paradoxalement la période qui devrait lui permettre de se reconstruire, puisque l'hôpital concentre une somme d'expertise et de moyens considérables que ce soit en personnels spécialisés (médecins, paramédicaux, service sociaux...) ou en matériels et infrastructures performants.

Ce projet que je porte vise à structurer une organisation et en l'occurrence un réseau au service du parcours de santé des personnes âgées hospitalisées. Il s'agit donc :

Quoi

- De mettre au travail l'expertise gérontologique et les leviers de décloisonnement et de continuité qu'offre la Fondation ;
- de coordonner la continuité de prise en charge avec les acteurs gérontologiques de proximité de l'hôpital (maisons de retraites, professionnels) ;
- de s'intégrer aux réseaux gérontologiques de Marseille pour promouvoir les compatibilités, interactions et échanges avec les acteurs du territoire.

Comment

- En faisant porter l'effort sur la fluidification des accès et sorties des services et de l'hôpital, en limitant les ruptures entre l'amont et l'aval de l'hospitalisation ;
- en articulant au mieux les services et établissements de la Fondation entre eux pour offrir une continuité de prise en charge aux personnes qui restent accueillies au sein du groupe ;
- en réinterrogeant les pratiques professionnelles dans une perspective d'accompagnement plus globale et grâce aux ressources et à l'expertise de la Fondation.

Depuis dix mois Je mets en place ce projet dont la visée initiale a été réajustée avec la présidence en fonction des conclusions du diagnostic que j'ai réalisé. Le plan d'action a rapidement été mis en œuvre autour de trois axes stratégiques : coordination, bientraitance, transversalité.

3 Réadapter le projet de vie en renforçant l'accompagnement des PA hospitalisées

Le plan d'action doit procéder d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux de la Fondation, qu'ils opèrent à la périphérie (fonctionnels administratifs) ou au cœur du métier (professionnels de santé) dans un projet dont ils sont les concepteurs mais aussi les acteurs. Il est établi autour des axes principaux dégagés du diagnostic et développés en deuxième sous-partie : Coordonner le parcours au sein de la Fondation et avec les réseaux de santé, promouvoir la bienveillance, mobiliser les services et établissements autour de la personne âgée. Pour autant, il s'agit d'abord d'impliquer les directions dans la constitution du réseau que je structure.

3.1 Consolider le réseau en identifiant et impliquant les directions

3.1.1 Associer direction et services

Le projet est à l'origine celui de la présidence (porté par le président adjoint de la Fondation), impulsé à l'ensemble du groupe par la volonté des instances de gouvernance. Il devient effectif à partir de l'officialisation que constitue mon recrutement. Il me positionne comme un nouvel acteur et me conduit pour autant à relever un double défi. C'est d'abord la clarification du mandat qui m'est imparti (annexe 1) mais aussi la légitimation de mon positionnement dans la mise en œuvre d'un projet transverse et complet, se déployant rapidement sur un groupe assez hétérogène, dans une structure qui m'est inconnue et un univers très centré sur l'hôpital. Soutenu par la présidence de la Fondation, je bénéficie dans les actions que je conduis d'une investiture qui me permet d'être identifié comme le responsable légitime de la mise en place de ce projet. Cette légitimation est essentielle. En effet, elle permet de m'identifier clairement parmi les 2500 salariés comme le futur directeur de réseau qui touche par essence de nombreux professionnels. Elle me confère d'autre part la stabilité dont j'ai besoin pour appuyer les prises de décision. Au sein de la Fondation mes stages passés m'ont permis d'établir différents contacts et de bénéficier d'a priori favorables. Ce qui n'était pas le cas à l'hôpital où mon accueil et l'identification de ma fonction auraient dû en être renforcés d'autant.

La première semaine de présence à la Fondation me permet l'ajustement du projet sur son objet, sa nature et ses limites. Mon mandat me précise la visée du projet de la présidence, à savoir la constitution d'un parcours de santé sur la Fondation. Néanmoins, les échanges avec la présidence, enrichis des premières réflexions, m'orientent rapidement vers la constitution de l'objet, support de ce parcours, le réseau qui connecte services, établissements et territoire. Au cours des premiers entretiens avec le président et la direction de l'hôpital, les instances de direction et de mise en œuvre sont définies.

A l'échelon direction/conception, je coordonne et anime le comité de pilotage (COFIL) du « parcours de santé des personnes âgées - PSPA ». Ce dernier regroupe les différents établissements et services de l'hôpital mais aussi certains acteurs clés : direction qualité et direction des soins. Il intègre aussi un correspondant du pôle personnes âgées. L'échelon exécutif ou de mise en œuvre est composé « d'équipes de progrès » articulées autour des services pilotes (MUP, EMG, SSR, Domicile) mais aussi d'anciens groupes de travail préexistants. Déjà constitués autour de la personne âgée certains sont maintenus, d'autres mis en sommeil. Ainsi le groupe de travail sur la personne âgée, permet de poursuivre les réflexions initiées et de contribuer aux travaux des équipes de progrès en alimentant un « espace de compétence » avec des personnes ressources. Il facilite la prise en compte des documents et des productions diverses mais aussi l'appropriation des projets d'établissement qui déclinent les différentes orientations de l'hôpital et du groupe. En revanche la commission gériatrique est ajournée. Son angle médical, son positionnement davantage conceptualisant et universaliste, décentrait le projet de son objectif immédiat, la mise en œuvre pragmatique, et de son centre de gravité, l'accompagnement de la personne âgée.

La réunion mensuelle du comité de pilotage que je conduis, permet de décider des orientations du projet et de les voir relayées au sein des équipes de progrès. Il existe en effet une intégration verticale des équipes dont les membres du comité de pilotage sont les correspondants (le chef de service du MUP est ainsi le chef de l'équipe de progrès du MUP). Déployées sur les services, je les constitue aussi pour œuvrer autour de thématiques transverses : équipe de progrès bien-être, formation, projet social, repérage/évaluation... Un système de reporting permet le retour mensuel des travaux des équipes et le point sur leur action de relais. Dans une première étape leur action est d'abord contributive du diagnostic qui me permet de coordonner l'élaboration du plan. Dans un second temps, elle est opérative par la mise en œuvre des différentes mesures retenues. Les adaptations ou modification du plan d'action sont l'objet d'échanges que je valide avant leur mise en œuvre.

3.1.2 Valider un diagnostic partagé, réajuster la visée

Pour la présidence du groupe de travail, la direction de l'hôpital et ses acteurs clés (direction des soins, équipe mobile de gériatrie, chef de service des urgences et de la médecine d'urgence polyvalente, direction de la qualité de l'hôpital) le diagnostic que je veux établir semble aller de lui-même. Même si ces acteurs connaissent la Fondation et l'hôpital, ils en ont pour autant une vision parcellaire qui limite la définition de la problématique. Nous avons vu que la visée en première approche a été établie par la présidence et que l'analyse que je conduis revisite les premières conclusions et réajuste la visée. D'hospitalo-centrée, la problématique s'est élargie aux limites de la Fondation pour se raccorder au territoire.

Pour organiser un diagnostic cohérent, je m'appuie sur les récents guides de l'ANAP : « Construire un parcours de santé pour les personnes âgées »⁷⁸. Conformément aux étapes indiquées, cette phase de diagnostic s'étend de décembre à mi-mars. Elle s'articule autour des étapes suivantes : Réaliser la cartographie de la population, du territoire et de l'offre de santé, puis identifier les flux de personnes (entrées, mouvement, sortie des personnes âgées au sein du groupe) et enfin modéliser les parcours (patients traceurs, parcours types). La deuxième étape consiste à étudier les parcours cibles, c'est à dire à entrer dans une démarche de benchmarking (de comparaison à d'autres organisations) et d'ouverture au réseau et aux expérimentations territoriales. Cette étape permet notamment d'accéder à la définition d'une feuille de route et à la constitution du plan d'action. Entre la visée initiale destinée à orienter et fédérer les équipes et sa révision au terme de ce diagnostic un certain nombre d'adaptations sont nécessaires, elles permettent d'ajuster le projet. Deux exemples au terme de ce processus sont flagrants et m'ont permis d'affiner la visée initiale. Il s'est agi tout d'abord de réintégrer le service d'accueil des urgences dans le groupe de travail, puisqu'il m'est apparu que son rôle était central. Mais j'ai pu aussi prendre en compte les avancées réalisées sur le territoire en rendant davantage visibles les organisations et la qualité de travail du GCS/GCSMS PGAM.

Pour le chef de projet dont l'objectif est la constitution d'un réseau impliquant l'ensemble des professionnels il est important de mobiliser au plus vite les équipes, les premières avancées créant les conditions du succès. J'associe immédiatement comité de pilotage et équipes de progrès, de deux façons. C'est au sein des équipes de progrès que je conduis mes premiers entretiens, même s'ils s'étendent à l'ensemble des services et établissements. Ils portent sur l'organisation, les pratiques professionnelles et le rapport aux personnes âgées. Les dizaines d'entretiens que je poursuis me permettent de décrypter plus en profondeur le fonctionnement des structures et alimentent les réflexions qui fondent mon analyse. Simultanément, la reprise des conclusions du groupe de travail préexistant autour de deux sujets, la bientraitance, et le repérage de la dépendance, me permettent aussi de mobiliser le COPIL par une réflexion transverse aux services et établissements. Concrètement, dès avant la mise en place du plan d'action, les réflexions conduites par les équipes autour de leurs pratiques permettent d'ébaucher certaines réponses organisationnelles. Elles débouchent aussi sur la mise en place de moyens à la nécessité avérée.

Etonnamment la collecte des données quantitatives s'avère beaucoup plus difficile et moins objective. Je m'adresse en effet au département d'information médicale (DIM) dont l'expertise de codification destinée à la tarification à l'acte alimenterait les indicateurs

⁷⁸ ANAP Approche territoriale : filières de soins, enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé, décembre 2015.

nécessaires (mode et type de prise en charge, flux entre et dans les services...). S'il n'y a pas de difficulté pour connaître les durées de séjour des personnes ni le nombre d'entrée dans un service spécifique, il est beaucoup plus compliqué de tracer le parcours interservices d'une personne (entrée par les urgences, séjour au MUP, puis en cardio) et inter établissement (nombre d'entrée aux urgences et par EHPAD d'origine par exemple). L'analyse des flux s'en trouve donc particulièrement compliquée mais renforce paradoxalement le travail des équipes de progrès. La collecte s'effectue au sein des services ou des établissements : j'obtiens ainsi par le biais du rapport d'activité médicale de la Salette Montval le nombre de résident accueillis à l'hôpital Saint Joseph, ou par le suivi opéré au sein du MUP le nombre d'hospitalisations indésirables. Ce problème est symptomatique de l'hôpital. Autant les outils statistiques sont multiples et performants pour appuyer qualité et tarification, autant un changement d'angle, à savoir le tracé du parcours de la personne dans la structure est difficile à modéliser.

Le diagnostic est validé par la présidence en février 2016 et il permet d'ouvrir les trois axes stratégiques en ajustant les champs du projet aux dimensions mises en évidence. Elles englobent légitimement La Fondation, mais aussi les établissements de proximité, les professionnels du territoire et les réseaux gérontologiques marseillais. En somme le projet de parcours qui devait initialement se déployer le long d'une filière gériatrique destinée à le stabiliser, se trouve élargi à la dimension d'un réseau à constituer en développant des actions structurantes par le biais de partenariats et d'échanges.

3.1.3 Assurer la direction médicosociale d'une problématique de santé

Du diagnostic au plan d'action, l'élargissement du champ.

Le plan d'action est décliné autour des trois axes stratégiques présentés ci-après. Ils sont détaillés en objectifs puis en actions. Repris en comité de pilotage je le limite à une quarantaine d'actions à mener par phase, attribuées à différents chefs d'objectifs. Ils sont les chefs des services pilotes (MUP, SSR, SAU, Domicile) mais aussi les représentants de la direction de l'hôpital (direction des soins, qualité). J'assume directement les actions davantage transverses, destinées à la mise en place du réseau et l'interface avec les acteurs territoriaux. Il est un puissant relais pour l'implication de la direction de l'hôpital et de la présidence la Fondation par l'influence dont il jouit auprès des différentes instances de gouvernance auxquelles il participe. Il garantit l'impulsion nécessaire à la mise en œuvre du projet. La réalisation des actions et l'atteinte des objectifs assignés est évaluée mensuellement en réunion du COPIL (à mi-phase et à terme). Enfin les projets structurants et autonomes auxquels je participe ou que je mène directement mettent en cohérence et relancent un certain nombre d'actions. Ces projets sont par exemple la constitution d'une filière gériatrique au sein de l'hôpital, la mise en place d'un conventionnement avec l'ensemble des EHPAD abonnés à l'hôpital, la participation de la Fondation au projet de

l'ANAP « Filière de soins du territoire de Marseille », le déploiement d'un nouveau logiciel métier sur l'hôpital, la structuration du pôle personnes âgées (recrutement RH et qualité, mise en place d'une direction générale). Ils sont autant de relais transverses.

Avec la mise en place du plan le projet se concrétise. De facto, de la position de chef de projet, je passe à celle de direction d'un réseau en constitution. La gouvernance en est assurée au niveau de la Fondation par le Président adjoint. La direction de réseau que j'exerce à mesure du déploiement repose sur le comité de pilotage relayé par les équipes de progrès, la filière gériatrique en constitution, et s'adosse aux structures de l'hôpital et au Pôle Personnes Agées. J'acquiers d'autre part une position d'expertise qui se consolide par plusieurs interventions : présentation au séminaire des cadres de l'hôpital, au Bureau et au Comité Stratégique de la Fondation, participation aux réunions du GCS, de l'ANAP « filière de soins du territoire de Marseille ».

Si le relais s'opère vers les équipes de progrès par le biais des membres du comité de pilotage, deux personnes revêtent une importance particulière au sein du projet : le chef de l'équipe mobile de gériatrie tout d'abord. Par son expérience et son positionnement transverse il est un relais efficace à la mise en œuvre du projet. Sa mobilisation est renforcée par la constitution d'un service de gériatrie, future filière que le déploiement du parcours accélère : ouverture d'un hôpital de jour gériatrique, (septembre 2016) et à court terme (fin 2017) d'un court séjour de 15 lits. En conséquence, ce nouveau positionnement lui confère autorité sur les prolongements gériatriques de l'hôpital saint Joseph ; vers l'amont/aval, à savoir le HAD/SSIAD St Joseph, vers l'aval, le SSR Fernande Berger. La filière gériatrique contribue donc à cette coordination de la gériatrie depuis l'hôpital. Le chef de service de gériatrie tient une place centrale dans la direction de réseau. Un autre acteur est la direction des soins. Mon adjointe est la cadre de santé responsable du parcours patient mais aussi du groupe de travail sur la personne âgée constitué depuis le printemps 2015 et que le projet a intégré. Il est mon relais au sein de l'hôpital et fédère le travail sur les formations, l'évaluation gérontologique, la bientraitance. On le voit, ces deux catalyseurs renforcent le déploiement du projet à l'hôpital. Mais Le pôle personne âgées est l'autre point sur lequel je m'appuie. Cependant il constitue une entité structurée, homogène et dont la cohérence en fait un appui solide pour le réseau. Si certaines pratiques organisationnelles dans les échanges avec l'hôpital peuvent être améliorées, le cœur de métier qui est l'accompagnement social lui confère dans le domaine une avance sur l'hôpital. Je le considère donc davantage comme un élément stabilisateur ou un pôle ressource qui confère au projet sa profondeur stratégique et au réseau sa dimension médico-sociale. Comme directeur de réseau je place prioritairement l'effort sur l'optimisation de l'accueil des personnes âgées à l'hôpital et m'appuie pour cela sur l'expérience et les expérimentations mises en œuvre au sein des EHPAD de la Fondation et portées par les directions et associations.

3.2 Stabiliser le segment critique de l'hospitalisation en s'appuyant sur l'amont et l'aval- Structurer le réseau

L'accompagnement des personnes hospitalisées est au cœur du projet que je conduis. Le réseau que je constitue ne s'articule pas autour de l'hôpital pour satisfaire une vision hospitalo-centrée. Mais il est le lieu décisif (par le volume de personnes âgées accueillies, par le déséquilibre qu'il génère dans leur parcours de vie, par les moyens et capacités qu'il concentre) pour structurer efficacement un réseau au service des personnes. Pour cela je privilégie les trois axes suivants.

3.2.1 Coordonner le parcours au sein de la Fondation et avec les réseaux de santé

Axe stratégique 1 – Il s'agit de décloisonner l'hôpital en le connectant aux expérimentations conduites dans d'autres secteurs et portées de façon privilégiée au sein de la Fondation mais aussi par l'expérience acquise dans les différents réseaux de santé gérontologiques du territoire.

A) Connaissances réciproque des secteurs médico sociaux et sanitaires ainsi que des capacités et moyens du groupe Saint Joseph

- Echanges inter-établissements au sein de la Fondation : Tenue des comités de Pilotage au SSR Fernande Berger et en EHPAD de la Salette Montval, visite par les équipes de progrès de l'hôpital des EHPAD de La Salette Montval et de la résidence Notre Dame.

Invitation par l'association AREGE du comité de pilotage à un colloque organisé autour de la Bienveillance, la thérapie non médicamenteuse, le jardin thérapeutique, la mise en place du parcours résidentiel (voir annexe 2).

- Intervention de présentation aux séminaires cadres de l'hôpital saint Joseph sur le parcours de santé des personnes âgées, présentation aux cadres de santé de la direction des soins, aux directions et administrateurs de la Fondation lors de comités et bureaux.

- Organisation d'une conférence « adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé », intervention du Professeur Jeandel, professeur à l'université de Montpellier président du collège professionnel des gériatres français. Etaient invités les directeurs d'établissement de la Fondation et des établissements de santé de proximité (voir annexe 3).

- Par ailleurs j'utilise les moyens de communication à ma disposition en rédigeant un certain nombre d'articles publiés dans les organes de communication internes à l'hôpital (Flash Info, annexe 4), les publications de l'hôpital (Saint Jo Info annexe 5) de la Fondation (lettre aux Amis de Saint Joseph), les sites intranet et internet. Le déploiement de cette communication vise à afficher le parcours comme axe d'effort de la Fondation autant qu'à informer.

- B) Connaissance des réseaux de santé marseillais, de leur capacité, des possibilités d'échange et de complémentarité notamment dans le cadre des GCS/SMS PGAM

Ma participation aux réunions bimestrielles permet d'exercer un rôle de veille au profit de la Fondation et du pôle personnes âgées avec notamment la mise en place des dispositifs innovants par le groupement comme un rapport d'activités médicales automatisé et uniformisé, la télémédecine en EHPAD pour des consultations psychiatriques et dermatologiques, l'organisation de consultations dentaires par le déplacement d'un cabinet mobile en EHPAD. Cette veille offre le partage d'information avec les directeurs d'établissements de la Fondation ou la direction générale du Pôle Personnes Agées. Dans une dynamique plus globale elle permet d'assurer un véritable décloisonnement. Ainsi la participation au projet « Filière de soins » précédemment évoqué est un puissant vecteur de coordination que je présente à la direction de l'hôpital en plaidant pour la participation au projet en faisant effort sur le groupe 2. Ci-dessous sont repris des points évoqués auprès de la direction de l'hôpital.

Groupe 1

Le groupe de travail auquel je me suis inscrit permet de participer au « club utilisateur » qui teste le site et contribue à son amélioration. Libre d'accès Il peut être dès à présent utilisé par les professionnels de la Fondation (effort services sociaux) qui peuvent aussi me faire remonter leurs observations.

Groupe 2

L'adhésion au second groupe de travail qui relève de décisions du niveau de la direction de l'hôpital, implique la réalisation par l'ORU PACA (Observatoire Régional des Urgences PACA) de l'interfaçage du logiciel métier de l'hôpital (DOPASOIN voire PASTEL). Elle ne peut s'entreprendre qu'en liaison étroite avec les services informatiques de l'hôpital. Je propose en revanche de porter ce projet adapté à nos attentes. Je réalise une fiche de synthèse pour la direction de l'hôpital et étudie les implications du projet avec ses services informatiques.

Groupe 3

Les modalités de mise en œuvre des outils décrits me semblent plus complexes et moins abouties que celles des deux précédents. L'équipe de progrès Domicile (HAD-SSIAD) doit cependant pouvoir contribuer de façon très constructive aux travaux du groupe dans un secteur que l'hôpital couvre de façon imparfaite, celui du lien avec la ville (limiter les entrées et favoriser les sorties depuis et vers le domicile). L'équipe Domicile participe aux ateliers de façon régulière pour affiner l'outil mis en place à mesure de l'avancée des travaux (grille de repérage commune, application smartphone)

C) Favoriser la coopération matérielle et la continuité de parcours entre les établissements de la Fondation

En plus de l'hôpital, nous avons vu que trois établissements et deux services pouvaient participer à la coordination territoriale et à l'intégration « physique » du groupe au réseau qui se met en place. Il s'agit de Fernande Berger, établissement de soins de suite, des EHPAD de la Salette Montval et de la Résidence Notre Dame ainsi que du HAD et du SSIAD.

Trois exemples d'actions entreprises sont emblématiques de la structuration du réseau. J'ai d'abord fait porter l'effort sur le SSR Fernande Berger. Ce dernier, éloigné de l'hôpital (une demi-heure de trajet depuis Saint Joseph) doit faciliter l'accueil des personnes âgées en attente de sortie dans les services de médecine et chirurgie, voire d'urgences. Sans pour autant obtenir l'agrément de SSR gériatrique, chaînon aval essentiel du parcours, il augmente ses capacités d'accueil. En travaux jusqu'à la fin du printemps, il passe progressivement de 28 à 52 lits en octobre ; sont créés 4 ETP d'AS, 2 ETP d'IDE, 1 ETP d'ASH. Nommé gestionnaire de l'établissement en juin dernier je rouvre des pistes décisives pour son décloisonnement : ouverture de lits de soins palliatifs, admission le samedi matin, financement de la dimension gériatrique par l'ARS dans le cadre du passage à la tarification à l'acte.

Le deuxième exemple concerne l'expérimentation en œuvre pour l'accueil des personnes âgées en provenance des EHPAD que je présente dans le troisième axe stratégique. A cette occasion, j'ai coordonné avec le directeur d'établissement de la Salette Montval la modélisation des évolutions futures. Ainsi la convention destinée à faciliter l'accueil des personnes âgées à l'hôpital par une uniformisation de la documentation (DLU), des procédures d'accès et de retour permet d'expérimenter l'exportation du modèle et sa transposition vers le territoire de proximité. Enfin l'intégration du HAD/SSIAD au nouveau logiciel métier de l'hôpital, DOPASOIN est aussi un axe de structuration qui offre enfin le partage effectif des données des personnes en évitant les ruptures numériques et les difficultés de suivi du dossier patient. Cette action s'est opportunément conjuguée avec cette priorité de l'hôpital pour 2016. DOPASOIN sera déployé sur l'ensemble des services et établissements (hors pôle personnes âgées) fin 2016.

Coordonner le parcours entre les établissements de la Fondation et s'intégrer au réseau c'est donc permettre la communication, la circulation des informations entre les différents établissements et services de la Fondation pour favoriser la synergie d'expérience et de pratique au sein du groupe et décloisonner les secteurs. C'est aussi user de la proximité statutaire, de la convergence des valeurs et de la gouvernance de la Fondation pour faciliter les processus d'intégration. C'est enfin étendre aux établissements abonnés les avancées établies au sein de la Fondation.

3.2.2 Promouvoir la bientraitance

Axe stratégique 2 : Je veux promouvoir l'approche globale de la personne âgée dans les établissements (personnaliser, former le personnel, accompagner) en priorité à l'hôpital

- A) Réinterroger les pratiques professionnelles au sein des services à l'hôpital dans la prise en compte spécifique de la fragilité des personnes âgées.

Nous l'avons vu, cette interrogation passe aussi par le partage des expériences entre les secteurs et établissements. Néanmoins les ressources du personnel sont aussi à exploiter et les pratiques professionnelles peuvent largement être réajustées. La mise en place de salariés contribue évidemment à répartir davantage la charge de travail. Comme à Fernande Berger, le renforcement des équipes avec création de poste budgétaire a été fait dans certains services prioritaires, spécifiquement dans le cadre du projet : une aide-soignante supplémentaire au MUP et en orthopédie, un renfort de 0.5 ETP d'assistante sociale aux urgences et le renforcement du pool de nuit avec 2 AS à Saint Joseph. Ces moyens restent limités cependant. La ré-interrogation des pratiques touche toutes les catégories. Les Médecins Généralistes Hospitaliers, salariés de l'hôpital passent désormais systématiquement une journée de sensibilisation professionnelle en accompagnant le médecin de l'équipe mobile de gériatrie. Je demande donc que le médecin généraliste hospitalier devienne, en appui de la direction des soins, le coordonnateur gériatrique, correspondant du comité de pilotage et relais dans les services. Il est ainsi le garant de l'utilisation des outils appropriés (utilisation du ROR par exemple) et relais de la coordination de la spécificité de la prise en charge (repérage, évaluation, signalement social). A terme, il doit être le correspondant du gestionnaire de lit et l'interface du chef de service, destiné à garantir le maintien des capacités d'accueil des personnes âgées en services de spécialité. Par ailleurs, pour les personnes de la direction des soins des services pilotes (MUP et SSR) ont été établis des questionnaires d'auto évaluation de la bientraitance. Le personnel répond de façon anonyme et se confronte aux affirmations : « Il m'arrive de ne pas m'occuper d'un patient, comme je devrais le faire, à cause de son âge », « Il m'arrive de faire à la place d'un patient en raison de sa lenteur », « Il m'arrive de préférer poser abusivement des protections contre l'incontinence plutôt que d'accompagner un patient aux WC ». Cet exercice introspectif a évidemment une valeur pédagogique de réapprentissage. Il permet aussi une évaluation des pratiques relativement objective. Cette sensibilisation à la spécificité de la prise en charge des personnes âgées s'appuie aussi sur l'évaluation concomitante conduite au sein des services et relayée par l'action transverse de mon adjointe, cadre de santé. Le travail qu'elle a décliné auprès des équipes de progrès en réunions épisodiques s'est appuyé sur différentes thématiques reprises d'un document de synthèse (annexe 6). Ainsi la notion d'accueil de la personne âgée dans le service est portée par l'équipe domicile. La transition entre un service d'hospitalisation et la prise en

charge à domicile doit-elle se faire par l'infirmière du SSIAD se déplaçant pour visiter la personne hospitalisée et préparer une transition vers l'accompagnement externe ? Ou bien cette visite ne risque-t-elle pas de désorienter davantage la personne ? En effet, à domicile, elle ne retrouvera pas cette infirmière coordinatrice mais les aides-soignantes. La réflexion sur la place de l'aidant a été conduite au sein de l'équipe de progrès du MUP. Quelle place lui accorder, notamment dans son rapport au patient âgé ? Comment limiter son « entrisme » au détriment du malade, par exemple dans le rapport à l'alimentation et aux régimes mis en place ?

B) Revaloriser la formation gériatrique du personnel soignant et l'approche psychosocio-environnementale de la personne

Les réflexions conduites au sein du comité de pilotage m'ont permis d'infléchir le plan de formation du personnel. Cet axe a été privilégié sous quatre angles principaux : concentrer les efforts, mobiliser la ressource interne, ajuster la nature des formations, valoriser la parole et le retour d'expérience du personnel formé. L'évanescence du personnel formé est un constat partagé par toute grande structure, elle est due à l'effet volume qui conduit déjà à une certaine dilution. Elle s'accroît aussi avec la mobilité du personnel et son turn-over. En négociation avec la direction des soins et la DRH de l'hôpital j'ai pu promouvoir pour 2016 la formation des salariés au sein des services pilotes, et ce pour un double impact : la valorisation des personnes de ces services « en pointe » et une synergie de compétence favorisant le partage et l'excellence. Par ailleurs, l'équipe mobile de gériatrie propose des formations internes au cours de trois sessions d'une journée en 2016 et destinées à présenter l'approche psycho-comportementale des personnes âgées. Cette formation est proposée en priorité au personnel soignant (AS et IDE) mais aussi hospitalier (ASH) des services pilotes et s'est appuyée sur l'utilisation d'outils MobiQual⁷⁹ : « bientraitance de la personne âgée », « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ». Ces séquences pragmatiques sont particulièrement appréciées du personnel (retours d'évaluation concomitante). La nature et la qualité des formations a donc été infléchie. Si le volume des formations consacré aux personnes âgées a été notablement augmenté (+30%) la prise en compte de précédents retours a permis le changement d'organisme de formation et l'évolution de leur contenu. J'ai donc fait porter l'effort sur l'approche globale des personnes âgées : « Soigner la personne âgée en court et moyen séjour, Approche psycho corporelle de la personne âgée dépendante, Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, Sensibilisation aux soins palliatifs... » au détriment de l'angle davantage sanitaire (« Prévention des plaies et des escarres, Trouble de la déglutition... ») par ailleurs

⁷⁹ Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques, un programme porté par la société française de gériatrie et de gérontologie et pour améliorer la qualité des pratiques en établissement de santé.

bien maîtrisé. Cette approche comportementale permettant de donner certaines clés aux professionnels dans le rapport à la personne âgée. Enfin le retour d'expérience de formation réactualise un processus déjà en vigueur à Saint Joseph. Le formulaire de retour de formation est le support d'un partage d'expérience. Il oblige à un questionnement sur l'apport de la formation et à un entretien avec le cadre de santé. Il se prolonge par un échange entre professionnels dont les réunions de l'équipe de progrès sont l'opportunité. J'en fais un moyen de « transmissions ⁸⁰ » actif.

C) Faciliter le repérage des patients fragiles ou en risque de perte d'autonomie.

La personnalisation de la prise en charge commence par le repérage des fragilités dès l'arrivée à l'hôpital. Ce point est central dans le parcours que le patient va effectuer au cours de son hospitalisation. Il est à coordonner avec les secteurs amont et aval de l'hospitalisation. Pour le réseau c'est ce que je propose dans un premier temps dans le cadre du partenariat établi avec les EHPAD de la Fondation et de proximité, identifier au plus vite les personnes dont la fragilité qui se manifeste avant l'arrivée à l'hôpital ou qui se précipite lors du séjour, conduit de façon systématique à un déclin global.

Je fais porter l'effort sur les urgences. La mise en place du dépistage par la grille TRST ne s'avère pas suffisamment discriminant. Renseigné par l'infirmier d'accueil et d'orientation, il permet cependant de systématiser le recours au gériatre et de garantir une intervention qui n'est pas culturellement établie aux urgences.

Dans les services de médecine et de chirurgie, l'onglet « fiche de liaison infirmier » permet de renseigner de façon partagée (différents professionnel), évolutive (tracé des évolutions) et simple (rapidité et ergonomie) les données relatives à la dépendance de la personne. L'objectif est d'affecter un score à ces évaluations (qui n'est pas en vigueur), et une alerte qui s'affichent de façon manifeste dans le dossier du patient et qui implique de recourir à l'équipe mobile de gériatrie. La combinaison de ces outils et la systématisation de leur utilisation si elle ne résout pas la disponibilité d'une EMG particulièrement sollicité, permet une véritable sensibilisation des équipes et la mobilisation de spécialistes paramédicaux contributifs (assistante sociale, kiné, psychologue...). Par ailleurs pour renforcer la sensibilisation des équipes de soins à cette spécificité de la prise en charge, des campagnes d'utilisation ponctuelle de la grille TRST sont lancées dans les services de spécialité, comme vecteur de décloisonnement culturel.

D) Expérimenter la qualité de temps passé en établissement de soins de suite

Fernande Berger est l'établissement de la Fondation qui permet l'accès au court séjour depuis l'hospitalisation. A cet égard il est un outil fondamental pour réduire les hospitalisations et la durée de séjour des personnes âgées à l'hôpital. Mais il offre surtout

⁸⁰ Aussi bien au sens infirmier du terme.

l'opportunité non pas de développer des projets personnalisés, mais sur une durée de séjour moyenne de trois semaines, de redonner une place au temps passé avec les personnes. La présence d'un jeune en service civique n'est pour autant pas suffisante. La mise en place de moyen d'animation, parcours découverte nature dans le parc, activité de jardin (bénéfice d'un jardinier à temps plein, jeux, animation diverses, lecture), sont au cœur d'une fiche que je réalise auprès de la présidence de la Fondation pour la mise en place d'un mi-temps d'animation qu'elle financerait. L'enjeu est aussi pédagogique, le SSR m'apparaît comme le lieu idéal de la formation du personnel à cette dimension de l'animation, pont entre les univers sanitaires et médico sociaux⁸¹.

3.2.3 Mobiliser les services et établissements autour de la personne âgée

L'hôpital est un puissant relais de structuration de l'offre dans la prise en charge des personnes âgées. Acteur principal de santé, influant de façon déterminante sur un territoire de proximité, il s'appuie d'une part sur la profondeur expérimentale conférée par les établissements de la Fondation, d'autre part sur son intégration avec le GCS PGAM que facilitent notamment les différents outils promus par la filière de soins présentés précédemment.

A) Favoriser la prise en charge globale par l'intervention de services et de structures transverses.

Nous avons vu que l'hôpital n'était pas un lieu adapté à la prise en charge de la personne âgée, d'une part du fait du manque de temps conditionné souvent par le rapport au soin et d'autre part à cause du séquençage de la prise en charge, par service de spécialité.

Trois axes sont donc prioritaires. Ils sont suivis par le comité de pilotage mais rencontrent des évolutions prévues dans les objectifs de l'hôpital pour 2016. Ils consistent en la définition d'une véritable filière gériatrique. Elle s'articule dans un premier temps autour d'une équipe mobile de gériatrie recentrée sur l'hôpital, renforcée par une augmentation du temps social (0,5 ETP d'assistante sociale). Ses missions sont précisées par le projet de filière MUP – Gériatrie et le projet de service du gériatre qui en devient le chef, priorité à l'accueil aux urgences après « screening TRST » et au MUP. Intervention ensuite dans l'ensemble des services à partir des demandes dues au repérage. Pour la filière gériatrique, la deuxième avancée est l'ouverture de l'hôpital de jour en septembre. Il permet de dériver un certain nombre de consultations déguisées passant par les urgences. Enfin le troisième axe est l'ouverture d'une plateforme gériatrique qui permette l'orientation des particuliers ou des professionnels vers le service de gériatrie adapté (consultation, hôpital de jour, voir annexe 7). Enfin, le projet a fourni à la présidence les outils d'aide à la décision permettant la création d'un court séjour gériatrique à l'hôpital fin 2017. Il autorise la prise en charge de 15

⁸¹ Voir paragraphe 3.3.3

personnes âgées et la mise en cohérence d'une filière gériatrique exhaustive à l'hôpital Saint Joseph.

B) Travailler avec les EHPAD pour réduire les hospitalisations évitables

Le développement d'un partenariat défini par les conventions du type de celle recommandée par la circulaire relative à la filière gériatrique⁸² m'a semblé particulièrement adapté pour d'une part limiter l'hospitalisation non programmée et d'autre part améliorer l'organisation de l'accueil des personnes âgées à l'hôpital en s'appuyant sur la filière gériatrique récemment créée. Après présentation du projet à la direction de l'hôpital et la validation par la présidence, j'organise une réunion entre les différents chefs de service (MUP, EMG, SAU), les cadres de santé ainsi que deux directeurs d'EHPAD de la Fondation et leurs médecins coordonnateurs pour ajuster la convention type, valider les modalités d'organisation (notamment de la nouvelle filière gériatrique) et uniformiser la documentation nécessaire. D'une part se retrouvent les engagements de l'hôpital Saint Joseph, d'autre part ceux des EHPAD. Avec ces derniers, la sensibilisation à la problématique des hospitalisations évitables passe à terme par une réflexion commune soutenue par des échanges, séminaires et conférences promus par la Fondation, notamment autour des publications officielles⁸³. Les engagements communs portent sur la création d'outils et de supports partagés (Document et Fiche de Liaison d'Urgence, annuaires...) et la mise en place de bonnes pratiques (information, formation, stages et échanges). Après validation interne, je convie dès septembre 2016 les établissements partenaires à une réunion de travail permettant de déboucher sur un partenariat renforcé. Il sera la prolongation du réseau non institutionnel de la Fondation mais adapté aux attentes des EHPAD. Le partenariat va au-delà d'un conventionnement habituel du type plan bleu. Je propose en effet l'appui de la plateforme gériatrique et de la filière en constitution. Cette assistance est un appui précieux pour les médecins coordonnateurs voir traitants des établissements partenaires. Une demande de financement pourrait à terme s'appuyer sur ce réseau et renforcer les moyens du service en personnels.

C) Orienter au plus vite les personnes pour mieux anticiper et gérer les sorties (retour à domicile, SSR, EHPAD), renforcer la pluridisciplinarité et le rôle du service social autour du patient.

Autre action que je veux promouvoir, c'est la valorisation de l'action du personnel non médical. Le pôle social joue un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes et des familles. Outre l'augmentation du temps de présence de l'assistante sociale dans la

⁸² Circulaire DHOS 02/2007/117 du 28/03/2007 relative à la filière de soins gériatriques.

⁸³ Du type note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads » Note HAS - Point clé organisation des parcours. Juillet 2015.

maison de convalescence de Fernande Berger par réorganisation interne du pôle (une demi-journée de présence supplémentaire) et aux urgences, qui manifestent l'effort consenti pour faciliter la coordination avec le secteur aval (domicile et EHPAD) l'inclusion des assistantes sociales dans la prise en charge globale du patient repose sur le renforcement de l'accès au système d'information. Il s'agit tout d'abord de systématiser le recours par les équipes médicales au ROR (répertoire opérationnel des ressources). Il permet d'obtenir des places de soins de suite et de réadaptation en sortie d'hospitalisation de façon coordonnée et dans un échange pluridisciplinaire entre médecin, cadre de santé, assistante sociale autour de la personne âgée, ce que le fax habituel ne permet pas dans son échange limité aux correspondants. Je négocie auprès de la direction une implication ferme auprès des médecins. J'insiste sur la mobilisation des équipes. A Saint Joseph elle doit reposer sur le relais du médecin généraliste hospitalier trop souvent détaché des problématiques organisationnelles et pourtant salarié de l'hôpital, pour systématiser le recours au logiciel. Mais c'est la revue du questionnaire « recueil de données » ou repérage, dans le logiciel DOPASOIN qui doit aussi renforcer ce partage de l'information autour de la personne. Outre le personnel soignant, l'assistante sociale contribue à sa mise à jour et peut accéder aux informations qui la concernent. La revue qui a été initiée pour fusionner cette grille de repérage avec la grille TRST doit faciliter cette intégration contributive et infléchir le sanitaire au profit de données davantage sociales.

Il existe encore un certain nombre de catégories de personnel d'environnement auprès desquels un effort d'organisation et de formation doit être consenti, ce qui n'est pas encore le cas. Deux exemples me semblent parlants. Il s'agit tout d'abord du personnel d'accueil. Il peut contribuer davantage à la prise en charge des personnes dans les phases d'accueil pour repérer celles qui sont en difficulté sociale et accélérer les procédures d'accompagnement sociales. On peut aussi penser aux brancardiers ou ambulanciers dont la formation à l'accompagnement des personnes âgées mériterait aussi d'être renforcée.

Ce temps passé en transport ou en formalités doit aussi être du temps gagné nécessaire à l'anticipation qui permet d'ajuster au mieux l'orientation du parcours au patient âgé. Sur ce dernier point, un mémo a aussi été rédigé au profit de la direction de l'hôpital en insistant sur la dimension de formation du personnel. Sujet complexe car touchant un grand nombre de services, l'effort doit être soutenu dans la durée. Pour l'instant mis en attente, je le considère cependant comme dimensionnant car il offre des marges de manœuvre sous utilisées dans les différents services en permettant de (re)créer du lien notamment dans les phases de rupture (transport, formalités, attentes). Il sera relancé en phase 3.

3.3 Amplifier un dispositif déployé dans les services pilotes

3.3.1 Pérenniser le projet

Le projet présente deux caractéristiques principales, la concomitance de certaines actions de la première phase avec la phase préliminaire, destinée à mobiliser d'emblée les équipes, ce dont nous avons déjà parlé, mais surtout la nécessité de pérenniser les actions à conduire, le projet doit être continu et soutenu.

Continu : la direction de réseau et ses relais doivent maintenir le suivi des actions premières et approfondir d'autres axes d'effort.

Soutenu : La mobilisation des équipes repose sur une évaluation concomitante mais aussi « post » destinée à remobiliser les équipes et renouveler des actions qui ne resteraient sinon que ponctuelles.

Ces deux points sont aussi structurants pour le réseau. Des axes de progrès peuvent assurer la continuité du projet en faisant porter tel ou tel effort sur un des points du parcours ; ainsi Fernande Berger offre des perspectives d'approfondissement et de consolidation du projet que peut relayer le nouveau directeur d'établissement que je suis désormais. D'autre part, l'extension du réseau ou l'approfondissement des liens entre les établissements partenaires peuvent en modifier la nature ou le périmètre. Je considère donc ces actions comme des relais puissants pouvant soutenir la relance d'un plan d'action qu'on pourrait croire achevé du fait que toutes les cases « actions à réaliser » ont été « cochées ».

Mais cette relance doit s'appuyer aussi sur une évaluation « post » permettant d'estimer le niveau d'atteinte des objectifs initialement fixés.

Le plan d'action se déroule en trois phases principales. Jusqu'à mars 2016, je conduis le diagnostic et les analyses en construisant autour d'un travail d'équipe et comme précédemment exposé, le plan d'action. Cette phase préliminaire permet de façonner le projet et de créer les conditions de mise en œuvre adaptée. La première phase du projet dite de « déploiement du parcours » s'étend de mars à juin. De juin à novembre, il s'agit d'étendre le réseau. A partir de novembre 2016, la troisième phase consiste à remobiliser l'ensemble des acteurs, relayer et renouveler les actions dans les différents services.

3.3.2 Déployer l'expertise gérontologique dans les services pilotes (plan d'action annexe 8)

T1 avr. – juin. 2016, déploiement

Tout en déployant une action de communication et de sensibilisation renforcée d'une part après des organes de gouvernance de la Fondation et de l'hôpital, je veux aussi manifester auprès des réseaux gérontologiques locaux l'implication de la Fondation dans une dynamique de coordination. Pour cela, le relais offert par les réunions du GCS me permet

de manifester une présence dont l'affichage sera croissant, jusqu'à présenter in fine le réseau qui se constitue autour de la Fondation Saint Joseph. Mais la priorité est conférée aux services pilote de l'hôpital où l'accueil des personnes âgées est prépondérant, le MUP, les urgences, et l'établissement de SSR ainsi que les équipes domicile (HAD, SSIAD). La concentration des efforts doit permettre d'en faire des services types et c'est pour cela que les actions que nous avons détaillées y sont prioritairement mises en œuvre : renforcement en personnel, formations, autoévaluation, réunion des équipes de progrès. Parallèlement à cette priorisation sur les services pilotes, le décloisonnement s'opère par un partage interne à la Fondation avec l'ensemble des établissements. Des évaluations concomitantes sont mise en place. Elles sont de deux ordres, des évaluations chiffrées par le biais d'indicateurs développés dans les services. Au MUP par exemple une évaluation sur la non pertinence du séjour dû à des difficultés de coordination des sorties des personnes âgées est conduit en avril puis en juin pour évaluer l'impact du projet sur la fluidification réelle du parcours. Les données sont collectées par les équipes de progrès mais aussi par le biais du DIM. Un autre type d'évaluation est conduit au MUP et aussi à Fernande Berger. Le président du groupe de travail et moi-même effectuons une enquête de terrain à partir d'un questionnaire établi sur la mise en place des mesures, le 15 juin je rédige le compte-rendu suivant.

I. L'auto évaluation

- Le questionnaire des autoévaluations a été réalisé au MUP. Une AS précise que c'est intéressant pour elle car cela lui a permis de réévaluer ses pratiques et que c'est un support efficace pour la bienveillance des personnes.
- Pour Dominique C., ce questionnaire sera adressé à tous les nouveaux personnels mais il lui semble difficile de relancer trop fréquemment une enquête globale, tous les 3ans ?

II. Moyens. Dans l'ensemble ils sont adaptés. Mais le service aurait besoin :

- De 2 ou 3 fauteuils type « coquille » ; des coussins anti escarres, la demande à (re)formuler sera appuyée.
- Des ardoises type Velléda pour communiquer avec les patients -> commande de fourniture.

III. Personnel

- Le temps supplémentaire d'AS permet une meilleure disponibilité et efficacité.
- Il manque un kinésithérapeute le WE et ceux présents ne sont ni fidélisés au service ni attirés par patient. Le problème est celui du recrutement.
- Remarque sur Fernande Berger, recrutement en cours d'un kiné en CDI.

IV. Repérage

- La grille de repérage de la dépendance est disponible sous DOPASOIN, renseignée quasiment systématiquement (+de 90%) dans les 24h00 de l'entrée des personnes. Elle

peut être mise à jour quotidiennement jusqu'à la sortie, ce qui permet de tracer l'évolution de la personne.

- L'objectif affiché par le personnel de santé du service est de permettre aux personnes de retrouver le niveau d'autonomie qu'elles avaient avant l'entrée à l'hôpital. La difficulté est la prise en compte des écarts concernant la personne entre son état avant hospitalisation et l'autonomie résiduelle après hospitalisation.
- La grille TRST expérimentée au MUP par le Dr T. L. est destinée à identifier les nécessités de recours à l'équipe mobile de gériatrie. Or les critères ne sont pas suffisamment précis pour ajuster les interventions à la réalité des besoins (+ de 90% de déclenchement).
- En première approche, il faudrait coupler cette grille à celle de DOPASOIN en améliorant cette dernière (quelques critères supplémentaires et score), permettre la diffusion d'une alerte qui déclenche aussi d'autres actions à conduire que le recours systématique à l'EMG (arbre décisionnel).

V. Points à améliorer

- Suivi de l'évolution de la dépendance des personnes (entrée et sortie).
- Partage de l'information et suivi en sortie d'hospitalisation (avec les autres professionnels de santé et les familles).
- Mise en place d'un score qui permette de mieux catégoriser le niveau de dépendance (complété par quelques champs de la grille TRST et éventuellement combiné avec l'échelle de BRADEN).
- Le questionnaire de satisfaction est renseigné dans les services mais déconnecté de la direction des soins. Le taux de remplissage est faible, aux alentours de 8%. Par ailleurs il n'y a pas de retour sur bilan de ce questionnaire.
- Agents d'accueil : Là aussi une déconnexion d'avec le service. Les agents d'accueil n'y sont pas affectés et les échanges limités. Des pistes d'amélioration pourraient être trouvées pour optimiser l'implication des agents dans l'accueil des personnes, même si c'est une tâche essentielle aussi dévolue aux soignants.

VI. Formations

- Intervention de l'assistante sociale, d'une AS et d'une ASH.
- L'organisme de formation a changé. Le thème de la communication avec la personne âgée est très intéressant et l'intervenant, IDEC en EHPAD, de grande qualité. Excellent retour sur une approche de terrain et davantage psycho corporelle.
- Une journée de formation conduite par S. T. L. avec l'utilisation de l'outil MOBIQUAL qui a donné aussi de très bons retours.
- Pour les personnes soignantes, une aide précieuse pour la pratique professionnelle.

VII. Douleur

- La coordination avec l'équipe douleur est quotidienne lors de staff avec le MUP : Elle permet d'entrer dans des discussions éthiques.
- L'intervention de l'équipe de soins palliatifs est aussi très fréquente. Davantage que la plupart des autres services, Le MUP est concerné par le nombre de décès.

VIII. Place de l'aidant

- Le positionnement est difficile, il contribue à l'aide des malades (repas) mais ne peut intervenir pour des tâches plus techniques (toilettes) au risque d'interagir de façon négative. Un affichage sur les portes des chambres est prévu pour rappeler ces quelques modalités.

3.3.3 Amplifier le parcours aux périphéries de l'hôpital et de la Fondation, ajuster et exporter le modèle

T2 juin 2016-nov. 2016, implantation

La deuxième phase est l'extension des actions pilotes aux services, établissements et réseaux. C'est ici que doit porter l'effort de concrétisation du plan d'action. La première phase a pu créer les conditions du succès de la mise en place du réseau autour des services pilotes, celle-ci doit l'étendre aux dimensions du réseau. Pour autant il s'agit aussi de stabiliser les premières actions entreprises et éventuellement de réajuster le projet au vu des évaluations ou de l'influence de contraintes ou impératifs inopinés.

A) Stabilisation et approfondissement des actions entreprises

Les comités de pilotage mensuel permettent la revue des actions entreprises. A partir du tableau de suivi (plan d'action en annexe 8, vert=fait, jaune=en cours, rouge=point bloquant), l'ensemble des chefs d'objectif réalise le bilan des actions qu'il a conduites. Certains points sont réajustés et revus collectivement.

Les retours laissent entrevoir certaines difficultés liées au SAU pour commencer. La coordination entre chefs de services (gériatrie et urgences) est difficile et se répercute sur le temps de présence et l'efficacité des gériatres dans le service comme sur la mise en œuvre du repérage des fragilités. Par ailleurs, les évaluations quantitatives montrent un nombre excessif d'hospitalisations des personnes âgées consécutif au passage aux urgences.

En réaction je décide donc la mise en place d'un effort particulier sur le service :

- Réunion de coordination sous l'égide du service Qualité dont la directrice est chargée plus précisément du suivi des urgences,
- Remonté d'indicateurs pour pilotage de l'accueil des personnes âgées aux urgences

- Participation du chef de service des urgences à la réunion de coordination interne destinée à mettre en place la filière gériatrique et à revoir les conventions de partenariat destinées aux EHPAD.

Une autre difficulté du parcours, concerne la mise en place et l'avancée des actions à Fernande Berger. L'absence de direction permanente (un gestionnaire présent à 0.2 ETP) et une faisant fonction de cadre de santé absorbée par des tâches qui ne relèvent pas du domaine de l'organisation des soins, conduisent la présidence à prendre une décision rapide. Je suis nommé gestionnaire de l'établissement début juillet pour y porter aussi le projet et faire entrer de plain-pied l'établissement dans la réalité d'un travail en réseau au service des personnes âgées. Je continue par ailleurs à assumer la direction du réseau. Cette affectation revêt pour moi un avantage déterminant, celui de me placer aussi par ce nouveau positionnement dans la mise en œuvre des actions que j'ai promues. Mais elle me fait aussi opérer dans un établissement situé à la jonction de l'hôpital et du domicile où précisément sont à créer les ponts, entre secteurs, entre champs, entre lieux de vie entre pratiques diverses. Très rapidement, je fais porter l'effort sur l'accompagnement de la personne : il passe par le renouvellement d'un recrutement en service civique et par la rédaction du mémo relatif à l'animation qui suit. Il est destiné à la présidence et à la direction générale de l'hôpital.

Un projet d'animation pour Fernande Berger

I. Constat

- La durée de séjour moyenne des personnes accueillies à Fernande Berger au 3 août 2016 est de 32 jours. La moyenne masque l'amplitude qui peut excéder les 3 mois (une personne est actuellement présente depuis 202 jours). La moyenne d'âge est de 76 ans. Sur les 33 personnes accueillies, 20 ont plus de 75 ans, 22 ont une autonomie relative (notamment de déplacement, 12 descendent déjeuner).
- Il n'existe pas de projet d'établissement pour Fernande Berger: L'établissement est cité 8 fois dans le projet de l'hôpital Saint Joseph (projet d'établissement 2014-2018) pour évoquer uniquement son transfert à venir. Néanmoins, le projet d'établissement 2010-2014 de Fernande Berger, faisait état d'une spécialisation dans l'accueil de la personne âgée poly-pathologique. Cette spécialité n'est pas officiellement reconnue mais elle est effective.
- Il existe de rares activités d'animation à Fernande Berger :
- Un « petit magasin » hebdomadaire tenu par une religieuse ; un jeune en service civique à la faible mobilisation ; une bibliothèque avec une permanence hebdomadaire.

Pour peu qu'il soit exploité, le potentiel « animation » de l'établissement est réel :

- Taille, entretien et qualité du parc, proximité du centre village (présence de commerces et d'un marché hebdomadaire),
- présence de personnels spécialisés (jardinier, diététicien, soignants), accompagnement spirituel (chapelle, aumônier),
- accessibilité (mise en place d'un ascenseur supplémentaire pour la mobilité des personnes), locaux adaptés et en nombre suffisant (salon, salle à manger, bibliothèque).

Des contraintes :

- Manque de personnel dédié à l'accompagnement social,
- quelques investissements limités mais nécessaires.

Des opportunités :

Un gestionnaire axé sur le projet social, une remontée en charge, des perspectives pouvant permettre la redéfinition d'un véritable projet pour FB dans les quelques années qui précèdent son transfert envisagé.

Des menaces :

Isolement et perte d'autonomie des patients, démobilitation des équipes, cloisonnement (au sein de l'établissement, entre les équipes), déficit d'image et perte de légitimité (avec l'hôpital, la Fondation, les établissements partenaires et le territoire).

II. Problématique

Enjeu

De facto Fernande Berger est positionné comme un établissement de moyen séjour à vocation gériatrique et sociale, par la nature des personnes accueillies, les valeurs que l'établissement a toujours portées, le projet de la Fondation, son positionnement territorial (tissus sanitaire à dominante gérontologique).

Visée

Mettre en place un projet d'animation qui développe une synergie pluridisciplinaire et permette de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes accueillies.

III. Projet

Il peut s'appuyer sur les axes suivants :

Autour de l'accompagnement

La pluridisciplinarité de l'accompagnement implique l'ensemble des salariés. Elle a existé à Fernande Berger à une époque où le profil thérapeutique de la patientèle conférait une relative souplesse d'emploi du temps aux professionnels : sortie des chambres, promenade, discussion, activités de loisirs. Ce temps d'accompagnement peut encore être sollicité, pourvu qu'il soit organisé.

Par ailleurs des associations de bénévoles du type des Petits Frères des Pauvres peuvent aussi contribuer à la visite des personnes isolées. C'est aussi le cas de partenariats avec des

collèges/lycées, groupe de jeunes (type scout) qui peuvent proposer visites ou animation. Dans le cadre du culte, les opportunités offertes par la présence ponctuelle d'un aumônier peuvent être valorisées.

Autour de l'activité, du jeu et de la communication

- Lecture (livre, journaux, revues), écoute de musique, visionnage de films. Jeux de société (carte, loto, autres...).
- Activités programmées : vente de produits de consommation courante, visite, sortie au marché (la Rose) visite programmées éventuellement.
- Activités intellectuelles (gym mémoire, échanges, discussions, quiz...);
- Préparations culinaires, recettes, goûters dans le parc, ateliers du goût...

Autour du cadre

- Promenade, parcours de découverte botanique, échanges dans le parc (lieux aménagés).
- Activités physiques : gym douce, prévention des chutes, aide à la mobilité (exemple de la pétanque)
- Jardinage, potager, pour les plus valides.

IV. Moyens nécessaires

Travaux

- Reprendre l'accessibilité d'une partie du parc, sécuriser une boucle praticable pour des personnes à mobilité réduite (à pied).
- Dessiner un terrain de pétanque sur le parking temporaire, replacer les bancs, tables du parc.

Moyens divers

- Matériaux pour réaménager le parcours botanique (piquets, panneaux...), mise à jour des plans du jardin.
- Plants, terreau, bacs pour jardin potager.
- Lecteur vidéo, bibliothèque vidéo et audio.
- Abonnement à un quotidien pour les patients (accueil). Mise à disposition de magazines apportés du domicile (salon lecture et accueil).

Personnel

Le recrutement à mi-temps d'un animateur me semble indispensable :

- Il permet la coordination requise pour la mobilisation de l'ensemble des spécialistes, du personnel soignant et des bénévoles, ainsi que le recours aux différents moyens et leur mise en œuvre.
- Il ouvre les perspectives du SSR à moyen terme en accordant le projet d'établissement aux réalités du positionnement de Fernande Berger. Il répond ainsi aux besoins d'accompagnement de la patientèle majoritairement âgée ou socialement fragile.

B) L'extension des actions aux autres services et établissements repose sur les mesures suivantes

- Réactivation de la commission gériatrique. Cette instance plus globale retrouve une légitimité à mesure que l'équipe pilote l'investit de l'expansion du projet. Sont désignés par service les médecins correspondants de la commission (MGH) qui constituent en interne les groupes de travail prenant le relais des équipes de projet. Les services les plus concernés sont l'orthopédie, la cardiologie, le pôle viscéral.

- Relais opérationnel à partir de la constitution d'une filière gériatrique. Le chef de service gériatrique appuie la mise en place du parcours sur l'hôpital et coordonne le développement de la filière gériatrique conformément au projet validé par la direction de l'hôpital. Je lui transmets une partie des attributions de coordination auprès des différents gériatres de la filière : Gériatre du HAD, correspondants des services à la commission gériatrique (qu'il préside), gériatre du SSR. Cette intégration horizontale permet le suivi de la coordination des outils partagés en interne autour de DOPASOINS. La responsabilité de la filière se prolonge aussi vers le territoire dans la mise en œuvre de la coordination avec les spécialistes correspondants (gériatres des autres établissements - assistance publique hôpitaux de Marseille, pôle gérontologique) et des médecins coordonnateurs des EHPAD de proximité (mise en œuvre du partenariat EHPAD-Filière gériatrique).

- Sensibilisation de la direction de l'hôpital. Un nouveau directeur général est en place depuis juillet. Je lui présente le projet dans le cadre de sa prise de poste et lui remets un exemplaire du mémoire. Je lui propose de participer au COPIL de septembre qui est un bilan d'étape sur la réalisation des premières phases. Cette sensibilisation est nécessaire pour appuyer le déploiement en cours de la filière gériatrique dont la perspective est l'ouverture du court séjour fin 2017 et pour rappeler l'importance du SSR comme établissement médiateur.

- Lien avec les réseaux et appui du projet filière de soins de l'ANAP. La mise en place du projet prend des délais mais je maintiens le suivi des actions en cours en poursuivant la mobilisation des SSI de l'Hôpital d'une part et conservant le suivi des commissions du projet de soins en lien avec le GCS PGAM.

- Contractualisation avec les EHPAD de proximité. La réunion avec les EHPAD abonnés a lieu à la rentrée 2016, j'en attends une coordination renforcée. Je l'organise pour une intervention à deux niveaux : la direction de réseau sur le projet de coordination, la direction de filière pour les modalités d'accueil à l'hôpital.

C) Maintenir un haut niveau d'exigence, renouveler les actions, évaluer

T3, A partir de nov. 2016, généralisation et systématisation

Les actions qui ont été conduites et dont la pertinence a été évaluée dans la phase précédente sont renouvelées dans l'ensemble des services. Ce redéploiement du plan

repose sur la promotion de deux appuis spécifiques à la direction du réseau. La constitution d'une cellule « conduite », qui d'une part évalue le niveau d'atteinte des objectifs et renouvelle les actions de soutien du plan : Formation, communication, évaluation des pratiques, sensibilisation...D'autre part la mise en place d'une cellule « planification » qui contribue à développer les actions de fond : conventionnement et partenariat, recherche de financement, budget prévisionnel, veille réglementaire et prospective. La cellule conduite s'adosse à la direction des soins et à la direction qualité de l'hôpital ; la cellule planification relève davantage du chef de la filière gériatrie dont le court séjour devient à terme le centre de gravité.

Je poursuis la direction du réseau mais acquiers une autonomie vis-à-vis de la délégation de la présidence qui me conduit à davantage travailler avec les autorités de santé dans la perspective de constituer in fine un réseau de santé institutionnel qui permettrait notamment un financement renforcé de la filière gériatrique. D'autre part, je poursuis l'extension du réseau local avec les EHPAD mais aussi avec la médecine de ville : la coordination peut s'appuyer sur les médecins vacataires des structures partenaires dont la plupart détiennent des cabinets de ville dans le secteur géographique de proximité.

Actions structurantes à moyen terme : l'ouverture du court séjour gériatrique, les échanges avec le réseau, la revalorisation du positionnement de Fernande Berger.

Conclusion

« Mettre la personne au centre du dispositif » c'est ce à quoi nous convoque la loi 2002-2 tout comme les différents dispositifs de coordination qui prolifèrent depuis les dernières décennies à travers un grand nombre d'expérimentations et de projets. Ce foisonnement d'initiatives ou d'incitations institutionnelles témoigne de la primauté de la prise en charge individualisée des personnes et de la nécessité d'une réponse précisément adaptée à leurs besoins et leurs attentes, et comme c'est souvent le cas dès qu'elles sont dépendantes, aux désirs parfois contradictoires de leur entourage.

La « volonté » d'un opérateur qui est la mise au travail de sa détermination en fonction des moyens qu'il se donne est prééminente. Elle est néanmoins insuffisante si elle ne repose pas sur une mise en œuvre pragmatique, des moyens puissants et une organisation structurée. Le rapport au territoire est aussi primordial car il est l'espace d'organisation géographique et culturel. Comme au théâtre classique, nous pouvons dire qu'il faut une unité de lieu pour que puisse « se nouer l'intrigue » plus précisément en ce qui nous concerne pour que la complémentarité de l'offre soit opérante et ajustée. En ce sens la loi 2002-2 se conjugue avec la loi HPST faisant le lien entre la personne, le dispositif et le territoire. Dans le Sud marseillais, l'hôpital est le principal acteur capable d'impulser cette coordination, d'abord grâce à la profondeur stratégique que lui confère la Fondation puis en lien avec les acteurs gérontologiques de proximité. Il ne s'agit pas de contraindre, à partir d'une position dominante mais de mettre « au service » les moyens financiers, matériels et humains pour animer une organisation.

Mais il convient tout autant de connaître ses limites et ses inadéquations. Nous pourrions dire en reprenant le Professeur Jeandel⁸⁴ que pour être « l'hôpital idéal » pour la personne âgée, l'hôpital Saint Joseph devrait être celui où elle ne va pas. C'est-à-dire qu'il faut paradoxalement coordonner l'ensemble des dispositifs, des pratiques et des outils qui évitent à la personne d'y entrer. Et si elle y va, être l'hôpital où elle ne reste pas : tout doit être mis en œuvre pour que sa durée de séjour y soit la plus courte possible grâce à une prise en charge ciblée, l'écrasement des temps d'attente et l'anticipation des orientations de sortie. Et si jamais elle y séjourne (et ce, dès qu'elle y rentre), être l'hôpital qui sait prendre en compte les besoins spécifiques à son état et à sa dépendance potentielle. La Fondation a pensé qu'isolé, l'hôpital ne pouvait y parvenir et que la distanciation introspective devait s'appuyer sur la dimension sociale de l'ensemble du groupe, décalée du biais sanitaire.

⁸⁴ Jeandel C., (Août 2014). Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé, *Réflexions Hospitalières*.

Cependant le projet ne se sera pas bouclé ni le réseau définitivement structuré sans une implication permanente de la Fondation et une vigilance de tous les instants. D'ailleurs le directeur du réseau que je suis risque de s'éloigner de la partie opérationnelle et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles pour entrer davantage dans d'indispensables considérations organisationnelles. Il convient donc de maintenir, en la revisitant régulièrement, cette double tension. Elle combine un partage et un questionnement des pratiques par les professionnels de la gérontologie des services et établissements à une volonté d'innovation et de remise en question des instances de direction du réseau et de gouvernance.

Néanmoins, la coordination ne peut pas tout. Nous avons défini le parcours et donc évoqué les ruptures. Si les aléas d'orientation (hospitalisation programmée ou non, ré-hospitalisation) ne sont parfois ni prévisibles ni évitables, l'intensité des ruptures qu'ils induisent peut être atténuée. La coordination est souvent envisagée à un niveau « macro ». Mais les ruptures, ou plutôt les fissures qui conduisent in fine au décrochage, à la cassure, se créent déjà au niveau « micro ». La re-création systématique du lien, l'ajustement fin des conditions ou de l'organisation de vie comme par exemple celle d'un retour à domicile, ont tout autant d'importance que des mesures plus généralistes. Ce travail d'ajustement, de sollicitude, d'empathie doit être à l'œuvre dans chacune des catégories soignantes. Mais pourquoi n'est-il pas davantage suscité chez le personnel « d'environnement » ? Il s'agit de redonner du sens à l'ensemble des interventions auprès des personnes âgées que ce soit lors des formalités d'accueil, des transferts, voire de l'intervention de l'agent d'entretien dans une chambre. On peut toujours rêver mais aussi imaginer, en complément des services sociaux, le développement des « gestionnaires de cas ». Accompagnant, au sens que nous avons évoqué, « marchant » au même rythme que la personne, leur fonction première serait la coordination de toutes ces micro-ruptures. Mais pour intéressant qu'il soit, ce dispositif relève encore de l'addition et non pas de la conjugaison. Je pense surtout qu'au lieu de ces fonctions et dispositifs très gourmands en professionnels et donc difficilement supportables, il s'agit d'ajuster l'hôpital dans l'organisation de la prise en charge globale. Elle passerait pour moi par le recentrage des responsabilités de direction autour d'un point d'équilibre davantage social. A l'instar du directeur d'établissement social, un gestionnaire ou un directeur pourrait ainsi renforcer ou relayer la direction générale de l'hôpital dans les services les plus autonomes. Ce qui s'est opéré cet été à Fernande Berger est symptomatique. La gestion m'en a été confiée pour remettre, à la suite du diagnostic qui y a été fait, de la congruence entre professionnels autour d'une visée commune.

A la différence d'un spécialiste ou d'un gestionnaire de cas, le directeur peut conjuguer les compétences, être l'échelon de mise en cohérence des « fonctionnels » et des « opérationnels » tout en incarnant une autorité légitime. Regroupant les services les plus

exposés, sous l'autorité du directeur général de l'hôpital, tenant aussi les fonctions de gestionnaires de lit, de correspondants du réseau, ils pourraient être les relais efficaces et structurant de l'organisation. Ils emprunteraient aussi au secteur social ce qu'il sait la plupart du temps bien faire, organiser un management de proximité au service du cœur de métier : l'accompagnement des personnes.

Bibliographie

Ouvrages cités

- Batifoulier, F. (2011), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Dunod.
- Bloch, M-A. ; Hénaut, L. (2014), *Coordination et parcours*, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod.
- Castel, R. (2009), *la montée des incertitudes*, Paris, le Seuil.
- Clausewitz, C (1832); *de la Guerre*
- Gacoïn, D. (2011), *Formes organisationnelles nouvelles, transformation des modes de direction*, in F. Batifoulier (Ed), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale* (p. 171), Paris, Dunod.
- Loubat, J-R. (2012), *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale ou médico-sociale*, Paris, Dunod.
- Levy Strauss, C. (1958), *Anthropologie Structurale*, Ch 9 (pp183-184), Paris, Plon.
- Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*. Paris, éditions d'Organisation.
- Paul, M. (2004), *l'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris l'Harmattan.
- Ricoeur, P. (1950), *La philosophie de la volonté 1, le volontaire et l'involontaire*
- Rosanvallon, P. (1995), *la Nouvelle Question Sociale*, Paris, le Seuil.

Documents lus

- Bessin, M. (2009), « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales* (n° 156), p. 12-21.
- Bercot, R. (2006). « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations* (no 5), p. 35-49.
- Bruyère, Ch (2009) «Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé ? », *Management & Avenir* (n° 26), p. 160-176.
- Bourdieu, P. (1986) L'illusion biographique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, no 62-63, p. 69-72
- Chognot, Ch. (Novembre 2015) Parcours, usager, citoyen, territoire : les décalages d'un nouveau «paradigme » *Journée d'étude conférence de territoire de la Meuse*, UNIOPSS.

- Coldefy, M., Lucas-Gabrielli, V. (2012), Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? *Questions d'économie de la Santé* (N° 175).
- Dumont G.F. (2010). la géographie des territoires gérontologiques. *Gérontologie et société*, pp.47-62.
- Frossard, M., (2002). Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, *Gérontologie et société* (n° 100), p. 35-48.
- Géniaux I., Mira-Bonnardel, S., (2003) « Le réseau d'entreprises : forme d'organisation aboutie ou transitoire », *Revue française de gestion* (no 143), p. 129-144.
- Grossetti M., (2006). L'imprévisibilité dans les parcours sociaux, *Cahiers internationaux de sociologie* (n° 120), p. 5-28.
- Jeandel, C., (Août 2014). Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé, *Réflexions Hospitalières*.
- Marival, C., (2014). Les formes de coopération entre associations de solidarité : entre pressions institutionnelles et stratégies d'innovation. XIVe rencontres du réseau interuniversitaire de l'économie sociale et solidaire. En ligne <https://riuess2014.sciencesconf.org/>
- Paul, M., (2012) « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers* 2012/3 (N° 110), p. 13-20.
- Pesqueux, Y., (2008). L'organisation en réseau comme forme " indéterminée ". *Univers virtuels et collaboration*, Evry, France. En ligne <https://hal.archives-ouvertes.fr>
- Piroton, G., Autour-Mintzberg- Les organisations vues par Henry Mintzberg Présentation schématique. En ligne www.users.skynet.be/gerard.piroton
- Trouvé, H., Couturier, Y., Saint-Jean, O., Somme, D. (2010). L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance? *Géographie, économie, société* Vol. 12, pages 31 à 52.
- Villez, A. (2004) Le concept de fragilité dans la législation sociale et médico-sociale : « Vieux et fragiles » de la protection à la valorisation des droits. *Gérontologie et société* n° 109.

Rapports consultés

- Rapport Aquino février 2013, *Anticiper pour une autonomie préservée*.
- Rapport Couty, mars 2013, *Pacte de confiance pour l'hôpital*.
- Rapport Laroque (1961) du haut comité consultatif de la population et de la famille,

l'Harmattan (réédition 2014).

- Rapport 2012 CNSA, *Prospectives, promouvoir la continuité des parcours de vie, d'une responsabilité collective à un engagement partagé*.
- Marx P. *Parcours de santé des personnes âgées, comment améliorer l'efficience de notre système de santé ?* Chef de projet « gestion du risque », ARS Lorraine, en ligne : <http://www.en3s.fr/articles-regards/44/Marx.pdf>
- Rapport Annuel Hôpital Saint Joseph (2014), en ligne : http://www.hopital-saint-joseph.fr/docs/2014/Rapport_2014.pdf
- CREDOC (décembre 2008), *La fragilité des personnes âgées : perception et mesure*, cahier de recherches n°256,
- Assurance Maladie (2014), *Atlas des situations de Fragilité*.

Lois –décrets de référence

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°75-334 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi n°75535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociale
- Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2002-03 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- LOI n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.
- Code d'Action Sociale et des Familles version consolidée au 1^{er} décembre 2014. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Loi 2012 de Financement de la Sécurité Sociale, article 70
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Guides

- ANAP (2011) Le parcours de santé des Personnes Agées sur un territoire, réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire.
- ANAP (2011) Le Parcours de personnes âgées sur un territoire, retour d'expérience
- ANAP (décembre 2013) Construire un parcours de santé pour les personnes âgées
- KPMG, (2014). Observatoire-EHPAD.
- HAS-ANESM, (juillet 2015). Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD, *document point clé organisation des parcours*.
- ANESM, Qualité de vie en EHPAD (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident.
- ARS (2012) Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, *Lexique*.
- DGOS (2012) Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? *Guide méthodologique*.

Liste des annexes

- ANNEXE 1** Mandat « Mission personnes âgées »
- ANNEXE 2** Invitation au colloque organisé par l'Association St Joseph AREGE
- ANNEXE 3** Conférence du Professeur Jeandel
- ANNEXE 4** Flash info, Hôpital Saint Joseph
- ANNEXE 5** St Jo info, Hôpital Saint Joseph
- ANNEXE 6** Document de synthèse pour les thématiques du parcours des PA
- ANNEXE 7** Accès à la filière gériatrique de l'hôpital Saint Joseph
- ANNEXE 8** Plan d'action du PSPA



Mission « personnes âgées »

A – Le contexte

Le Groupe Saint Joseph rassemble plusieurs Structures qui accueillent des personnes âgées : l'hôpital et la maison de soins de suite Fernande Berger, l'HAD et les EHPAD. Le parcours de soins des personnes âgées peut passer par une ou plusieurs de ces Structures.

La Fondation a voulu que le soin et l'accompagnement des personnes âgées fassent partie de ses objectifs prioritaires. Dans ce cadre, un Service de court séjour gériatrique sera créé prochainement à l'hôpital. Par ailleurs, le rapprochement des Associations gestionnaires d'EHPAD, qui vise à améliorer la qualité de l'offre, est en cours d'étude.

B – Le projet

Le moment est venu d'une réflexion sur la prise en charge de la personne âgée, notamment à l'hôpital Saint Joseph, mais aussi dans les autres Structures de la Fondation.

1 - L'hôpital Saint Joseph

L'étude portera notamment sur le MUP qui reçoit beaucoup de personnes âgées (sans s'y limiter).

- Faire un état des lieux du parcours actuel des personnes âgées : voie d'entrée à l'hôpital, orientation et accueil dans les services, prise en charge spécifique, rôle de chacun (du médecin à l'ASH) dans cette prise en charge , relation avec la famille... Pour faire cet état des lieux, le responsable de la mission ne se limitera pas à des interviews ou audits « en salle » ; il partagera plusieurs journées de travail avec des opérationnels « sur le terrain ».
- Proposer un processus de prise en charge adaptée aux personnes âgées en fonction de leur état : soins, accompagnement, « care »/bien-être, sollicitude autour de la vulnérabilité, relationnel etc...
- Développer les conditions de cette prise en charge : locaux, équipements, moyens en personnel (nombre, sélection, formation...), etc.

Un plan d'action « concret » clôturera cette étude.

2 – Les autres Structures

Il s'agit notamment de la Maison de soins de suite Fernande Berger, des soins palliatifs, des EHPAD, mais aussi du domicile au travers de l'HAD et du SSIAD.

Les pratiques existantes seront répertoriées. Les relations entre Etablissements, le mode de concertation relative aux mouvements de patients entre Etablissements, les échanges de bonnes pratiques, les mouvements de personnels, ... tout ce qui fait la richesse d'un Groupe aux activités complémentaires, sera inventorié.

La convergence des pratiques, le développement des échanges... constituent des objectifs de l'étude.

C – Les moyens de l'étude

Le groupe de pilotage est constitué comme suit :

- Président : Jean-Pierre Fabre (Président-adjoint de la Fondation)
- Un représentant de la Direction de l'hôpital
- les 2 chefs de service et la cadre de soins de la Fédération MUP /Gériatrie
- un médecin de Fernande Berger
- un représentant des EHPAD

Des responsables concernés par le sujet (de la Fondation ou de l'extérieur) pourront être ponctuellement invités.

Un chargé de Mission, Arnault REBOUL, actuellement en formation CAFDES après une carrière dans l'armée et un stage de 6 mois à La SALETTE / AREGE, conduira l'étude.

Les visites d'autres Structures, les rencontres avec des professionnels du secteur d'activité, nourriront la réflexion.

D – Durée de l'étude et « rendu »

L'étude commencera en novembre 2015 ; un plan d'action et un calendrier de mise en œuvre seront produits à la fin du premier trimestre 2016.

Le deuxième trimestre 2016 sera consacré au lancement des premières mesures.


Le Président de la Fondation.

ANNEXE 2 Colloque Saint Joseph AREGE



Marseille, le 2 Juin 2016

Mesdames, Messieurs,

J'ai le plaisir de vous convier à notre matinée de présentation et d'échanges sur le thème :

« Accompagner les personnes âgées dans nos établissements »

JEUDI 30 JUIN 2016 de 9h à 14h

HOSTELLERIE DE LA SOURCE / Saint-Pierre-Les-Aubagne / 13400 AUBAGNE

Accueil à partir de 9h

4 interventions suivies d'échange et questions/réponses avec la salle

- **Le principe de bientraitance à travers le concept d'Humanité à Osteys**

Marie-Laure LACAZE, Directrice et Nadège NOGUES, Infirmière coordonnatrice

- **Les thérapies non-médicamenteuses à Flore d'Arc**

Martine QUENETTE, Directrice et Cathy HERRERA, Neuropsychologue

- **Les bienfaits du jardin à Notre Dame des Anges**

Frédérique BOTELLA, Directrice et Cyril LANGUILLER, Infirmier coordonnateur

- **La mise en place du parcours résidentiel**

Ivan OLIVRY, Gérant de l'Association « Solidarité Patrimoine » et Administrateur de l'Association « La Compassion »

Déjeuner sur place à 12h30

Merci d'indiquer à Delphine Vénier, **par retour de mail et en tout cas avant le 10 Juin 2016**, si vous serez présent(e), notamment au repas.

SAINT JOSEPH AREGE
Association gestionnaire d'Établissements
d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
26 boulevard de Louvain
13285 MARSEILLE Cedex 08
Tél. : 04 91 80 69 66

Site : www.fondation-saint-joseph.fr

Meilleures salutations.

Patrice BASIRE
Président

Etablissements gérés :

Osteys à Bayonne / Flore d'Arc à Gemenos / Le Pradon à Callian / Notre Dame des Anges à Lorgues / Résidence Notre Dame à Marseille

ANNEXE 3 Conférence Personnes âgées



- PROGRAMME -

16h00

Mot d'accueil

Jean-Pierre FABRE

PRESIDENT-ADJOINT DE LA FONDATION HOPITAL SAINT JOSEPH

PRESIDENT DU GROUPE DE TRAVAIL

« PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE »

*Adapter la prise en charge des personnes âgées
en établissement de santé*

Pr Claude JEANDEL

PROFESSEUR DE GERIATRIE A L'UNIVERSITE MONTPELLIER 1

PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE GERIATRIE
COORDONNATEUR DU DEPARTEMENT DE GERIATRIE, CHU DE MONTPELLIER

L'intervention sera suivie d'un échange avec la salle

MODERATION : ARNAULT REBOUL

18h00 : Cocktail

RENSEIGNEMENTS & INSCRIPTIONS
SERVICE COMMUNICATION DE L'HOPITAL SAINT JOSEPH
TEL. : 04 91 80 69 23 ou 04 91 80 69 51
communication@hopital-saint-joseph.fr



BULLETIN D'INSCRIPTION

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT DE SANTE

MARDI 10 MAI 2016

A PARTIR DE 16H00

SALLE DE CONFERENCE DE VERNEJOUL
26 BD DE LOUVAIN - 13008 MARSEILLE

NOM :

PRENOM :

FONCTION :

ADRESSE :

TEL :

E-MAIL :

FAX :

PARTICIPERA A LA CONFERENCE

ASSISTERA AU COCKTAIL

Réponse souhaitée avant le 29 avril 2016

HOPITAL SAINT JOSEPH DE MARSEILLE - SERVICE COMMUNICATION
26 Bd LOUVAIN - 13285 MARSEILLE CEDEX 08
communication@hopital-saint-joseph.fr



Conférence

**« Adapter la prise en charge
des personnes âgées
en Etablissement de santé »**

par le Pr Claude JEANDEL

Professeur de Gériatrie à l'Université Montpellier 1
Président du Conseil national professionnel de gériatrie
Coordonnateur du département de gériatrie, CHU de Montpellier

MARDI 10 MAI 2016

A partir de 16H00

SALLE DE CONFERENCE DE VERNEJOUL

HOPITAL SAINT JOSEPH
26 BD DE LOUVAIN - 13008 MARSEILLE



La vie de la Fondation

> Groupe de travail sur la prise en charge de la personne âgée

L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées à l'Hôpital et dans les établissements de la Fondation fait partie des objectifs prioritaires de l'Établissement.

Arnault Rebout conduit un groupe de travail réuni autour de Jean-Pierre Fabre, Président Adjoint de la Fondation, qui vise à améliorer constamment l'accueil et la prise en charge des seniors, à l'Hôpital Saint Joseph et dans les structures du Groupe Saint Joseph, selon trois axes principaux : accompagner la personne âgée dans l'établissement ; fluidifier le parcours de la personne âgée entre les établissements et entre les services de l'Hôpital ; positionner la filière personnes âgées de la Fondation dans les réseaux personnes âgées de la région.

Ce parcours s'appuie sur des services référents, et notamment l'Équipe Mobile de Gériatrie et le service de Médecine Polyvalente et d'Urgence.

L'année 2016 est consacrée à l'analyse de l'existant et à l'élaboration des plans d'actions.

Ce travail permet de fluidifier et de travailler en amont, dès l'arrivée aux Urgences et jusqu'au retour à domicile, en Hospitalisation A Domicile (HAD) ou avec l'aide du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), voire pour une orientation vers l'un des établissements marseillais de la Fondation agissant dans le secteur des personnes âgées (SSR Fernande Berger, EHPAD La Salette-Montval, Résidence Notre Dame).

Au-delà de son travail constant avec les équipes médicales et la Direction des Soins, le groupe de travail a souhaité inviter, le 10 mai prochain à partir de 16h00, un éminent spécialiste de la question de la prise en charge des personnes âgées, le Professeur Jeandel, responsable du département Hospitalo-Universitaire de gériatrie au CHU de Montpellier, pour une conférence sur l'adaptation de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, ouverte à l'ensemble du personnel et des établissements partenaires de la Fondation (inscriptions auprès du Service Communication de l'Hôpital).

Les grands objectifs de l'année 2016

6 objectifs prioritaires ont été définis par la Direction Générale pour l'année 2016.

> Objectif 1 : répondre aux obligations d'amélioration de l'HAS issues de la Visite de certification V2014 pour obtenir une Certification dans les meilleures conditions

Le document joint à cette publication détaille les enjeux et le plan d'actions d'amélioration.

> Objectif 2 : poursuivre la mise en œuvre du Projet d'Établissement 2014-2018 dans les volets suivants :

- Développement de l'activité Ambulatoire (Chirurgie, Médecine),
- Amélioration de la prise en charge des patients non programmés,
- Amélioration du fonctionnement du bloc opératoire
- Amélioration de la prise en charge de la personne âgée (ouverture d'un Hôpital de Jour Gériatrique et adoption des modalités de localisation de lits de court séjour gériatrique)

L'Hôpital développe la Chirurgie Ambulatoire qui représentait en 2015, 48 % de l'activité chirurgicale. L'objectif est d'atteindre le taux de 55 % de prise en charge en Ambulatoire en 2016. .

Un Groupe de travail sur la prise en charge des personnes âgées a été constitué dans un souci de constante amélioration de la prise en charge des seniors (cf. brève page 4).

PERSONNES ÂGÉES

Un groupe de travail pour améliorer le parcours du patient âgé

SOUCIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES, LA FONDATION ET L'HÔPITAL ONT CRÉÉ UN GROUPE DE TRAVAIL DÉDIÉ À L'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DE CES PATIENTS.

AUTOUR DE JEAN-PIERRE FABRE, PRÉSIDENT ADJOINT DE LA FONDATION, ET ARNAULT REBOUL, CHARGÉ DE MISSION SUR CE PROJET, CE GROUPE POURSUIT UN OBJECTIF : L'AMÉLIORATION CONSTANTE DU PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA FONDATION.

L'accélération du vieillissement de la population dans les pays occidentaux est une réalité. En France, le nombre des plus de 75 ans devrait dépasser les 8 millions d'ici 2030 (contre 4,2 millions en 2010) et plus de 2 millions pour les plus de 85 ans. Devant ce défi, la Fondation et l'Hôpital Saint Joseph souhaitent travailler sur l'amélioration constante des pratiques hospitalières.

Dans cette optique, un groupe de travail a été constitué, afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des seniors, selon trois axes principaux :

- Accompagner la personne âgée dans l'Établissement,
- Fluidifier le parcours de la personne âgée entre les établissements et entre les services de l'Hôpital,
- Positionner la filière « personnes âgées » de la Fondation dans les réseaux « personnes âgées » locaux.

À l'Hôpital Saint Joseph, cette prise en charge s'appuie sur des services dédiés, comme le service Gériatrique, avec son équipe mobile en fonction depuis 2012, et le service de Médecine Polyvalente et d'Urgence. Une culture gériatrique se développe dans les différents services de l'Hôpital, ce qui permet une amélioration du parcours de soins des personnes âgées de plus de 75 ans.



Le 10 mai dernier, le groupe a initié une conférence « Adapter la prise en charge des personnes âgées en Établissement de santé », pour avis éclairé sur le sujet (article à lire en p. 17).

En 2016, le groupe de travail a pour principal objectif d'analyser l'existant dans les structures du Groupe, pour ensuite établir des plans d'action d'amélioration. Ce travail permettra de fluidifier et de travailler en amont de la chaîne, dès l'arrivée aux Urgences et jusqu'au retour à domicile, en Hospitalisation À Domicile (HAD) ou avec l'aide du Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), voire pour une orientation vers l'un des établissements marseillais de la Fondation

agissant dans le secteur des personnes âgées (SSR Fernand Berger, EHPAD La Salette - Montol, Résidence Notre Dame). Ces travaux permettront d'envisager l'avenir de la gériatrie à Saint Joseph.

Dès 2005, la Cour des Comptes, dans un rapport thématique consacré à la question des personnes âgées et de la dépendance, qualifiait cette situation de défi médical, social et financier « que seule une politique soigneusement préparée et construite peut aider à relever ».

C'est un défi que le Groupe Saint Joseph souhaite relever au travers de son Hôpital et de ses établissements de santé spécialisés. ■

Apprendre en s'amusant : MozDiabète, le jeu éducatif sur le diabète créé par le service d'Endocrinologie

C'est grâce à toute l'équipe du service d'Endocrinologie de l'Hôpital Saint Joseph, en collaboration avec le laboratoire Lilly qui la création de MozDiabète, le premier jeu éducatif pour les patients atteints de diabète de type 1 et 2, a pu voir le jour. Découverte !

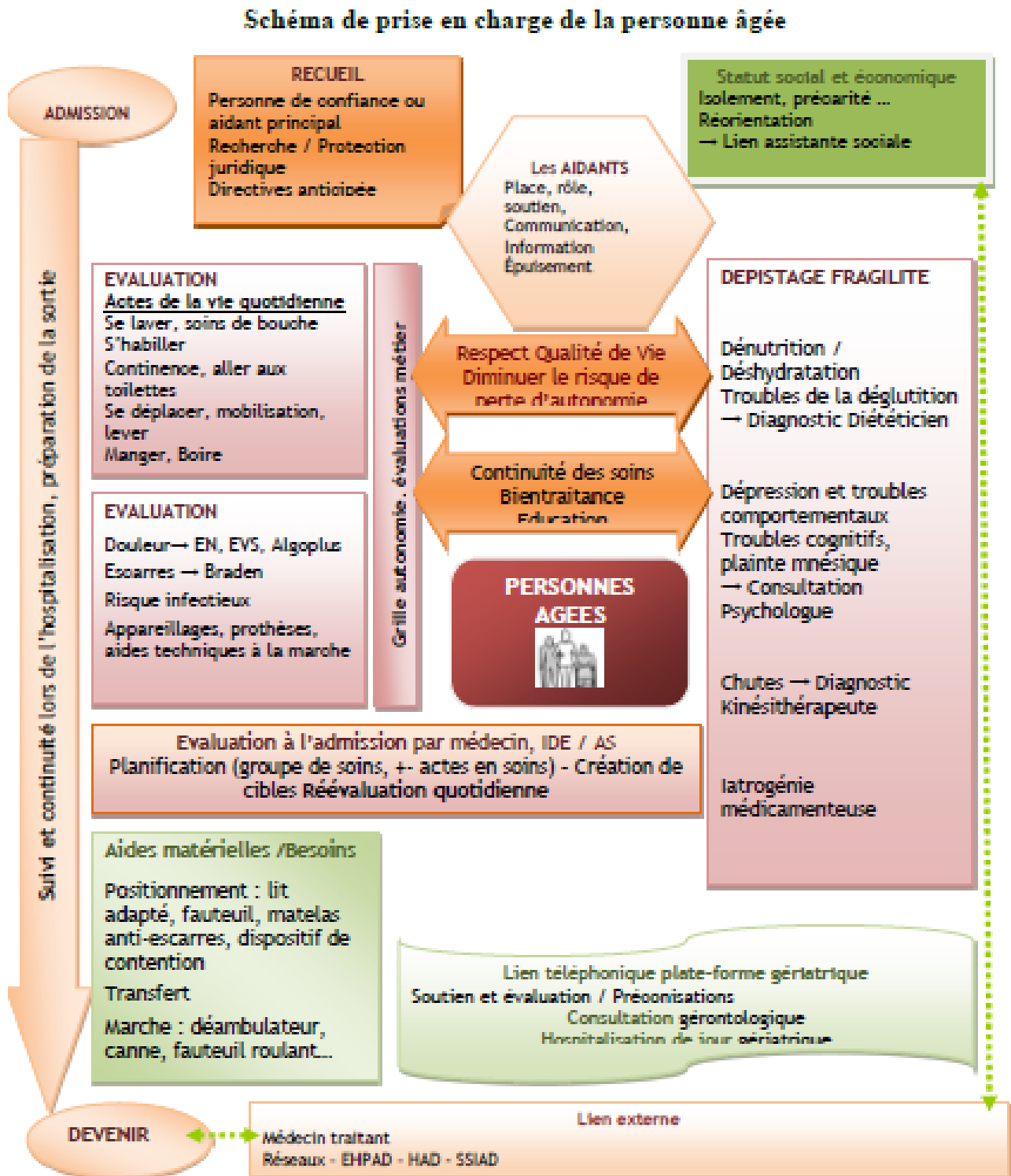
MozDiabète, proposé aux patients lors des séances d'éducation thérapeutique en diabétologie, se joue en groupe de 10 personnes. Au travers d'une discussion lancée par le tirage des cartes-jeu contenant des affirmations, les patients sont amenés à donner leur vision d'une situation en lien avec le diabète. L'équipe médicale s'appuie ensuite sur cette discussion pour échanger avec les patients, et leur transmettre les bons réflexes.

Par exemple : "le miel est un produit naturel qui n'a pas d'incidence sur la glycémie". Si la personne choisit cette affirmation, les professionnels du service peuvent engager la discussion et indiquer que le sucre est présent presque partout dans notre alimentation et ce n'est pas parce qu'un produit est "naturel" qu'il n'a pas d'incidence sur la glycémie. L'affirmation permet ensuite d'indiquer les bases de l'alimentation à respecter.

Avec ce jeu, l'équipe d'éducation thérapeutique souhaite permettre aux patients d'aborder tous les sujets en lien avec le diabète et leur quotidien, sans tabou, de manière ludique et différente.

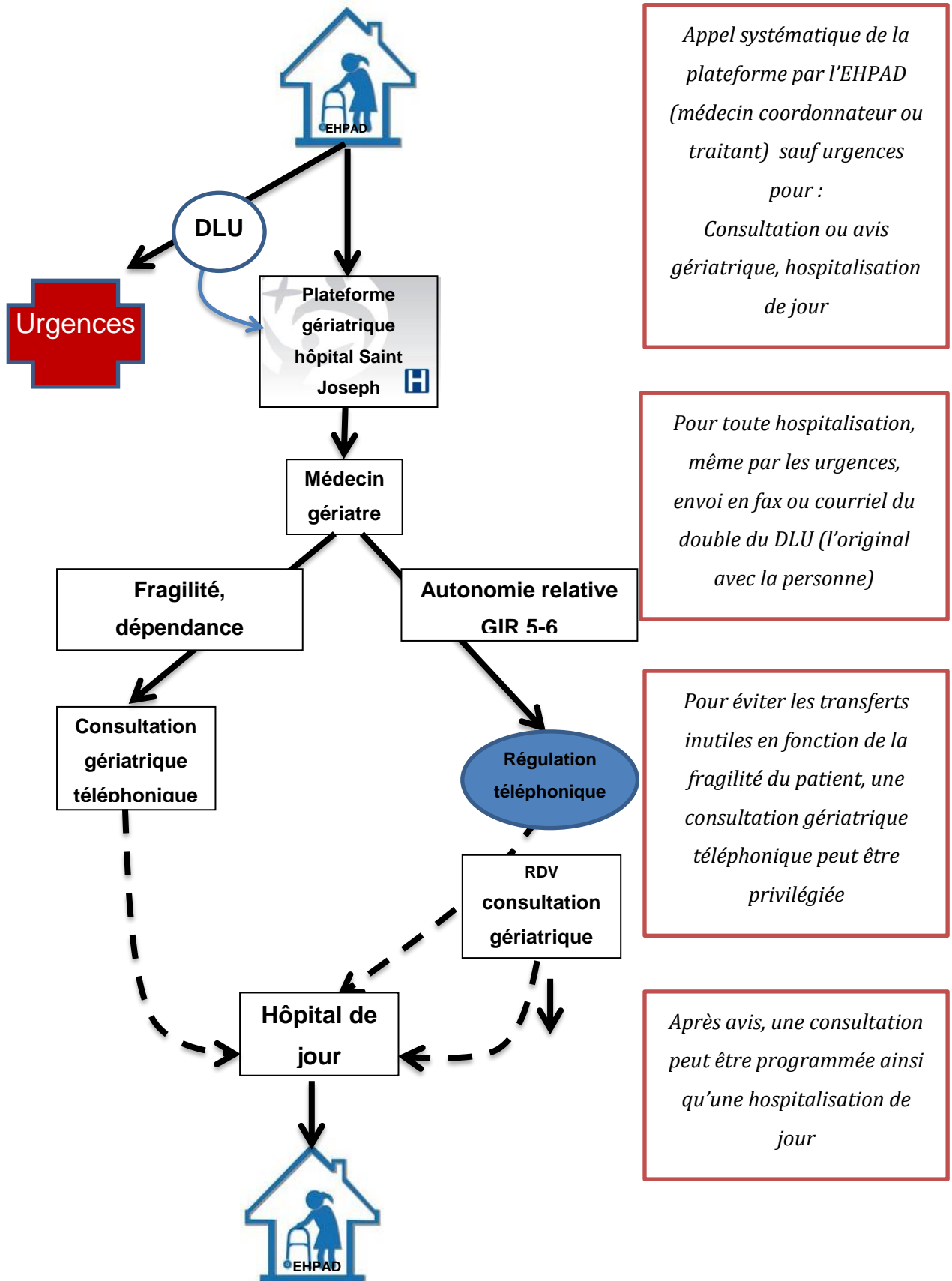
Une façon originale de permettre à chacun de mieux vivre avec sa maladie. ■

ANNEXE 6 Schéma guide pour les équipes de progrès, réflexion par thématique



ANNEXE 7 Schéma de principe recours à la filière gériatrique

Annexe 1 à la convention entre l'hôpital Saint Joseph et l'EHPAD...
RECOURS AUX CONSULTATIONS GERIATRIQUES OU A L'HOPITAL DE JOUR



ANNEXE 8 Plan d'action liste des tâches simplifiée

Mars- juin 2016

Tâche à réaliser	N°	Actions	Responsable	sit	Commentaire
Ajuster les ressources en personnel soignant pour répondre au besoin	A13-0	A détailler par la direction des soins	A Lesage		Renforcement réalisé avec création budgétaire d'1 AS au MUP et une AS en ortho (+ FBerger en fonction des réouvertures de lits)
Ajuster le temps de travail des paramédicaux (kiné, psychologue) , notamment des assistantes sociales, dans les services les plus exposés	A13-1	A détailler par la direction des soins	A Lesage		A voir avec Mme Diaz et M. el Gobeira
Mise en place d'un questionnaire systématique entrée-sortie des PA et familles	A17-0	Elaborer un questionnaire type enquête de satisfaction et le systématiser	A Lesage		Redondant avec l'existant affiner l'objectif
Mise en place d'un questionnaire systématique entrée-sortie des PA et familles	A17-1	Déterminer le mode de distribution, de collecte, d'exploitation, de suivi / pilotage	A Lesage		Redondant avec l'existant affiner l'objectif
Evaluer les formations relatives à la prise en charge des personnes âgées pour retenir les plus appropriées (formations comportementales, prise en charge des personnes psychotiques, douleur ,etc ...)	A2-0	Mettre en place un programme détaillé par module pour les soignants	A Lesage		Fait Cf. fiche 4
Former en priorité le personnel soignant des urgences, du MUP du SSR, du HAD-SSIAD	A4-0	Mettre en place un plan de formation sur le MUP, FB et Domicile	A Lesage		Fait. Formations ciblées proposée en 1ère intention aux services pilotes et concernés. Puis selon places restantes ouverture de ces formations à l'ensemble de l'établissement.
Atteindre un seuil suffisant en nombre de formations au sein des services plus spécifiquement concernés par les personnes âgées	A5-0	A détailler par la direction des soins	A Lesage		Cf Tableaux 1 & 2, mais attention pb = turn over du personnel. Pbmaticque de la formation à lier à la fidélisation du personnel.
Suivre au sein des services les retours de formation	A7-0	Mettre en place les fiches de retour de formation	A Lesage		Remise à jour car existait depuis 2010 (Cf. fiche). 1ers retours à l'étude.
Suivre au sein des services les retours de formation	A7-1	Faire remplir les fiches sous contrôle du cadre du service	A Lesage		Fait
Suivre au sein des services les retours de formation	A7-2	Mise en place systématique des modalités de transfert de la formation et du partage en interne service	A Lesage		A venir

Privilégier le travail en binôme de soignants et le suivi des personnes par le même personnel paramédical (kiné, psychologue...)	F20-0		A Lesage	Réalisé au MUP et à FB. A développer en ortho. Point mis à l'ordre du jour de la prochaine réunion DSS pour lancer une réflexion. Existant versus besoins (plannings, fiches de poste...). Quid de la nécessité de modifier les organisations à mettre en parallèle des besoins (effectifs).
Organiser des échanges inter établissements	F7-0	Etablir un plan d'échange de personnel entre établissements	A Lesage	En cours de discussion avec M. Campagnola. Pbmaticque du contrat voire de l'assurance et de la mobilité + le coût de remplacement des personnels détachés. Au point mort
Faire évoluer les mentalités hospitalières relatives à l'accueil des personnes âgées	A10-0	Présentation de la mission "personnes âgées" et sensibilisation du personnel par le déploiement d'outil de communication interne (saint jo info , sites internet Fondation et hôpital , etc ...)	A Reboul	fait : St jo info, invitation conférence, flash info,
Faire évoluer les mentalités hospitalières relatives à l'accueil des personnes âgées	A10-1	Information du personnel concerné par la programmation d'une conférence sur les fragilités de la personne âgée	A Reboul	Intervention Pr Bonin Guillaume nov 2016
Faire évoluer les mentalités hospitalières relatives à l'accueil des personnes âgées	A10-2	Information du personnel concerné par la programmation d'une conférence sur le parcours de santé de la personne âgée	A Reboul	Le 10 mai 2016, large invitation
Mettre en place un système d'évaluation centré sur l'autonomie des personnes renseigné de façon pluri disciplinaire tout au long du séjour de la personne, et notamment en entrée et sortie	A8-0	Répertorier les outils d'évaluation spécifiques personnes âgées en vigueur à l'hôpital	A Reboul	Repérage et évaluation 1 repérage : comment optimiser un repérage, utilité 2 EGS: EMG et fiche synthétique, comment suivre l'évolution de la dépendance des PA
Mettre en place une évaluation immédiate et adaptée a la personne âgée accueillie	A9-0	Voir la faisabilité d'une grille d'évaluation simplifiée dès l'accueil des urgences	A Reboul	Imposer la mise en place à l'IOA
Connaissance réciproque des différents secteurs par une sensibilisation et une information	F1-0	Organiser des réunions d'information mutuelle hôpital/EHPAD (La Salette , Résidence Notre Dame)	A Reboul	1ère réunion le 22 mars revoir la participation : RND/La Salette ?
Une cartographie des séjours est périodiquement établie	F23-0	Organiser les modalités de l'étude de cas et leur occurrence	A Reboul	Suivre les patients identifiés par dir qual.
Mission, organisation, moyens, gouvernance de Fernande Berger dans le parcours des personnes âgées de la Fondation	F24-0		A Reboul	Memo SC et JP Fabre Contact PFP n'aboutit pas

Echange entre établissements	F3-0	Visite du SSR par les équipes de progrès	A Reboul	A programmer
Mettre en place des pratiques d'autoévaluation centrées sur la bienveillance	A1-0	Adapter le document d'auto évaluation existant et le mettre en place dans les services pilotes	D Carvin	Fait, mise en place services pilotes en avril
Mettre en place des pratiques d'autoévaluation centrées sur la bienveillance	A1-1	Exploiter l'ensemble des résultats pour appliquer les correctifs retenus	D Carvin	Fait, mise en place services pilotes en avril
Promouvoir au sein des équipes médicales le partage de la culture gériatrique	A6-0	Intégrer les médecins à certaines formations "comportementales" (ex: simulation vieillissement, communication PA)	Direction	Faire suivre l'EMG par les MGRH pour sensibilisation pdt une journée. Rendez-vous à prendre par les MGRH avec EMG
Systématiser le recours à l'EMG au sein du service d'accueil des urgences	F21-0	Ne plus subordonner le recours à l'EMG à la seule prescription médicale	M Touboul	Un médecin systématiquement aux urgences. Une action à mener vers la direction de service.
Systématiser le recours à l'EMG au sein du service d'accueil des urgences	F21-1	Mettre en place une présence quotidienne systématique au SAU	M Touboul	Réunion urgences à reprogrammer avec chef de service des urgences et médecin adjoint
Tableau de bord mensuel des entrées et sorties dans chaque entité disponible pour analyse	F22-0	Définir les entités d'analyse	M Touboul	Effort Identification flux entrée SAU déterminé, faire le point sur l'utilité au SSR FB
Tableau de bord mensuel des entrées et sorties dans chaque entité disponible pour analyse	F22-1	Mettre en place les indicateurs du tableau de bord par services internes pour objectiver le flux par service ainsi que le parcours des personnes	M Touboul	En place SAU: collecte par code 87 des EHPAD origine Collationnement des données à partir d'avril
Suivi périodique de la non pertinence des séjours dans les 3 secteurs	P18-0	Mise en place d'un système de pilotage de la non pertinence des séjours	M Touboul	En coordination avec D CARVIN
Suivi périodique de la non pertinence des séjours dans les 3 secteurs	P18-1	Définir les indicateurs pertinents au MUP, SSR, HAD/SSIAD	M Touboul	Non pertinence suivie au MUP tous les trimestres.
Suivi périodique de la non pertinence des séjours dans les 3 secteurs	P18-2	Définir les indicateurs pertinents au SAU	M Touboul	Indicateurs établis pour le SAU
Systématiser l'entretien conduit par le médecin avec les patients et/ou leurs famille en cours ou en fin de séjour	F18-0	Déterminer et réserver les lieux d'entretien pour les familles, le patient et le médecin (salon comme en orthopédie ?)	Médecins (MUP, HAD, SSIAD, SSR, SAU)	Systématiquement en place au MUP, et en cours au SSR Demande de point de situation pour FB, retour par les médecins
Echange entre établissements	F3-1	Visite EHPAD par les équipes de progrès	V Laclustra	Programmation visite avec D CARVIN prévu 28 avril 2016

Juin-novembre 2016

Tâche à réaliser	N°	Actions	Responsable	sit	Commentaire
Fluidifier les entrées des patients non programmés en permettant la libération de lits dans les services de spécialité	F14-1	Rendre disponibles les lits libérés avant la fin de matinée pour fluidifier la sortie des urgences	Direction		La DSS ne peut agir, demande l'appui de la direction pour: Décider d'une politique de gestion des lits (gestionnaires?) Mobiliser les médecins
Etudier la pertinence de l'accompagnement physique par un personnel de santé d'une PA fragilisée	F15-3	Renforcer la lisibilité par les personnes de la nature de son interlocuteur : code couleur des tenues à expliciter	A Lesage		En place dans les livrets d'accueil-Plaquette HAD
Diffuser de éléments de langage cohérents et clairs aux personnes et à leurs aidants concernant les possibilités d'hébergement en ESMS (connaissance, dédramatisation)	F16-0	Documents mis à disposition, rôle de l'EMG, des médecins, soignants et de l'assistante sociale	A Lesage		Outil disponible, site ILHUP. Point de situation sur la qualité des infos à vérifier quel emploi quelle utilité quel accès ?
Suivre au sein des services les retours de formation	A7-2	Mise en place systématique des modalités de transfert de la formation et du partage en interne service	A Lesage		Les fiches sont en cours d'utilisation
Permettre une prise en charge sociale plus systématique des patients et des aidants pour mieux identifier les fragilités et ruptures potentielles	A11-0	Systématiser le contact des personnes âgées avec le service social (information et/ou renseignement questionnaire et/ou entretien)	A Lesage		Faire le point sur les modalités de déclenchement des assistantes sociales : les prescriptions sont-elles systématiques?
Conduire une réflexion sur la prise en charge des aidants notamment dans le cadre de l'organisation de séjour de répit (SSR, EHPAD)	A12-0	Faire le bilan critique des outils de communication à destination des aidants (brochures d'information, guides)	A Lesage		Inscrit au programme du groupe de travail "projet de soins personnes âgées" A suivre
Connaissance des réseaux de santé marseillais et de leur capacité, des possibilités d'échange avec eux et des synergies dans le cadre des GCS GCSMS	F2-1	Renforcer les liens avec le Centre Gérontologique Départemental : connaissance des acteurs / échanges de pratiques/visite	A Reboul		Par biais GCS-GCSMS - RDV réseau ILHUP Echange adm réseau et GCS PGAM
Echange entre établissements	F3-2	Mise à disposition d'un annuaire regroupant les noms et coordonnées des partenaires médico sociaux de l'hôpital	A Reboul		A diffuser
Etudier la possibilité et les modalités du renforcement des coopérations avec la médecine de ville (logique territoriale locale, Marseille Sud)	F6-1	Feed back sur les organisations territoriales en œuvre dans les départements 64 et 83 (réseaux santé, GCS, logiciels de partage de l'offre type VIATRAJECTOIRES, politiques publiques)	A Reboul		Démarche parcours de soins
Favoriser l'échange et le transfert de données par la mise en place de PGI interoperable en intra et en extra	F9-0	Voir les avancées dans la mise en place de DOPASOIN pour le HAD, le SSIAD, le SSR et toutes interfaces PPA, PGI	A Reboul		En cours de déploiement voir échéances SSR Contact ISL
Promouvoir l'utilisation de logiciels partagés favorisant le travail de coordination des filières sanitaires : ROR, DOPASOIN, TU	F10-0	Identifier les ruptures ou non recouvrements numériques en intra hôpital sur ces logiciels	A Reboul		Fait, plan de déploiement de DOPASOIN

Promouvoir l'utilisation de logiciels partagés favorisant le travail de coordination des filières sanitaires : ROR, DOPASOIN, TU	F10-1	Sensibiliser les services pour favoriser l'utilisation du ROR	A Reboul		Sensibilisation direction Contact ISL
Mission, organisation, moyens, gouvernance de Fernande Berger dans le parcours des personnes âgées de la Fondation	F24-0		A Reboul		Mémo JP Fabre - S Campagnola et demandes dr N'GUYEN
Mettre en place une évaluation immédiate et adaptée (repérage) a la personne âgée accueillie	A9-0	Voir la faisabilité d'une grille d'évaluation simplifiée dès l'accueil des urgences	A Reboul		Imposer l'évaluation par l'IOA
Renforcer la coordination des prises en charge entre le HAD et les EHPAD de la Fondation	P12-0	Réévaluer ce que la spécificité des liens internes à la Fondation offre d'intérêt à une meilleure prise en charge des personnes âgées	A Reboul		Pas d'intérêt à changer, à vérifier
Mettre en place des pratiques d'autoévaluation centrées sur la bientraitance	A1-1	Exploiter l'ensemble des résultats pour appliquer les correctifs retenus	D Carvin		pris en compte, en cours
Maintenir l'accueil du patient au sein des services	F17-0	Former les agents d'accueil à l'information des entrants, au-delà des formalités administratives	Direction		Information par direction des soins mais pas de plus value importante dans l'amélioration de l'accueil -
Eviter l'embolisation des services aval des urgences et plus précisément du MUP	P7-2	Conforter le binôme EMG - assistante sociale dans les réseaux aval	Direction		Problème de coordination MUP et SAU. Problème de saisie du volet social dans dossier patient à systématiser : DS et Service social
Prioriser les interventions de l'EMG au sein de l'hôpital	P10-0	Etude de la pertinence de création d'une EMGIE pouvant intervenir en priorité dans les EHPAD de la Fondation	Direction		Dans le cadre des conventions, revoir l'offre de service de la filière. Projet gelé
Prioriser les interventions de l'EMG au sein de l'hôpital	P10-1	Décider du contour (missions/moyens) de la filière gériatrique : MUP, EMG, court séjour, consultation gériatrique, hôpital de jour, Fernande Berger, HAD / SSIAD	Direction		En cours
Faciliter la sortie des services par la mise à disposition de places d'accueil d'urgence en SSR ou en EHPAD	P17-0	Renforcer la solution FB en maintenant une capacité d'accueil permanente	Direction		En cours pour FB pas vu pour les EHPAD. Capacité d'accueil gelée jusqu'à la fin de certif
Fluidifier les entrées des patients non programmés en permettant la libération de lits dans les services de spécialité	F14-0	Evaluer le besoin moyen de lits disponibles par service pour des personnes âgées sortant des urgences	M Touboul		Attente interface DOPASOIN DIM
Prioriser le recours aux consultations de spécialité pour les personnes âgées et éviter les délais d'attente	A14-1	Identifier les services déficitaires en capacité d'accueil des PA (cartographie des séjours)	M Touboul		Attente interface DOPASOIN DIM
Etablir la liste des établissements clients du SAU et mettre en place les indicateurs nécessaires à la coordination	P6-0	Recenser les EHPAD abonnés principaux avec l'HSJ	M Touboul		Liste faite de façon empirique (conventions HD + proximité+ interlocuteurs habituels)
Etablir la liste des établissements clients du SAU et mettre en place les indicateurs nécessaires à la coordination	P6-1	Etablir des indicateurs fiables et précis (sur territorial urgence) et les collationner pour en assurer le suivi	M Touboul		Tableau admission, intervention EMG...Manque les noms des établissements d'origine. Fait de façon empirique

Faciliter la sortie directe des urgences pour le retour dans le lieu de résidence d'origine ou par la mise à disposition immédiate de séjour en SSR	P16-0	Faire intervenir au plus vite les assistantes sociales aux urgences	M Touboul		à lier avec le redéploiement de la gériatrie et des assistantes sociales -Pas de temps supplémentaire pour l'instant Hôpital de jour?
Suivi périodique de la non pertinence des séjours dans les 3 secteurs	P18-0	Mise en place d'un système de pilotage de la non pertinence des séjours	M Touboul		point pour juin à faire
Le bilan des séjours et l'évaluation de l'évolution de la dépendance est systématisé avec analyse et actions correctives	A18-0	A partir de la fiche d'évaluation standardisée, conserver et tracer les bilans des séjours	M Touboul / D Carvin		Possible sur DOPASOIN à partir du dossier patient pour la fiche de liaison, en place MUP mais pas d'analyse. A contrôler
Faire porter par le médecin la cohérence de la communication aux familles	F19-0	Sensibiliser le médecin sur la nécessité d'assumer la communication officielle du service ou de l'hôpital: rappel à faire au sein des services pour éviter la désorientation des familles	Médecins (MUP, HAD, SSIAD, SSR, SAU)		vu MUP à étendre aux services
Prioriser le recours aux consultations de spécialité pour les personnes âgées et éviter les délais d'attente	A14-0	Evaluer le besoin en appareils mobiles dans les différents services (radiographie, type bladder scan...)	Médecins (MUP, HAD, SSIAD, SSR, SAU)		en cours FB, fait MUP, une demande en attente?
Fluidifier le transfert de la prise en charge des PA du SSIAD à l'hôpital (intégration numérique, action service social...)	P13-0	Etre intégré au PGI de l'hôpital	MX Tourral		Délai mise en place DOPASOIN SSIAD/HAD/SSR ne sont pas encore reliés
Etudier la problématique du cahier de transmissions permettant une liaison usager-soignant-transporteur-service médical	P14-0	Rendre accessible à tous la fiche de liaison et tracer l'accompagnement des personnes	MX Tourral		Point filière de soins suivi groupe 3 EN place sur DOPASOIN
Connaissance des réseaux de santé marseillais et de leur capacité, des possibilités d'échange avec eux et des synergies dans le cadre des GCS GCSMS	F2-0	Poursuivre la participation aux réunions des deux collèges, diffusion des informations aux acteurs concernés	S Tournier Louvel		débriefing dernière réunion GCS PGAM
Etudier la pertinence de l'accompagnement physique par un personnel de santé d'une PA fragilisée transférée dans un établissement pour une consultation, un séjour	F15-2	Adapter les procédures d'accompagnement, notamment aux urgences des aidants pour les personnes âgées (possibilité de présence jusqu'à la prise en charge effective)	SAU		Intérêt? Politique en place aux urgences?

Novembre 2016

Tâche à réaliser	N°	Actions	Responsable	sit.	Commentaire
Etudier la pertinence de l'accompagnement physique par un personnel de santé d'une PA fragilisée transférée dans un établissement pour une consultation, un séjour	F15-0	Faire accompagner les personnes âgées les plus désorientées lors de leurs différents transferts par un personnel de la structure de départ jusqu'à la prise en charge effective dans la structure d'accueil	A Lesage		Toujours un problème de personnel. Mais : Nécessaire seulement dans certains cas A voir dans le cadre de partenariats avec les établissements (accompagnement depuis un EHPAD par ex) _
Etudier la pertinence de l'accompagnement physique par un personnel de santé d'une PA fragilisée transférée dans un établissement pour une consultation, un séjour	F15-1	Sensibiliser les brancardiers à la spécificité de l'accompagnement des personnes âgées	A Lesage		
Conduire une réflexion sur la prise en charge des aidants notamment dans le cadre de l'organisation de séjour de répit (SSR, EHPAD)	A12-1	Clarifier et valoriser le rôle de l'aidant (aidant/référent)	A Lesage		
Favoriser l'autonomisation des personnes âgées	A-19-0	Sensibiliser le personnel et mettre en place les moyens de change adaptés et d'aide à la continence (appui du fournisseur)	D Carvin		Pas avant décembre : contrat
Connaissance des réseaux de santé marseillais et de leur capacité, des possibilités d'échange avec eux et des synergies dans le cadre des GCS GCSMS	F2-3	Organiser la conférence ou l'intervention d'un représentant du réseau	A Reboul		Réunion réseau ANAP
Information sur les réseaux gérontologiques, les parcours, les pratiques et les dispositifs déployés hors département	F4-0	Visite d'une structure intégrée dans un réseau type PAERPA	A Reboul		Définir qui
Information sur les réseaux gérontologiques, les parcours, les pratiques et les dispositifs déployés hors département	F4-1	Visite d'un groupe type Saint Joseph connaissant la même déclinaison de services médico-social	A Reboul		Idem, intérêt ?

Identifier des systèmes d'aide à la coordination avec les EHPAD permettant une présentation de la ressource disponibles en établissements de sortie (extension du ROR, logiciels type trajectoire/viatrajectoire)	F11-0	Vérification de l'existence d'un système de base de données pour la connaissance des disponibilités de sortie en EHPAD	A Reboul		Travaux filière de soins
	F11-1	Point de situation sur l'évolution du ROR	A Reboul		
Evaluer les coûts de la mise en place de la filière dédiée aux personnes âgées	P1-0	Faire le point des implications financières de l'ensemble des mesures mises en place dans le cadre du parcours	A Reboul		
Partager du temps professionnel, ex: diététicien, animateur, kiné entre EHPAD et SSR ou hôpital (RND-FB?)	P2-0	Etudier la faisabilité de partenariats spécifiques, en fonction des zones d'implantation géographiques : exemple : animation de la RND partagée avec Fernande Berger?	A Reboul		
Coordonner en amont l'accès aux urgences par le renforcement des échanges avec les établissements "clients"	P5-0	Conventionner avec les établissements de la Fondation l'organisation du recours aux urgences : Recours hôpital de jour gériatrique, à défaut choix des horaires adaptés, communication préalable à systématiser, en contrepartie, prise en charge adaptée.	A Reboul		En cours de définition et de réalisation
Mettre en place une gouvernance ou coordination de réseau adaptée à l'ensemble des secteurs couverts par la Fondation	F12-0	Évaluer la nécessité d'une fonction de coordination de réseau	Direction		En cours, fiche gouv
Renforcer au niveau institutionnel la synergie PPA-hôpital pour appuyer la mise en œuvre d'une coordination effective	F13-0	Identifier deux points de contact (hôpital-Fondation) ou une interface en charge de faciliter les mesures de coordinations décidées	Direction		En cours, fiche gouv
Prioriser le recours aux consultations de spécialité pour les personnes âgées et éviter les délais d'attente	A14-2	Réserver des consultations prioritaires pour les personnes âgées du MUP dans les services de spécialité	Direction		

Faire évoluer l'alimentation des PA aux urgences notamment le matin	A15-0	Réviser le processus d'alimentation pour le petit déjeuner (fourniture cuisine)	Direction		Voir évolution organisation des urgences
Faciliter la sortie des services par la mise à disposition de places d'accueil d'urgence en SSR ou en EHPAD	P17-1	Etudier la faisabilité d'une disponibilité d'accueil d'urgence en EHPAD de la Fondation (financement d'une réservation, accueil temporaire)	Direction		Dispositifs légaux loi FSS 2014
Etudier la possibilité et les modalités du renforcement des coopérations avec la médecine de ville (logique territoriale locale, Marseille Sud)	F5-0	Etude des modalités de fonctionnement du HAD avec les prestataires de soins libéraux : identification des intervenants et partenaires, mise en cohérence d'outils communs (cahiers/fiches de renseignements patients, fiche de liaison...)	H Bouin		Projet filière de soins
Etudier la possibilité et les modalités du renforcement des coopérations avec la médecine de ville (logique territoriale locale, Marseille Sud)	F5-1	Actualisation des dispositifs de coordination existants avec la médecine de ville sur le territoire sud marseillais	H Bouin		Projet filière de soins
Renforcer la coordination des prises en charge entre le HAD et l'hôpital	P9-0	Coordination des interventions sociales auprès des personnes par le service social	H Bouin		Projet filière de soins
Etudier la possibilité et les modalités du renforcement des coopérations avec la médecine de ville (logique territoriale locale, Marseille Sud)	F5-2	Analyser les écarts entre la méthode PAERPA et celle mise en œuvre par le SSIAD	MX Tourral		Utilité, voir plutôt filière de soins
Fluidifier le transfert de la prise en charge des PA du SSIAD à l'hôpital (intégration numérique, action service social...)	P13-1	Permettre une meilleure fluidité de l'accompagnement global des PA en officialisant un accompagnement social précoce	MX Tourral		
Limiter l'accès aux urgences pour des soins chroniques par la mise en place d'un accueil de jour gériatrique	P4-0	Mise en place d'un hôpital de jour gériatrique pour réaliser l'interface ville-hôpital (Prévention et soins)	S T. Louvel		
	P4-1	Communication à déployer en direction des EHPAD conventionnés en priorité	S T. Louvel		Voir projet convention
Limiter les hospitalisations non-programmées	P8-0	Coordonner des visites de retour à domicile en sortie d'hôpital (J+30) pour éviter les ré hospitalisations	S T. Louvel		
	P8-1	Pertinence de la création d'une plateforme téléphonique d'orientation gériatrique ?	S T. Louvel		
Limiter les hospitalisations non-programmées	P8-2	Sensibiliser les médecins coordonnateurs des EHPAD de la Fondation à la problématique des hospitalisations non pertinentes	S T. Louvel		
	A9-2	Former les médecins du SAU à l'évaluation gériatrique	SAU		
Etudier la possibilité et les modalités du renforcement des coopérations avec la médecine de ville (logique territoriale locale, Marseille Sud)	F6-0	Retour d'expérience entre les EHPAD du groupe sur les pratiques professionnelles relatives aux séjours hospitaliers des résidents (recommandation, organisation, pratiques, conseils)	V Laclaustra		réunion organisée

CHARTRE DES VALEURS GROUPE SAINT JOSEPH

Depuis 2010, la Fondation Hôpital Saint Joseph, Fondation Reconnue d'Utilité Publique, diversifie ses actions au profit de personnes en situation de "fragilité", et plus particulièrement à destination des personnes âgées, handicapées ou en difficulté sociale. Elle a donc été rejointe par des associations privées à but non-lucratif, œuvrant dans le secteur sanitaire, social et médico-social.

Dans la lignée de ce que l'Abbé FOUQUE avait souhaité pour son hôpital, les associations du Groupe, d'origine congréganiste pour certaines, laïque pour d'autres, accueillent toutes les populations (patients, résidents, personnes en situation précaire, personnes en formation) sans discrimination et ont en commun leur attachement aux mêmes valeurs de générosité et de solidarité.

Omnia possibilia sunt credenti (Tout est possible à celui qui croit) : la devise de l'Abbé FOUQUE guide encore aujourd'hui une action ouverte à tous, désintéressée et rigoureuse. Fidèle à ses valeurs humanistes et chrétiennes, le Groupe associatif Saint Joseph place l'Homme au centre de ses préoccupations. "Considérer la personne accueillie dans sa globalité, l'écouter et l'informer, mobiliser toutes les ressources pour l'accompagner dans une relation de confiance", telle est la mission que se donnent nos institutions.

Cette Charte, qui défend les valeurs fondamentales de nos institutions, souhaite enrichir les chartes officielles concernant le respect de la personne. Elle concerne et engage chacun sur sa façon de vivre dans nos établissements, sur la mise en œuvre de nos valeurs : tolérance et convictions, qualité et performance, entraide et bénévolat.

1 Accueillir avec bienveillance

Le personnel participe à un accueil bienveillant dans un esprit d'ouverture à l'autre et de respect de ses attentes. La personne accueillie bénéficie d'un accompagnement personnalisé et de qualité. Elle est reconnue comme un être écouté et respecté, acteur de sa prise en charge. Elle trouve ainsi des repères et des clés pour comprendre sa situation, rassembler ses forces et évoluer avec sa maladie, son handicap, ses difficultés sociales ou sa dépendance.

2 Entretien de la convivialité et le bien-être

Nous refusons l'anonymat et l'indifférence et sommes convaincus que la qualité de la vie dans nos établissements dépend de chacun de nous. Médecins, salariés, équipes d'aumôneries et bénévoles concourent à la sérénité de tous ceux qui entrent dans l'un des établissements du Groupe Saint Joseph : patients, personnes âgées, personnes en difficultés sociales, familles et visiteurs, personnes en formation.

3 Travailler en synergie au bénéfice de la personne accueillie

Au-delà des spécificités propres à leur domaine d'intervention, les établissements du Groupe ont la volonté de travailler en réseau afin de capitaliser sur leurs complémentarités : les apports réciproques de compétences, le partage d'expériences, la mutualisation de certaines ressources sont autant d'atouts qui leur permettent de s'enrichir mutuellement.

4 Développer une « culture » qualité commune

La mise en place d'une politique qualité partagée est favorisée en vue d'optimiser la satisfaction des personnes accueillies et leur sécurité. Cette démarche est définie dans le respect des contraintes réglementaires spécifiques auxquelles chaque établissement est soumis.

5 Construire des projets entre équipes

Construits en cohérence avec les orientations données par la Fondation, les Projets Associatifs sont élaborés par l'ensemble des acteurs concernés, favorisant ainsi les approches transversales et pluridisciplinaires. La considération et le respect marquent les relations entre nos établissements, et entre nos équipes médicales, paramédicales, sociales et médico-sociales. Dans tous ces lieux d'accueil, chacun a sa fonction, son rôle, ses droits et ses devoirs et tous contribuent, à égalité d'engagement, à la même mission.

6 Veiller à une gestion rigoureuse

Les établissements du Groupe continuent à entreprendre, investir et innover avec audace pour le progrès humain. Améliorer constamment l'accompagnement et le bien-être des personnes accueillies tout en s'adaptant aux nouveaux enjeux, telle est leur ambition. La pérennité de leur action repose sur le maintien de leurs équilibres économiques et financiers : un management performant des équipes, la gestion rigoureuse des budgets, le développement des synergies entre eux sont les outils qui permettent au Groupe Saint Joseph d'inscrire son action dans la durée.

REBOUL

Arnault

11-2016

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PACA-CORSE**

**Structurer un réseau au service du parcours de santé de la personne âgée
hospitalisée
*Une volonté de la Fondation Saint Joseph***

Résumé :

Pour la Fondation Hôpital Saint Joseph, opérateur gérontologique prééminent à Marseille, le cœur de la difficulté d'accompagnement de la personne âgée est à l'hôpital. Parce qu'il est la porte d'entrée principale des personnes âgées dans le groupe mais aussi le creuset des fragilités liées à la maladie et bien souvent aux basculements radicaux de lieu et de conditions de vie. Enfin le séjour, en moyenne assez bref, est le plus souvent dominé par une « prise en soins » spécialisée qui s'accommode mal d'un accompagnement plus global.

Il s'agit de transformer ces contraintes en une opportunité de stabilisation et d'orientation adaptée au degré d'autonomie et aux aspirations de vie de la personne âgée. Le renforcement de la culture gérontologique, la coordination des parcours de santé et la mobilisation des services et établissements autour de la personne âgée en sont les leviers. Ils seront rendus opérants par la constitution d'un véritable réseau grâce aux ressources de la Fondation et aux relations renforcées avec les opérateurs gérontologiques de proximité.

Mots clés :

PARCOURS, RESEAU, PERSONNES AGEES, STRUCTURER, FILIERE, COORDONNER, HOPITAL, EHPAD, GCS, DEPENDANCE, FRAGILITE, REPERAGE, ACCOMPAGNER, PRENDRE EN CHARGE

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.