



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

Le virage ambulatoire et les spécificités
de la personne âgée

Elodie GOUST
Juin 2016

Remerciements

Je tiens à remercier,

Mme Genoud pour avoir accepté ma demande de stage,

M. Jacquemet et M. Bogey pour m'avoir accueillie à l'ARS de l'Isère,

L'ensemble du personnel de l'ARS Isère et en particulier mon maître de stage, le Dr Alice Sarradet, pour leur aide et leur soutien pendant toute la durée de mon stage,

L'ensemble des personnes ayant accepté de participer à mes entretiens pour le temps qu'elles m'ont accordée et leur éclairage sur mes questionnements,

L'équipe pédagogique du master PPASP pour leur écoute durant cette année de master II et notamment Arnaud Campéon, Philippe Leroy et Régine Mafféi,

Guilhem Barthès, Bernard Goust et Amadou Sidibé pour leur relecture et leur soutien lors de la mise en page.

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1ERE PARTIE : RAPPORT DE MISSION | 8 |
| I - Introduction..... | 8 |
| II - Méthodologie | 10 |
| III – Un nouveau contexte hospitalier | 14 |
| 3.1 - Une rapide histoire de l'hôpital | 14 |
| A)De l'hébergement aux soins | 14 |
| B)Les CHU d'aujourd'hui et les évolutions tarifaires..... | 16 |
| C)L'hôpital et les autres | 18 |
| 3.2 - Les raisons du développement du virage ambulatoire | 20 |
| A)Un contexte financier et une évolution des techniques | 20 |
| B)La transition épidémiologique : de l'aigüe au chronique..... | 21 |
| 3.3 - L'exemplarité de la chirurgie ambulatoire : la limite de l'éligibilité du patient | 23 |
| A)Le développement de la chirurgie ambulatoire | 24 |
| B)Une modification des pratiques hospitalières..... | 26 |
| C)La limite de l'éligibilité du patient et la notion de fragilité..... | 28 |
| 3.4 - Des dispositifs pour améliorer les sorties | 30 |
| A)Une évolution des dispositifs hospitaliers | 30 |
| B)Un nouveau dispositif de l'Assurance maladie : le PRADO | 33 |
| IV - Le déplacement des soins de l'hôpital vers la ville et l'indispensable coordination des acteurs..... | 34 |
| 4.1 - Diverses composantes des filières gériatriques..... | 35 |
| A)Les filières gérontologiques et gériatriques : l'IFGG de Vienne | 35 |
| B)Les hôpitaux de jour gériatriques..... | 38 |
| C)Les équipes mobiles gériatriques | 40 |
| 4.2 - L'évolution des réseaux de santé | 41 |

| | |
|--|----|
| A)Les réseaux de santé et le concept de coordination | 42 |
| B)Le développement d'une approche territoriale : le CPS de Grenoble | 44 |
| 4.3 - Le concept d'intégration et l'apparition des MAIA | 46 |
| A)Le concept d'intégration | 46 |
| B)L'apparition des MAIA | 49 |
| 4.4 - L'innovation territoriale : les Plateformes Territoriales d'Appui..... | 51 |
| A)L'apparition des Plateformes Territoriales d'Appui..... | 51 |
| B)L'expérimentation en nord Isère | 53 |
| V – Des préconisations en faveur des acteurs du domicile | 55 |
| 5.1 - L'impérieux besoin de formation des auxiliaires de vie sociale | 55 |
| A)Les auxiliaires de vie sociales | 55 |
| B)Les nouvelles dispositions de la loi..... | 57 |
| 5.2 - Le nécessaire soutien aux aidants | 60 |
| A)Qui sont les aidants ? | 60 |
| B)Les dispositifs d'aide aux aidants | 62 |
| VI - Conclusion | 64 |
| 2EME PARTIE : NOTE D'OBSERVATION | 66 |
| Introduction..... | 66 |
| I – Le corps objet de contrôle social..... | 68 |
| A)Perception sociale du corps | 68 |
| B)La surveillance des corps..... | 69 |
| C)La place du social en EHPAD | 70 |
| II – La médicalisation de la vieillesse | 72 |
| A)Une approche médico-centrée | 72 |
| B)Les limites de l'approche médicale | 74 |
| C)Le glissement vers les aidants | 75 |
| D)Des approches différenciées..... | 76 |
| Conclusion..... | 77 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 79 |

| | |
|---|----|
| ANNEXE 1 : Grille d'entretien..... | 85 |
| ANNEXE 2 : Liste des entretiens menés | 87 |

Liste des sigles utilisés

ADF : Association des Départements de France
AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
AM : Assurance Maladie
AMP : Aide Médico Psychologique
ANAP : Agence Nationale de d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APHJPA : Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAFAD : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CAM : Conseiller de l'Assurance Maladie
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMG : Collège de la Médecine Générale
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM : Contractualisation Pluriannuelle d' Objectifs et de Moyens
CPS : Coordination Proximité Santé
CRAM : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
DEAES : Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social
DEAMP : Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique
DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaire et Sociales
DRESS : Direction de la Recherche et des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement pour Personnes Agées dépendantes
EMG : Equipe Mobile Gériatrique
GCS-MRSI : Groupement de Coopération Sanitaire-Maisons des Réseaux de Santé de l'Isère
GIR : Groupes Iso-Ressource
HAS : Haute Autorité de Santé
HAD : Hospitalisation A Domicile

HDJ : Hôpital De Jour
HPST : Hôpital-Patient-Santé-Territoire
IAAS : Association Internationale de Chirurgie Ambulatoire
IFGG : Inter Filières Gérontologiques et Gériatriques
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Méthode pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PGDR : Programme de Gestion Des Risques
PRS : Plan Régional de Santé
PPASP : Politiques Publiques et Actions en Santé Publique
PRADO : PRogramme d'Aide au retour à DOmicile
PRISMA : Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
SFAR : Société française des Anesthésistes Réanimateurs
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification A l'Activité
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

1ERE PARTIE : RAPPORT DE MISSION

I - Introduction

En 2009 la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire¹ (HPST) crée, dans son article 118, les Agences Régionales de Santé (ARS) afin de succéder aux Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Leur champ d'intervention est plus large que celui des agences précédentes puisqu'il couvre désormais trois domaines : la prévention et la santé publique, les soins et l'accompagnement médico-social. Ce dernier domaine, qui relevait précédemment des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et des Caisses Régionales de l'Assurance Maladie (CRAM), est nouvellement introduit par la loi. Par ailleurs, les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ont scindé leur mission : le sanitaire se rattachant à l'ARS et le social à la direction de la cohésion sociale (qui reste un service déconcentré de l'Etat). Les ARS ont pour ambition d'améliorer la santé de la population et d'accroître l'efficacité de notre système de santé en contribuant à la maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie (AM). Elles sont l'interlocuteur privilégié des établissements de santé (publics et privés), des professionnels de la santé (en hospitalier comme en ville), du secteur médico-social, des collectivités territoriales, des services de l'Etat et des organismes de gestion. Les deux grandes missions que leur fixe la loi sont le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-social. C'est à la délégation départementale de l'Isère de l'ARS Rhône-Alpes² que j'ai effectué mon stage de master II "Politiques Publiques et Actions en Santé Publique" (PPASP). J'ai été accueillie pendant quatre mois et demi par le service politique grand âge du pôle offre de soin territorialisé afin de travailler sur le virage ambulatoire.

Lors de ma prise de contact avec l'ARS Isère deux thématiques m'avaient été proposées, chacune dans le champ de la personne âgée : la gestion des ressources humaines en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou le virage

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 11/04/2016.

² Depuis le 1^{er} janvier 2016 la région Rhône-Alpes est devenue la région Auvergne-Rhône-Alpes en raison de la nouvelle loi de régionalisation du 20 janvier 2015. Cette nouvelle territorialisation étant encore très récente lors de mon stage, l'ensemble de ce travail est construit autour de la seule région Rhône-Alpes, sans prendre en compte les particularités auvergnates. D'une manière plus générale, les comparatifs éventuels entre différentes régions et/ou départements se réfèrent également à l'organisation territoriale antérieure au 1^{er} janvier 2016.

ambulatoire et ses spécificités pour la personne âgée. J'ai tout de suite été plus intéressée par la deuxième proposition. La problématique de la gestion des ressources humaines en EHPAD m'apparaissait trop proche de ma pratique professionnelle. Avant d'entreprendre ma formation à l'EHESP j'ai été pendant trois ans cadre de santé en EHPAD. Je n'étais pas certaine d'arriver à prendre le recul nécessaire pour rester neutre dans mes observations. A l'inverse, travailler sur le virage ambulatoire et les spécificités pour la personne âgée me permettait de m'ouvrir à d'autres pratiques et d'autres réflexions, ce qui donnait sens à ma démarche de formation.

Le virage ambulatoire intervient dans un contexte difficile pour notre système de santé. Ce dernier doit faire face à plusieurs défis au nombre desquels le vieillissement de la population. Aujourd'hui, en France, la proportion des personnes ayant 65 ans et plus, représente 18,4 % de la population totale, dont 57,5 % sont des femmes. Celle des plus de 75 ans est de 9,1 %³. Dans les prochaines années, l'avancée en âge de la génération du baby-boom, l'allongement de l'espérance de vie, et la stagnation du nombre de naissances entraîneront une augmentation absolue du nombre de personnes âgées et un accroissement de la part de cette catégorie de personnes dans la population. Selon les projections de population de l'Insee, la population des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, et atteindra plus de 10 millions de personnes (soit 14,7% de la population totale). En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans. A cette date, le nombre de personnes âgées devrait atteindre 32% de la population pour les plus de 60 ans et 11% de la population pour les plus de 80 ans⁴. En Isère la population de 60 à 74 ans était de 12,4% en 2007 contre 13,8 en 2014. De la même façon les personnes de 75 ans ou plus sont passées de 7,2% en 2007 à 8% au 1^{er} janvier 2016. Les projections vers le futur confirment cette tendance puisque la population des plus de 75 ans devrait croître de 2,3% par an d'ici 2025⁵.

Jusqu'ici construit autour de l'hôpital, notre système est efficient pour prendre en charge des pathologies aiguës, mais il est en difficulté pour soigner dans la durée des personnes âgées. Trop cloisonné entre la ville et l'hôpital, entre le secteur social et sanitaire, le système peine à prendre en charge cette nouvelle population. L'action publique, que l'on peut définir comme *"le lieu où une société donnée construit son rapport au monde, c'est-à-dire*

³ INSEE. Scénario central des projections de population 2007-2060. Consultée sur www.insee.fr le 10 mai 2016.

⁴ *Ibid.*

⁵ Source : ENEIS conseil, *travaux de préparation au Schéma départemental 2016-2021*.

à elle-même⁶ cherche dès lors à remédier à cette fragmentation. Les ARS ont pour mission explicite de travailler au décloisonnement de notre système de santé en favorisant une approche populationnelle et territoriale, ainsi que la transversalité et l'approche parcours. La notion de parcours de santé donne lieu à de multiples discussions quant à sa définition. Nous retiendrons ici celle de l'ARS Bretagne : *"Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé dans un temps et un espace donné. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social"*⁷. La notion de parcours repose sur l'intervention d'une multitude d'acteurs de champs différents. L'enjeu de l'approche parcours est un autre défi à relever pour notre système : son décloisonnement. C'est dans ce contexte difficile qu'apparaît la notion de virage ambulatoire.

II - Méthodologie

Le terme "ambulatoire" désigne initialement *"une institution dont le siège n'était pas fixe et qui se tient tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre"*⁸. Par extension, le terme a ensuite évoqué ce *"qui est propre au fait que quelqu'un se déplace, particulièrement en marchant"*⁹. Dans le champ sanitaire l'ambulatoire désigne d'abord tout ce qui ne relève pas de l'hospitalier. Les organisations sanitaires différencient l'offre de soin hospitalière (à l'hôpital) de l'offre de soin ambulatoire (en ville). Il existe déjà au sein des hôpitaux une activité ambulatoire strictement définie : ces structures dispensent *« sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures »* des prestations qui équivalent *« par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées en hospitalisation à temps complet »*¹⁰. Mais le virage ambulatoire dépasse le simple cadre de cette activité hospitalière.

La perception du virage ambulatoire est confuse et évoque tour à tour une simple volonté de faire sortir les gens plus tôt de l'hôpital, une démarche de diminution des Durées Moyennes

⁶ MÜLLER P, *Les politiques publiques-9^{éd}*, Paris, PUF, 2011, 126 p. p 55.

⁷ Lexique de A à Z, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers*, septembre 2012, 33p. Consulté le 12/05/2016 sur le site www.ars.sante.fr

⁸ Source : www.larousse.fr. Consulté le 17/04/2016.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Article D6124-301-1 du Code de la Santé Publique relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Consulté sur www.legifrance.fr le 22/04/2016.

de Séjour (DMS), une alternative à des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou encore une offre de soin supplémentaire. Ainsi le virage ambulatoire, s'il reste flou dans sa définition, évoque largement une prise en charge extrahospitalière, quel que soit les raisons qui président à sa mise en place. La compréhension et la définition du virage ambulatoire ont été complexes et laborieuses, donnant lieu à des échanges constructifs avec mon maître de stage, médecin de santé publique. Nous retiendrons pour ce travail la définition de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : *"Le virage ambulatoire c'est l'organisation de la proximité autour du patient, l'évolution des prises en charge au sein et hors de l'hôpital, le passage d'un système axé sur l'hôpital à un système axé sur le malade"*¹¹. Ainsi défini le virage ambulatoire est un véritable changement dans l'organisation des soins qui se centre sur le patient et ce, aussi bien hors qu'au sein de l'hôpital. Il sous-entend une réorganisation profonde des prises en charge délaissant le champ purement hospitalier pour se tourner vers la ville. Il nécessite dès lors une coordination importante entre les différents acteurs de l'hôpital et de la ville, comme du social et du sanitaire. Si le terme de virage (qui signifie *"un changement d'orientation, de conduite"*¹²) est employé c'est que ce changement est à la fois radical et brusque tant il semble éloigné des prises en charge sanitaires classiques jusqu'alors largement corrélées à un hébergement hospitalier.

Les personnes âgées sont une population extrêmement hétérogène, difficile à définir tant les différences entre les pathologies, les déficits fonctionnels et l'environnement social sont importantes. Certaines personnes, malgré un âge avancé, ne présentent ni pathologies sévères, ni déficit et continuent à mener une vie sociale en lien avec leur environnement, alors que d'autres entrent plus rapidement dans la dépendance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les personnes âgées selon un critère d'âge supérieur à 65 ans. Si le critère d'âge pour définir une personne âgée est largement remis en cause aujourd'hui, c'est cependant celui qui sera retenu, dans un premier temps, pour ce travail. Nous suivrons l'évolution de ce critère tout au long de notre réflexion.

Les termes définis, ma problématique pouvait être formulée : « **En quoi le virage ambulatoire présente-t-il des spécificités pour la prise en charge des personnes âgées ?** »

J'ai commencé ma recherche par une revue de littérature afin de m'imprégner du sujet et de le circonscrire. J'ai souhaité privilégier les enjeux liés au maintien à domicile des personnes. Ayant toujours exercé mon métier au sein d'institutions, j'ai voulu saisir cette

¹¹ DGOS, *Rapport d'activité 2014*, 74p. Consulté sur www.social-sante.gouv.fr le 09/05/2016.

¹² Source : www.larousse.fr. Consulté le 17/04/2016.

opportunité de me tourner vers les problématiques de la ville. Le champ de la réflexion se cantonnera donc aux enjeux du domicile excluant, de fait, toutes structures d'hébergement autre que l'hôpital.

Par ailleurs ce travail s'inscrit dans un territoire. L'Isère est un département riche et dynamique. Il présente des indicateurs favorables tant au niveau économique, social que sanitaire. Grenoble et son agglomération, au centre du département, rassemble 56% de la population, tandis qu'au nord 23% de la population vit dans l'aire urbaine lyonnaise, à l'image des deux autres grandes villes du département : Vienne (28 800 habitants) et Bourgoin-Jallieu (26 390 habitants). Placée dans l'axe du sillon rhônalpin qui s'étend de Valence à Genève, Grenoble est située au cœur des Alpes entre les massifs de Belledonne, de la Chartreuse, du Vercors et de l'Oisans. Pour ce travail nous nous appuyons sur les territoires des quatre Inter Filières Gérontologiques et Gériatriques (IFFG) de l'Isère : l'IFFG de Bourgoin-Jallieu dans le nord Isère qui est le territoire le plus isolé et le plus pauvre des quatre filières; l'IFFG de Vienne, également isolée, mais plus proche de Lyon, ville à laquelle elle est le plus souvent rattachée; l'IFFG de Voiron, moins isolée et mieux dotée que les précédentes se rapproche de l'agglomération grenobloise; enfin, l'IFFG du sud-Isère rassemble les massifs alpins du sud du département et s'appuie sur le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble permettant des prises en charge plus spécialisées. J'ai cherché à m'inscrire dans l'ensemble de ce territoire en dépassant les limites de sa plus grande agglomération.

J'ai ensuite mis au point une grille d'entretien (cf : Annexe 1). Cette grille cherchait à recueillir le plus d'informations possible permettant de comprendre les enjeux du virage ambulatoire. J'ai ainsi réalisé vingt-cinq entretiens semi-directifs (cf : Annexe 2). Le choix des personnes à interroger s'est fait en concertation avec mon maître de stage qui m'a aidée à prendre mes premiers contacts avec les acteurs de ce virage ambulatoire. Par la suite j'ai rapidement organisé moi-même mes entretiens en m'appuyant sur mon expérience professionnelle dans l'agglomération grenobloise. J'ai dans un premier temps pris contact avec d'anciens collègues (assistante sociale, cadre de santé) par voie téléphonique ou par mail. Puis je me suis tournée vers d'autres acteurs élargissant ainsi le cadre de ma réflexion. L'Isère est un département dynamique et innovant et c'est vers les dispositifs novateurs que j'ai cherché à axer mon travail. C'est donc vers les acteurs de ces dispositifs que je me suis tournée : la filière de Vienne pour son dynamisme, la plateforme des réseaux de santé CPS pour son approche territoriale innovante, la plateforme territoriale d'appui du nord Isère en cours d'expérimentation.

J'ai cherché à rencontrer tout aussi bien des professionnels de l'hôpital que de la ville, des acteurs du champ sanitaire comme du social. Tous ont répondu favorablement à mes demandes. Mes seuls refus (ou seules demandes restées sans réponse) sont venus des médecins libéraux qui ne font donc pas partie du panel des personnes interrogées. Pour le reste, professionnels de la ville, comme de l'hôpital, médecins hospitaliers, assistantes sociales, pilote de la Méthode¹³ pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), gestionnaire de cas, sociologue, cadres de santé en ambulatoire, comme en hospitalisation complète, consultante, acteurs des réseaux de santé ou des plateformes territoriales d'appui, tous m'ont livré leurs définitions du virage ambulatoire et les modifications qu'ils décelaient sur la prise en charge des personnes âgées. Par ailleurs, j'ai pu pendant mon stage assister à des réunions menées par l'ARS afin d'améliorer la coordination de soins sur le territoire isérois, ce qui a enrichi ma réflexion.

Afin de rendre au mieux compte de ce travail, une première partie détaillera le contexte général d'apparition du virage ambulatoire. Pour ce faire la partie commencera par une rapide histoire de l'hôpital et les raisons qui président à son apparition. Le développement de la chirurgie ambulatoire sera ensuite étudié avec un focus particulier sur la limite que représente l'éligibilité du patient. Enfin, les transformations que le virage ambulatoire amène au sein de l'hôpital seront évoquées à travers les sorties précoces et le dispositif de Programme d'Aide au retour à Domicile (PRADO) de l'assurance maladie.

Une seconde partie développera les conséquences du déplacement des soins de l'hôpital vers la ville et l'indispensable coordination que cela impose. Cette partie s'appuiera sur les entretiens menés et leur analyse. Elle permettra d'appréhender les concepts de coordination et d'intégration et de présenter les dispositifs, en place ou à venir, indispensables à la réussite du virage ambulatoire. Ces dispositifs seront : les filières gérontologiques et gériatriques, les structures alternatives à l'hospitalisation que représentent les Hôpitaux De Jour (HDJ) et les Equipes Mobiles gériatriques (EMG), les réseaux de santé, les MAIA avant de présenter le projet de mise en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) dans le nord Isère.

Enfin, une troisième partie évoquera des préconisations au regard de l'analyse faite des conséquences du virage ambulatoire. La profession d'auxiliaire de vie sera évoquée ainsi que le nécessaire soutien aux aidants.

¹³ L'appellation de "maison" retenue au départ a été changée pour "méthode" car la première dénomination entraînait de nombreuses confusions auprès des acteurs

III – Un nouveau contexte hospitalier

Cette première partie regarde le virage ambulatoire essentiellement dans son volet hospitalier. Il s'agit, dans un premier temps, de s'intéresser à l'histoire de l'hôpital pour mieux illustrer à quel point cette institution est le reflet des tensions en jeu dans une société. Un deuxième temps permettra de mieux cerner les raisons qui président au développement du virage ambulatoire. Ensuite, un focus sur la chirurgie ambulatoire et une réflexion sur la limite de l'éligibilité du patient viendront préciser le sujet traité. Enfin, une dernière partie évoquera les dispositifs mis en place au CHU de Grenoble pour faciliter les sorties difficiles avec un regard particulier sur le dispositif PRADO de l'assurance maladie.

3.1 - Une rapide histoire de l'hôpital¹⁴

L'histoire de l'hôpital est constitutive de celle de l'offre de soin. A travers la continuité de sa mission d'accueil des populations rendues vulnérables par la maladie ou en raison de leur place dans la collectivité, l'hôpital est un miroir de nos sociétés et des tensions qui les traversent. Il connaît ses dernières années de fortes mutations concernant son organisation, sa gouvernance ou son financement.

A) De l'hébergement aux soins

Etymologiquement le terme "hôpital" vient du latin "hospitalia" qui signifie "chambres pour les hôtes". Les premiers établissements, qui apparaissent au VI^{ème} siècle à Reims, Arles et Lyon sont intimement liés aux congrégations religieuses chrétiennes, qui les construisent et les gèrent. Le concile d'Orléans de 549 leur donne pour mission d'accueillir les pèlerins et les indigents, de les nourrir et d'en prendre soin à défaut de les soigner. Ces hôpitaux sont des lieux d'accueil, d'assistance et de charité et non des lieux de soins. Ils se construisent d'ailleurs sans médecins : la médecine se développant à l'université (en 1220 est créée à Montpellier la première université de médecine française) et au domicile des malades.

L'apparition des premières grandes épidémies entre le XII^{ème} et XIV^{ème} siècle, ainsi que la récurrence des grandes famines accroissent considérablement le nombre d'indigents

¹⁴ Cette partie s'est inspirée de deux lectures :

- CHAUVEAU S, "Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ?", *Les Tribunes de la santé*, 2011, p 81-89.
- Rapport du Conseil Economique et Social présenté par MOLINIE E, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 28 juin 2005, 264 p.

et de mendiants qui se rendent dans ces hôpitaux en remplacement des pèlerins : ainsi le lépreux contagieux et le mendiant suspecté de vol remplacent peu à peu l'étranger reçu comme hôte par charité chrétienne.

En 1664, une ordonnance de Louis XIV édicte que chaque cité doit pouvoir bénéficier *"d'un hôtel-Dieu ou d'un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins"* : l'idée d'hôpital général, déjà en place à Paris, se généralise à la province. Ces lieux vont fonctionner jusqu'à la Révolution Française comme des lieux d'incarcération dont les pouvoirs municipaux vont progressivement investir l'administration. A la même époque le décret Marly de 1707 précise que *« Nul ne pourra exercer la médecine, ni donner aucun remède, même gratuitement, s'il n'a obtenu le grade de licencié »* et permet aux médecins d'asseoir leur pouvoir à travers le monopole de prescription.

La Révolution Française consacre l'hôpital comme lieu de soin ce qui marque un véritable tournant pour les hôpitaux qui passent de la charité à l'assistance. La rupture avec le religieux est prononcée avec la nationalisation des hôpitaux par un décret du 11 juillet 1794. L'hôpital, comme l'ensemble du pays, n'échappe pas à l'espoir de transformation de toute la société sur la base d'un contrat social. Le pauvre, jusqu'ici enfermé dans les hospices, se confond désormais avec le peuple souffrant et victime. Dans le même temps, la médecine et la chirurgie se rapprochent grâce à une nouvelle approche fondée sur l'observation des symptômes qui amènent les médecins vers les hôpitaux où se concentre un grand nombre de malades. Les hôpitaux sont dès lors amenés à devenir des temples de la médecine où, a minima, des lieux de formation et de recherche avant de devenir des lieux de guérison. On passe de la charité à l'assistance. La loi du 7 août 1841 précise que, toute personne malade, même sans ressource, doit être admise à l'hôpital de sa commune : elle officialise cette évolution.

Le XIX^{ème} siècle est marqué par l'émancipation de l'hôpital de la tutelle communale et religieuse. Afin de mieux assurer leur mission de service public la loi du 10 janvier 1849 crée l'administration générale de l'Assistance Publique de Paris pour gérer ses structures de soin. On passe alors d'une tutelle communale à une tutelle étatique. En 1905, la loi de séparation de l'église et de l'Etat scelle définitivement le caractère laïc des lieux de soin. A la fin du siècle, la révolution pasteurienne consacre le caractère scientifique de la médecine et permet de développer l'hygiène. La fonction soignante des hôpitaux prend dès lors le pas sur la fonction asilaire. Les hôpitaux se déploient à ce moment afin d'être au plus près des personnes pour assurer, notamment, les grandes campagnes de vaccination.

Le XX^{ème} siècle est, quant à lui, marqué par l'émergence d'un service public hospitalier et par l'extension du financement assurantiel de l'hôpital à partir notamment de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. La loi du 21

décembre 1941, relative aux hôpitaux et hospices publics, et le décret du 17 avril 1943 fondent l'hôpital public en ouvrant les établissements aux malades payants : jusqu'ici réservé aux pauvres et aux fous il s'ouvre dorénavant à toutes les classes de la société. Son financement est désormais lié à son activité de soin avec la généralisation du prix de journée. Enfin, l'ordonnance du 4 octobre 1945, créant la sécurité sociale, permet de développer les hôpitaux qui font face à une demande croissante dans un contexte de reconstruction du pays. En 1953 une commission nationale de l'équipement sanitaire et social est créée. L'Etat prend la main sur l'organisation sanitaire et sociale du territoire.

L'hôpital a donc connu au cours du temps, une triple évolution en passant du religieux au laïc, du pouvoir local au pouvoir national, et de l'hébergement au soin. La deuxième partie du XXème siècle va être marquée par la création des CHU et des difficultés de financements de plus en plus importantes.

B) Les CHU d'aujourd'hui et les évolutions tarifaires

Les ordonnances de 1958¹⁵, dites ordonnances Debré, créent l'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui. Elles instaurent une médecine hospitalo-universitaire en créant le temps plein médical. En effet, jusqu'ici les médecins partageaient leur temps entre la faculté, l'hôpital et le cabinet de ville. A partir des ordonnances Debré, les hôpitaux et les villes ayant une faculté de médecine organisent ensemble leurs services en centre de soins, d'enseignements et de recherche : ils concluent une convention hospitalo-universitaire : les CHU d'aujourd'hui sont créés. En 1958 des ordonnances complémentaires¹⁶ amplifient le rôle des hôpitaux (vers la prévention notamment) et instaurent un secteur privé pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et autres spécialistes des hôpitaux. Ceci était la seule façon d'attirer les médecins vers les hôpitaux, fonction alors peu rémunérée et peu valorisée. Ces ordonnances, en organisant les activités de recherche à l'hôpital, vont permettre le développement d'une médecine de pointe dans les hôpitaux. Le financement des hôpitaux est alors assuré par un prix de journée négocié entre les établissements et leur tutelle. Dans le même temps les contours d'un secteur privé se dessinent à travers le décret du 24 avril 1959. De nos jours la différence perdure entre un secteur public et un secteur privé hospitalier.

¹⁵ Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, dite réforme Debré. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

¹⁶ Ordonnance n° 58-1198 et n° 58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

Jusqu'aux années 1970 l'hôpital va développer une médecine de pointe s'appuyant sur des équipements de plus en plus complexes et onéreux et sur un important développement de leur masse salariale. Porté par l'élan économique des « Trente Glorieuses » et par l'extension des systèmes de protection sociale, l'hôpital devient le lieu d'une médecine de pointe qui se doit, au nom d'une santé conçue comme un bien collectif, d'être accessible à tous. L'augmentation du personnel hospitalier et la nécessité de coordonner l'ensemble de l'activité hospitalière sur le territoire amène à créer une direction des hôpitaux au début des années 1970. Elle est principalement en charge de l'application de la loi de 1970¹⁷ qui organise un service public hospitalier sur tout le territoire s'appuyant sur les hôpitaux et les cliniques privées à but non lucratif. Elle crée également la première carte sanitaire du territoire, sous contrôle du préfet, afin de gérer au mieux la répartition des équipements. Dans le même temps, le poids des dépenses hospitalières et leur part grandissante dans les dépenses de l'assurance maladie inquiètent les pouvoirs publics qui instaurent un taux directeur pour le prix de journée. La loi de 1970 recentre l'hôpital autour de sa fonction sanitaire et en fait le pivot du système de santé. Le secteur social et médico-social est, quant à lui, organisé en 1975¹⁸. La séparation entre les deux secteurs perdure de nos jours et n'est pas sans impact sur la prise en charge, entre autres, des personnes âgées.

Les années 80 marquent l'entrée des hôpitaux, comme le reste de la population française, dans une crise financière qui va modifier en profondeur ses modes de financement. En 1983¹⁹ est instaurée la dotation globale d'exploitation en remplacement du financement au prix de journée pour les hôpitaux publics et le secteur privé non lucratif. Le secteur privé lucratif restant, lui, au prix de journée.

Les années 90 amplifient cette recherche de rationalisation des dépenses et de planification sanitaire. La loi de 1991²⁰ consacre le statut d'établissement public de santé et introduit le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS), nouvel outil de planification sanitaire qui exclut toujours le champ médico-social. L'ordonnance hospitalière de 1996²¹

¹⁷ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

¹⁸ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

¹⁹ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

²⁰ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

²¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Consultée sur le site www.legifrance.fr le 10 avril 2016.

prolonge la réflexion sur la rationalisation de l'activité hospitalière. Pour se faire elle met en place un système d'accréditation afin d'améliorer la qualité de l'offre et crée les ARH pour permettre une régulation régionale de l'offre de soin. Dans le même temps, la loi prévoit un contrôle du financement de la sécurité sociale avec l'introduction d'un Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement.

Les années 2000 poursuivent ce travail de réforme du financement des hôpitaux avec, en 2004, la généralisation de la Tarification A l'Activité (T2A) qui devient le mode de financement unique des établissements de santé publics et privés dans le champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Désormais les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité conduisant à une estimation des recettes. Le passage pour les hôpitaux à une tarification à l'activité est une rupture majeure de leur financement. Elle leur impose de revoir en profondeur leur activité comme leur organisation. Nous reviendrons en détail sur l'impact de la T2A sur le développement du virage ambulatoire. La récente loi de modernisation de notre système de santé, si elle réintroduit la notion de service public qui avait disparu en 2009, ne revient pas sur le financement hospitalier.

Ainsi l'hôpital s'est construit comme le cœur de notre système de santé. A côté de lui, une médecine de ville pratiquant une activité libérale vient compléter l'offre de soin du système de santé français. C'est une première fracture du système. Mais le système est également fractionné entre le sanitaire, le social et le médico-social

C) L'hôpital et les autres

A côté de la médecine hospitalière existe également une médecine de ville. Cette division du secteur sanitaire entre la médecine hospitalière (d'activité salariée) et la médecine de ville (d'activité libérale) est une fragmentation initiale de notre système de santé. Les acteurs de la médecine de ville sont évidemment les médecins généralistes, mais également les infirmières, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les dentistes, les médecins spécialisés... Ces acteurs seront appelés tour à tour dans ce travail acteur de la ville ou des soins primaires. Autant de professions diverses qui se retrouvent cependant autour d'un point commun : l'exercice très majoritairement libéral de leur activité. Pour les médecins cette tarification à l'acte de leur activité est arrêtée lors de conventions signées entre l'assurance maladie et les représentants syndicaux renouvelées tous les cinq ans. Il est à observer que l'état intervient cependant indirectement puisque les conventions adoptées par les partenaires doivent ensuite

être approuvées par le ministre de la santé. Au moment de l'écriture de ce mémoire, les négociations pour le renouvellement des conventions sont en cours et nous n'en connaissons donc pas encore les résultats.

Ces conventions donnent souvent lieu à des crises tant l'enjeu est important : il s'y joue les revenus des médecins libéraux généralistes comme spécialistes. La première convention a été signée en 1971, les syndicats de médecins s'étant toujours fermement opposés à un encadrement de leurs honoraires jusque-là. Le texte alors signé reconnaît dans son préambule que l'exercice libéral de la médecine est l'un des fondements du système de santé français. Il y a là une opposition persistante et frontale entre une médecine hospitalière sous contrôle étatique et une médecine de ville refusant fermement tout encadrement de son activité sous quelques formes que ce soit. L'attachement des médecins à leur liberté : liberté d'installation, liberté des patients à choisir son praticien, liberté d'exercice est une des difficultés majeures que connaît le virage ambulatoire. En effet, en privilégiant "*l'évolution des prises en charge au sein et hors de l'hôpital*" le virage ambulatoire amène les deux mondes à resserrer leur lien ce qui n'est pas sans difficulté tant les cultures sont différentes.

Le système est également fragmenté entre le sanitaire, le social et le médico-social. Les deux champs se sont construits d'emblée de façon parallèle, comme nous l'avons vu précédemment. Ils reposent sur deux cadres législatifs différents et deux codes différents : le code de la santé publique pour la sanitaire, le code de l'action sociale et des familles pour le social. A cette différence "réglementaire" s'ajoute une différence de financement. Si le financement des établissements de santé relève de l'Etat via les ARS et l'assurance maladie, le financement du secteur social et médico-social est beaucoup plus hétéroclite. Les lois de décentralisation de 1982 ont accru cette différence en élargissant les compétences sociales déléguées aux collectivités territoriales. La création en 2002 de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)²², renforce largement ce positionnement. Enfin, il est à signaler, qu'à l'inverse du champ sanitaire, le secteur associatif est très présent dans le champ du social et médico-social. Nous avons vu que la création des ARS en 2009 tente de combler ce fossé en prenant en charge le secteur médico-social. L'étanchéité entre les deux secteurs est sans doute l'un des freins majeurs à l'innovation dans la prise en charge des personnes âgées par exemple.

²² L'APA est une allocation destinée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. L'autonomie est alors évaluée et seules les personnes évaluées entre GIR 1 et GIR 4 peuvent en bénéficier. Les revenus sont également pris en compte dans le calcul du montant versé. Cette allocation permet aux personnes de payer le reste à charge pour un maintien à domicile ou de payer une partie du tarif dépendance en EHPAD.

Au-delà de ces différences financières et réglementaires, le cloisonnement le plus difficile à défaire est dans doute celui des différences de culture et de pratique. Le secteur sanitaire est fortement imprégné du service public, en raison, notamment de son financement par l'assurance-maladie. Il présente également une forte technicité médicale et est relativement bien structuré. A l'inverse le secteur social et médico-social est moins organisé, et est géré par une myriade d'organismes relevant de l'associatif et du privé. La temporalité est également différente et représente sans doute l'un des freins culturels les plus importants. Le monde sanitaire est caractérisé par une forte technique et une diminution constante des durées de séjour. A l'inverse, le monde du social et du médico-social est tourné vers un travail de socialisation sur le long terme. Ainsi les identités professionnelles sont largement différentes et peuvent avoir du mal à se comprendre.

C'est donc dans un système de santé fortement divisé entre l'hôpital et la ville, entre le sanitaire, le social et le médico-social qu'apparaît le virage ambulatoire. Il convient maintenant de s'intéresser plus en détail aux raisons qui président à son apparition.

3.2 - Les raisons du développement du virage ambulatoire

Si les modalités de financement de l'hôpital obligent au développement de nouvelles pratiques parmi lesquelles s'inscrit le virage ambulatoire, d'autres raisons participent également à son apparition. Le développement des techniques, comme l'apparition de nouvelles maladies sont autant d'éléments qui amènent à son déploiement.

A) Un contexte financier et une évolution des techniques

La généralisation de la T2A est une des raisons essentielles amenant le développement du virage ambulatoire. C'est d'ailleurs sous son aspect économique que ce dernier a été évoqué en première instance dans nombre des entretiens menés. Pour une assistante sociale c'est *"une politique publique et financière"*, pour une cadre de santé c'est *"une mesure économique qui permet de diminuer les durées moyennes de séjour"*, les équipes MAIA évoquent *"un intérêt économique à ce virage"*, des acteurs de réseaux de santé le trouve *"perceptible essentiellement dans son aspect financier à travers la pression de l'hôpital qui dit : ce n'est plus pour nous"*. La T2A modifie en profondeur le financement des établissements de soin et introduit une logique de médecine à l'acte à l'hôpital : ce dernier ne peut survivre économiquement que si son activité produit des actes de soins. Cela l'amène à se recentrer encore plus sur son activité de soin autour d'une médecine de pointe au détriment d'une activité d'hébergement qu'il n'a plus les moyens de financer. La T2A oblige l'hôpital à réduire

ses durées de séjour. En ce sens la T2A est une raison majeure qui conduit au virage ambulatoire.

L'évolution des techniques est également une des raisons de son développement. Les progrès technologiques sont souvent concomitants des évolutions d'une société : le perfectionnement des thermomètres et des stéthoscopes, les découvertes de Pasteur, la généralisation de l'utilisation des antibiotiques, le déploiement de l'imagerie médicale... A chaque fois l'avancée des connaissances s'accompagne d'une modification des prises en charge. Ce phénomène est particulièrement significatif dans le champ de la chirurgie où l'avancée des techniques chirurgicales (moins invasives), comme anesthésiques, ont permis une amélioration des prises en charge. Elle permet notamment une large diminution des temps d'hospitalisation amenant de nos jours au développement de la chirurgie ambulatoire. L'amélioration des techniques est donc une autre des raisons qui préside au développement du virage ambulatoire.

Cependant un autre changement majeur est à noter dans nos sociétés : l'évolution des malades et des maladies qui vient modifier en profondeur les modalités de prise en charge des personnes.

B) La transition épidémiologique : de l'aigüe au chronique

En 1971, Abdel Omram²³ propose une explication des progrès de la santé publique depuis le XVIIIème siècle dans les pays industrialisés appelée la transition épidémiologique. Selon lui, ce processus de modernisation s'accomplit dans toutes les sociétés en trois temps différents :

- L'âge des pestes et de la famine : c'est une période qui présente une importante mortalité pour les populations. Cette mortalité est régulièrement aggravée par des crises profondes. L'espérance de vie est alors inférieure à trente ans. C'est le cas de la France jusqu'au XVIIIème siècle.
- L'âge du recul des pandémies : les grandes épidémies reculent et il y a une réduction massive des maladies infectieuses. C'est une période où l'amélioration de l'hygiène, de l'urbanisme, de la nutrition et de la prévention contribuent à une augmentation de l'espérance de vie qui devient supérieure à cinquante ans. Cet âge correspond à la France du XVIII et XIXème siècle.

²³ OMRAN R, "The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, p 509-538.

- L'âge des maladies dégénératives et des maladies de société : la baisse de la mortalité s'amortit et l'espérance de vie se stabilise. Les maladies infectieuses disparaissent sous l'effet de l'apparition des antibiotiques et des campagnes de vaccination. La visibilité des maladies cardiovasculaires, des cancers et des maladies neurodégénératives s'accroît. Cet âge correspond à la France de la deuxième partie du XXème siècle.

Cette théorie a depuis été largement remise en cause avec, notamment, l'apparition de nouvelles grandes épidémies comme le SIDA et la reprise de l'augmentation de l'espérance de vie dans les pays industriels sous l'effet de ce qui est communément appelé "la révolution cardio-vasculaire". Néanmoins, on peut garder de la théorie d'Abdel Omram le basculement de nos sociétés industrielles des maladies infectieuses aux maladies chroniques. Ces dernières sont définies par l'OMS comme "*des affections de longue durée qui évoluent dans le temps*"²⁴. Ainsi le diabète, les cardiopathies, les affections respiratoires, les cancers, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies neurodégénératives sont considérées comme des maladies chroniques. Les personnes âgées entrent totalement dans le champ de ces nouveaux patients dits "chroniques" dans la mesure où cette population présente le plus souvent plusieurs pathologies relevant de la chronicité (diabète, troubles cognitifs, affection respiratoires ...).

Avec l'âge, le recours aux soins augmente et le vieillissement de la population est concomitant d'une hausse de cette classe d'âge dans les séjours hospitaliers. La part des personnes de plus de 80 ans dans les séjours MCO est passée de 11,6% en 2007 à 12,9% en 2010. Parmi ces séjours, 75% ont été réalisés par le service public ou privé non lucratif. Sur l'ensemble de la population ce secteur totalise 69% des séjours MCO²⁵. On assiste donc à un important changement des populations accueillies à l'hôpital. Il accueille de plus en plus de patients âgés et chroniques essentiellement dans les établissements publics et privés non lucratifs. Ce phénomène ne peut être sans impact : l'hôpital s'est construit ces dernières années comme un lieu de soins aigus et curatifs, cette nouvelle population impose une prise en charge totalement différente qui s'inscrit dans le temps et dans l'accompagnement des personnes. Cette nouvelle population âgée aux polyopathologies chroniques vient également mettre à mal le financement des établissements obligés à des durées d'hospitalisation courtes alors que la prise en charge de cette population demande du temps. De plus, l'hôpital n'est

²⁴ www.who.int. Consulté le 10 mai 2016.

²⁵ Rapport de l'ATIH, *Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur les 80 ans et plus*, 31p, aucune date n'est précisée sur le rapport.

pas adapté pour l'accueil des personnes âgées. Une hospitalisation prolongée amène souvent une dégradation de l'état général à travers notamment la dénutrition, le risque d'escarres, la fonte musculaire et la perte de repère. Comme le note un gestionnaire de cas MAIA : *"Plus le temps de l'hospitalisation est long, plus le risque est grand de voir la personne se dégrader"*. Le risque d'infections nosocomiales est également diminué lorsque le séjour est plus court. Il est donc essentiel de s'intéresser aux conséquences du virage ambulatoire sur les personnes âgées. Ces dernières constituent la majorité de la population accueillie à l'hôpital. Elles seront donc les premières à également être impactées par l'évolution des prises en charge.

On le voit, les raisons du développement du virage ambulatoire sont multiples : rationalisation des dépenses, évolution des techniques et des pathologies à prendre en charge, modalités d'accueil hospitalières peu adaptées aux personnes âgées majoritairement atteintes de pathologies chroniques. Autant de raisons qui ont amené les pouvoirs publics à promouvoir le virage ambulatoire. C'est dans le champ de la chirurgie en particulier que ce virage s'exerce ces dernières années. Il amène à un véritable changement des prises en charge que nous allons maintenant évoquer.

3.3 - L'exemplarité de la chirurgie ambulatoire : la limite de l'éligibilité du patient

La généralisation de la T2A accroît fortement l'intérêt pour la chirurgie ambulatoire puisqu'elle permet de se centrer sur le soin en faisant disparaître l'hébergement. A ceci se rajoute l'apparition de nouvelles techniques permettant la réalisation d'actes chirurgicaux de plus en plus nombreux en ambulatoire. Pour toutes ces raisons, la chirurgie ambulatoire est largement promue par les pouvoirs publics. Les SROS- PRS²⁶ 2011-2016 fixent pour la première fois aux ARS un objectif chiffré de 50% de chirurgie ambulatoire en 2016. En 2015 une nouvelle circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)²⁷ préconise un recours à la chirurgie ambulatoire de 66,2% à l'horizon 2020. Ceci devrait permettre de générer une économie de 600 millions d'euros ce qui correspond au scénario fort proposé par le rapport

²⁶ Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) ont été modifiés par la loi HPST de 2009 : ils s'intègrent désormais au sein des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et leur champ d'application est étendu aux soins ambulatoires. Ces nouveaux SROS sont appelés SROS-PRS.

²⁷ Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020. Consultée le 27/04/2016 sur le site www.circulaire.legifrance.gouv.fr .

des Inspections Générales des Finances (IGF) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de juillet 2014²⁸.

A) Le développement de la chirurgie ambulatoire

Si quelques expérimentations avaient eu lieu précédemment sur le territoire, c'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991²⁹ et les décrets d'application d'octobre 1992³⁰ qui donnent le premier cadre législatif à l'activité de chirurgie ambulatoire. La loi la reconnaît comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique et l'intègre à la carte sanitaire de chirurgie. L'extension, comme la création, de places de chirurgie ambulatoire est soumise à la suppression concomitante de lits d'hospitalisation complète selon un principe dit du taux de change. Les décrets définissent les modalités d'exercice de la chirurgie ambulatoire : ils précisent la présence sanitaire nécessaire (un médecin coordonnateur, un infirmier ou kinésithérapeute pour cinq patients présents), les informations à faire apparaître sur le bulletin de sortie signé par le médecin (identités des professionnels intervenus auprès du patient, recommandations sur la conduite à tenir en termes de surveillance post chirurgicale, coordonnées de l'établissement assurant la permanence et la continuité des soins) et les modalités d'organisation du bloc dédié à l'activité. Ce premier cadre d'exercice a subi depuis vingt ans des modifications allant toutes dans le sens de l'assouplissement des règles et cherchant à promouvoir le développement de ce type de prise en charge. En 2012, de nouveaux décrets³¹ permettent l'assouplissement des dispositifs d'encadrement avec la disparition du médecin coordonnateur, tout comme celle du taux minimal de présence infirmière. Mais c'est surtout une politique tarifaire favorable qui va permettre un développement important de cette activité. Depuis 2008, la procédure de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) impose un accord du service de contrôle médical à une prise en charge en

²⁸ Rapport de l'Inspection Générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, juillet 2014, 288 p. Consulté le 27/04/2016 sur le site www.igas.gouv.fr.

²⁹ Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Consultée le 22/04/2016 sur le site www.legifrance.fr.

³⁰ Décrets 92-1100, 92-1101, 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Consultés le 22/04/2016 sur www.legifrance.fr.

³¹ Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. Consulté sur le site www.legifrance.fr le 25/04/2016.

hospitalisation complète plutôt qu'en ambulatoire pour des gestes ciblés³². Enfin, une instruction de la DGOS du 27 décembre 2010³³ aux ARS stipule que la prise en charge ambulatoire est étendue "à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie". Cette instruction fait également du développement de la chirurgie ambulatoire une des priorités du Programme de Gestion Des Risques (PGDR). Jusqu'alors substitutive, la chirurgie ambulatoire devient la pratique de référence.

En 2009, la dernière étude internationale de l'International Association for Ambulatory Surgery³⁴ (IAAS) place la France au 7^{ème} rang des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) avec un pourcentage de chirurgie ambulatoire de 36% contre 74% pour le Danemark qui arrive en tête. Pourtant l'activité ambulatoire a fortement progressé en France ces dernières années. L'Agence Technique de l'Information pour Hospitalisation (ATIH) a présenté, en mars 2016, son rapport³⁵ sur l'activité ambulatoire en France. Entre 2010 et 2014 la France est passée de 43,3% d'activité ambulatoire à 50%. En 2014, 6,2 millions de séjour en chirurgie ont été réalisés et, pour la première fois, un séjour sur deux est désormais pris en charge en ambulatoire. Cette pratique se substitue à celle de l'hospitalisation complète. Historiquement le secteur privé occupe la plus grande part de marché de l'activité ambulatoire au détriment du secteur public. Cependant, de 2010 à 2014, la part du secteur public progresse, même si le secteur privé reste prédominant. Les progressions diffèrent selon les spécialités chirurgicales : l'ophtalmologie arrive en tête suivie par la stomatologie, l'ORL, la gynécologie, l'urologie, l'orthopédie et le digestif. Des pratiques innovantes dans le champ des mastectomies et des prothèses totales de hanche participent également à cette progression. Le développement prochain des prothèses totales de hanche en ambulatoire devrait notamment impacter les personnes âgées lors des fractures du col du

³² Ce dispositif a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le nombre de geste a été progressivement élargi : 5 en 2008, 17 en 2009 et 38 en 2012, 43 en 2013/2014 et 55 en 2015.

³³ Instruction DGOS/R3 no 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque. Consultée le 24/04/2016 sur le site www.social-sante.gouv.fr.

³⁴ International Association for ambulatory surgery. *Day surgery activities 1995* et *Day surgery activities 2009*. L'IAAS est une association internationale créée en 1995 à Bruxelles lors du premier congrès international de chirurgie ambulatoire. Elle regroupe les associations nationales de 18 pays qui se consacrent à cette activité. Sa mission est dédiée au développement de la chirurgie ambulatoire. Elle édite un journal trimestriel et dispose d'un site internet : www.iaas-med.com.

³⁵ Rapport de l'ATIH, *Etat des lieux 2014 sur l'activité de chirurgie ambulatoire*, mars 2016, 16 p. Consulté le 26/04/2016 sur le site : www.atih.sante.fr.

fémur par exemple. Ce développement rapide n'est pas sans conséquences sur les pratiques hospitalières.

B) Une modification des pratiques hospitalières

Le développement de la chirurgie est bien plus qu'une simple démarche de réduction des coûts hospitaliers, c'est aussi un concept d'organisation centré sur le patient qui impose une véritable réflexion sur l'organisation des soins. Comme l'affirme Claude de Lathouwer, premier président de l'IAAS et pionnier du développement de la chirurgie ambulatoire en Belgique, la chirurgie ambulatoire est *"considérée comme un concept à part entière aux multiples facettes qui s'adresse à toutes les catégories de population et toutes spécialités médicales [...] Les aspects architecturaux, médicaux, économiques et qualitatifs constituent, certes des caractéristiques remarquables de la chirurgie ambulatoire mais l'essentiel est ailleurs. En effet, la chirurgie ambulatoire se définit avant tout comme un concept d'organisation. [...] Cependant si l'organisation est l'élément le plus remarquable du concept, elle ne l'est pas tant de son propre fait que par la place tout à fait centrale qui est attribuée au patient en son sein. L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation"*³⁶. C'est ainsi qu'un gériatre l'évoque lors de notre entretien : *"c'est la mise en place d'une organisation hospitalière qui sert l'ambulatoire et qui rend accessible l'ambulatoire pour toutes les populations"*. Le changement culturel des pratiques est ici profond, c'est pourquoi l'Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ont été conjointement mandatées par la DGOS en 2011 pour produire plusieurs guides et outils afin d'accompagner les professionnels et les établissements.

Cette nouvelle organisation reste cependant difficile à mettre en place essentiellement dans le secteur public (nous avons vu que le secteur privé s'est depuis longtemps converti à la chirurgie ambulatoire). Elle demande un travail important autour de la programmation des actes et de la gestion des flux : personnels soignants, brancardiers, restauration, secrétariat, présence médicale... Chacune de ces activités est dorénavant centrée sur le patient afin d'assurer sa sécurité et son confort. La mesure du temps change puisque le patient doit pouvoir quitter la structure *"au bout de douze heures en ayant reçu des soins de qualité identique à celle d'une chirurgie classique"*³⁷. L'architecture des établissements est également à revoir afin de permettre la création de cette unité autonome.

³⁶ DE LATHOUWER C, JAMES H, "Ambulatory surgery: an organizational and cultural revolution, a social and political challenge", *Ambulatory Surgery*, 1999, p183-186. Traduction française dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2001, juin 2001, p 1029.

³⁷ *Op. cit.*

Les cadres de santé de ces structures ont toutes évoqué la difficulté majeure que représentait cette gestion pour une prise en charge optimale des personnes. Pour l'une d'entre elle *"ce travail est colossal : il faut allier une optimisation des lits et une prise en charge correcte"*, *"les débuts de journée et d'après-midi sont de véritables tsunamis"*. Le travail de lien et de coordination s'avère donc essentiel. Un service s'est vu accepter par sa direction le détachement d'une infirmière qui coordonne les arrivées jusqu'à 9h00, dans un autre établissement la demande de la cadre n'a pu aboutir. Il s'agit effectivement de coordonner tout à la fois l'arrivée et l'installation des patients, le respect des plannings du bloc opératoire, la prise en charge pré et postopératoire et une sortie en toute sécurité. Ce travail de gestion des flux, propre à l'activité ambulatoire, vient bousculer l'organisation traditionnelle des services de soin.

L'ambulatoire modifie donc en profondeur l'organisation traditionnelle d'un service chirurgical. Si le temps de l'intervention est un temps central, *"il faut blinder l'amont et l'aval pour que ça marche"* précisent encore les cadres de santé. Il est préconisé par les sociétés savantes³⁸ de délivrer en aval le maximum d'information aux patients. Cela concerne les mesures pré opératoires (jeûne éventuel à respecter, gestion des traitements en cours, préparation du corps à l'intervention) et postopératoires (les trois principaux éléments étant : la douleur, les nausées-vomissements et le risque hémorragique). Mais l'environnement est aussi essentiel à prendre en compte : l'accompagnement par un tiers pour le retour au domicile, un environnement adapté, les modes de recours en cas d'évènement non prévu sont également indispensables. Autant d'informations que le praticien (chirurgien ou anesthésiste) est tenu de délivrer à la personne. Une arrivée mal préparée va tout de suite désorganiser l'ensemble du service et le programme du bloc opératoire, une sortie mal anticipée va mettre le personnel en difficulté. Concernant la prise en charge des personnes âgées, elles recommandent de les inscrire au début du planning opératoire : *"ces personnes sont polyopathologiques et fragiles. La récupération est plus difficile et plus aléatoire...Il faut l'anticiper dans la préparation du planning"* note une cadre de santé. Ce travail de coordination est d'autant plus difficile à mettre en place que la majorité des praticiens relèvent du champ du libéral et ne sont que peu habitués à un travail de partenariat. Ils sont également peu formés à une approche globale du patient et s'attardent plus sur le geste à réaliser que sur l'environnement psycho-social de ce dernier. Les tâches de chacun sont difficiles à répartir entre la cadre de santé, les secrétaires médicales et les praticiens. L'exemple de l'appel de la veille et du lendemain est à cet égard significatif. Bien que largement préconisé par les

³⁸ L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) et la Société française des Anesthésistes Réanimateurs (SFAR) participent aux travaux de l'HAS et de l'ANAP et sont régulièrement sollicités par les pouvoirs publics autour des questions de la chirurgie ambulatoire.

recommandations des bonnes pratiques³⁹, aucun des services interrogés n'a encore réussi à le mettre en place de façon pérenne. Comme le reconnaît une cadre interrogée : *"Il y a tous les jours un problème de lit à trouver pour une raison médicale ou un problème d'environnement, d'isolement mal évalué...Cela génère des frictions avec les services quand une personne monte vers 20h00 car l'ambulatoire ferme et qu'il ne peut sortir avant 22h... Pour les équipes c'est un échec."*

Les équipes d'ambulatoire sont le plus souvent mal perçues par les équipes d'hospitalisation complète. Ces dernières ont l'impression *"qu'on ne travaille pas en ambu.... Le travail en ambu n'est certes pas technique mais c'est un autre travail : il faut cerner vite les problèmes, le rythme est effréné, il faut être réactif et organisé."*, *"les gens ont souvent l'impression que l'ambu c'est facile : on donne un goûter, un bon de sortie et c'est réglé. Les horaires sont agréables, il n'y a pas de week-end, et, niveau soin c'est de la bobologie...Certes il y a peu de choses très techniques mais le relationnel et l'évaluation sont très importants"*. Pour ces cadres les équipes souffrent de ce manque de reconnaissance de la part de leurs collègues, mais également des médecins qui *"prennent rarement le temps de venir voir les équipes si ce n'est pour signer un bon de sortie"*. Cependant elles reconnaissent que ce regard change avec l'arrivée de nouveaux professionnels, via les pools de remplacement, qui diffusent ensuite dans l'établissement une autre image du travail en ambulatoire. Ainsi ce nouveau mode de prise en charge vient bousculer non seulement les organisations, mais les identités professionnelles jusqu'ici construites autour de la technicité et du soin.

Un autre point pose question : celui de l'éligibilité du patient. Il questionne notamment la prise en charge ambulatoire des personnes âgées. Définies préalablement au regard du critère d'âge, on peut s'interroger sur la pertinence de ce critère.

C) La limite de l'éligibilité du patient et la notion de fragilité

L'éligibilité du patient est, en effet, au cœur du développement de la pratique ambulatoire. La décision est prise conjointement par le médecin et le patient. Elle est prise au cas par cas et se base sur le triptyque patient-acte-structure. Elle repose sur l'analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient, sur la prévisibilité de sa prise en charge (en raison notamment d'éventuelles co-morbidités associées) et sur l'organisation mise en place. Elle oblige le praticien à prendre en compte la personne dans sa globalité : son état de santé certes, mais également les aspects sociaux, environnementaux (la question de l'hébergement est

³⁹ HAS et ANAP, *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire-Socle de connaissance*, juillet 2012, 21p. Consulté le 24/04/2016 sur le site www.anap.fr.

d'ailleurs centrale) et psychologiques. Cela leur demande une nouvelle approche globale de la personne. Le critère médical demeure essentiel dans le choix d'une intervention ambulatoire, mais il est largement insuffisant pour présider seul à la décision. Il est essentiel de s'assurer que la personne est accompagnée lors de sa sortie et pendant les premières 24 heures au domicile, que cet entourage, ou le patient lui-même, sont en capacité d'assurer le suivi postopératoire (pansement, rééducation, adaptation des ordonnances...) que l'intervention peut nécessiter. Le critère d'âge, préalablement choisi en introduction pour définir la personne âgée, ne semble dès lors plus pertinent au regard des questions posées par l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire. Une autre notion semble ici plus pertinente : celle de personne âgée fragile.

Cette notion a été développée ces dernières années et permet de dépasser le critère d'âge. Dans un article de 2015, le Professeur Bruno Vellas⁴⁰ du gérontopôle du CHU de Toulouse, propose trois types de populations de personnes âgées.

- Les personnes âgées en bonne santé ou robustes. Elles peuvent présenter quelques pathologies chroniques, sans que cela affecte leur fonction physique ou leur qualité de vie. Cette population représente environ 50 à 60% des personnes de plus de 65 ans.
- Les personnes âgées dépendantes avec incapacité de vie sévère pour les actes de la vie quotidienne. Le plus souvent confinée au domicile ou en institution, cette population représente environ 10% des plus de 65 ans et se retrouve souvent dans les services de gériatrie.
- Les personnes pré-fragiles ou fragiles qui représentent 30 à 40% des personnes âgées de plus de 65 ans.

La notion de fragilité est largement évoquée dans la littérature sans pour autant reposer sur un état physiopathologique validé ou donner lieu à une définition consensuelle. Elle ne fait d'ailleurs pas consensus. Elle a cependant été largement reprise par les professionnels lors de mes entretiens ce qui a amené la décision de la retenir et de la préciser. La fragilité évoque *"ce qui se brise facilement"*, mais également ce qui est *"précaire, vulnérable, faible et instable"*⁴¹. Pour la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) : *"La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le*

⁴⁰ VELLAS B, "le virage ambulatoire de la gériatrie", *Revue Hospitalière de France*, avril-mars 2015, p 66-67.

⁴¹ www.larousse.fr. Consulté le 19/04/2016.

*syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible*⁴².

La notion de personne âgée fragile permet de dépasser le critère d'âge. Une personne âgée est éligible, non au regard de son âge ou de ses pathologies, mais au regard de son environnement médico-social. Les facteurs psychologiques, socio-économiques et environnementaux sont ici essentiels. Au-delà de la chirurgie ambulatoire, ces critères sont à prendre en compte pour toute prise en charge de personnes âgées. C'est l'élément principal qui met en difficulté l'hôpital dans l'accueil de ce nouveau public : le facteur soin n'est qu'une partie de la prise en charge. Pour être globale celle-ci nécessite une intime collaboration du sanitaire et du social. Travail d'autant plus difficile à mettre en place que nous avons vu en introduction à quel point les deux mondes étaient séparés. Néanmoins cette nouvelle population oblige les acteurs à un travail commun. Dans le cadre du virage ambulatoire cette coordination médico-sociale doit dépasser le seul cadre hospitalier et se tourner vers la ville.

3.4 - Des dispositifs pour améliorer les sorties

Afin de coordonner son activité avec celle de la ville, l'hôpital a dû mettre en place de nouvelles organisations lui permettant d'améliorer les conditions de sorties des personnes âgées ne relevant plus d'une prise en charge simplement médicale. L'assurance maladie a également développé des dispositifs d'aide au retour à domicile. Ces innovations dépassent le cadre de la chirurgie ambulatoire et intéressent l'ensemble du virage ambulatoire.

A) Une évolution des dispositifs hospitaliers

Au-delà de la chirurgie ambulatoire, les établissements de santé ont développé en leur sein de nouveaux dispositifs pour permettre de réduire les DMS. Le CHU de Grenoble a ainsi mis en place, depuis 2013, une unité d'aide au placement (couramment appelé "sortologie") qui se compose de plusieurs cellules.

- Une cellule de gestion des lits qui n'est pas déployée sur l'ensemble des pôles de l'hôpital et concerne 352 lits. Le personnel est composé de paramédicaux (infirmière

⁴² HAS, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire-fiche parcours*, juin 2013. Consulté sur le site www.has-sante.fr le 30/04/2016.

et aide-soignante) ainsi que de personnel médico-administratif en restriction de tâches. Cette équipe fait chaque matin le tour des cadres de santé afin d'obtenir la liste des lits disponibles, des hospitalisations prévues et le bilan des prises en charge particulières.

- Une cellule de placement des patients des urgences gérée par une cadre de santé en lien direct avec les urgences. Selon la cadre rencontrée le travail est difficile car *"le chef de service garde de toute façon la main sur la décision finale. Il manque une vraie cellule d'ordonnancement car selon la présentation médicale certains services refusent. Il y a d'ailleurs un service où la cellule est interdite de séjour par le médecin"*.
- Une cellule des sorties complexes qui n'est pas encore déployée sur l'ensemble de l'établissement et qui est composée d'une cadre de santé, d'un médecin et d'une assistante sociale. En 2015 cette cellule avait géré environ cent cinquante dossiers et fin mai 2016 soixante dossiers ont été traités. Cette unité travaille en relation avec les cadres de santé des services qui leur transmettent les sorties qui se présentent comme difficiles. De plus la cellule étudie la liste des séjours et va questionner ceux qui dépassent trois semaines pour le MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) et trois mois pour la psychiatrie. Une réunion hebdomadaire a lieu avec la direction, les assistantes sociales des services concernées, l'Hospitalisation A Domicile (HAD), la plateforme CPS⁴³ et les tutelles. Le CPS, sur lequel nous reviendrons ultérieurement, est ici un acteur essentiel. Il représente par ailleurs le lien vers l'extérieur. Pour son directeur la participation du réseau à ces réunions hebdomadaires permet une meilleure anticipation des sorties. C'est pour lui un véritable pas en avant vers l'amélioration des relations entre l'hôpital et la ville.

Les pratiques hospitalières changent et la cellule de sortie complexe prend toute sa place dans le cadre du développement du virage ambulatoire car elle permet une ouverture de l'hôpital vers la ville et une anticipation des sorties difficiles. Cependant les difficultés sont nombreuses à lever avant que l'unité trouve totalement sa place dans l'établissement. Il y a d'abord *"un frein médical très important. Nombre de chefs de service refusent de nous parler, en neurologie notamment nous n'avons pas le droit d'entrer dans le service... Je ne comprends pas que l'on n'ait pas plus de soutien de la direction. C'est encore les médecins qui décident de tout !"* déplore la cadre rencontrée. L'autre difficulté est venue des assistantes sociales qui *"ont très mal accueilli le dispositif au début. Elles ont eu l'impression que l'on venait surveiller et critiquer leur travail. Certaines nous opposent encore la confidentialité des dossiers et ne veulent pas en partager l'accès. Là aussi on manque de soutien et je ne comprends pas*

⁴³ La plateforme Coordination Proximité Santé sera évoquée plus en détail ultérieurement.

pourquoi". Ainsi le changement des pratiques est difficile à mettre en œuvre et vient se heurter à des enjeux de pouvoir entre les catégories professionnelles d'un même établissement.

D'autres pratiques hospitalières sont également en évolution. L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les hôpitaux a modifié les pratiques dans le champ de la gériatrie. La place des assistantes sociales s'est notamment développée. Comme le souligne le Dr Kiledjian⁴⁴ : *"avant les assistantes sociales étaient une sorte de prestataire extérieur appelée en cas de problème. Maintenant elles voient tout le monde et sont devenues un membre à part entière de l'équipe"*. On prend ici la mesure de l'association indispensable du sanitaire et du social dans la prise en charge des personnes âgées. Le rôle des gériatres est également en évolution. Loin d'être cantonnés à leur service, ces derniers interviennent de plus en plus dans d'autres disciplines notamment dans les services d'urgence lors du besoin d'une expertise gériatrique, mais également en chirurgie. L'intervention en chirurgie est principalement liée au problème de l'ordonnance. Comme l'évoque un gériatre *"un chirurgien ne sait pas faire une ordonnance, ce n'est pas son métier. Il reprend le plus souvent celle du médecin traitant pas forcément adaptée. De plus en plus de médecins somatiques interviennent en unité de chirurgie ce qui améliore les choses"*. Le problème chirurgical n'est le plus souvent qu'un symptôme d'un problème médical sous-jacent. L'exemple des chutes est ici probant : au-delà de la réparation chirurgicale, il convient de s'intéresser aux raisons de cette chute pour tenter de prévenir une récurrence.

Le virage ambulatoire, tout comme l'apparition d'un grand nombre de personnes âgées au sein de l'hôpital, amène un véritable changement des pratiques dans le champ hospitalier. Cette évolution ne se fait pas sans difficultés. Claude de Lanthouwer note que *« Tous nos pays étant pourvus d'hôpitaux, la nécessité d'adapter et de transformer l'hôpital traditionnel constitue probablement l'obstacle majeur au développement de la chirurgie ambulatoire. Et ce d'autant plus que le parc hospitalier est important. En effet, l'hôpital est un centre et un enjeu de pouvoir considérable. Toucher à sa structure et aux dispositions de toute nature qui le régissent expose inévitablement à des résistances et des oppositions puissantes »*⁴⁵. Ces résistances dépassent le simple problème de la chirurgie ambulatoire et concernent l'ensemble des activités hospitalières.

Un autre acteur s'est intéressé à la chirurgie ambulatoire pour finalement s'étendre à d'autres activités : l'assurance maladie.

⁴⁴ Responsable du pôle gériatrique du CH de Vienne.

⁴⁵ LANTHOUWER C, *Op. cit.*

B) Un nouveau dispositif de l'Assurance maladie : le PRADO

L'assurance maladie a mis en place depuis 2010 un PRogramme d'Aide au retour à DOmicile (PRADO). Ce dernier est déployé depuis 2013 dans le cadre de la chirurgie orthopédique. Il intervient en ambulatoire notamment pour favoriser l'extension de la pratique à de nouveaux gestes ou en hospitalisation complète afin de permettre une réduction des DMS indispensable depuis l'introduction de la T2A.

Lors de la consultation préopératoire, et après accord du patient, le praticien (chirurgien ou anesthésiste) envoie une demande de prise en charge au PRADO assorti du protocole de soins. Le service PRADO, à travers son Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) prend alors contact avec la personne. Le patient garde le choix des intervenants (majoritairement des infirmières ou des kinésithérapeutes) à son domicile. S'il n'est pas déjà en relation avec des professionnels de santé, le CAM lui propose une liste dans laquelle la personne pourra faire son choix. Après accord de la personne, le CAM s'occupe d'organiser le premier rendez-vous au domicile. Le jour de la sortie il se présente à la personne, lui remet un carnet de rendez-vous pré-rempli contenant toutes les informations nécessaires et lui fait signer le bulletin d'adhésion au programme. Des prestations ménagères peuvent également être fournies selon le niveau de revenus. Une évaluation est faite deux jours après la sortie et, dans les huit jours, un courrier est envoyé au médecin traitant pour l'informer de la prise en charge de la personne par le dispositif. Enfin, un bilan de satisfaction est réalisé par le CAM quinze jours après la mise en place de la prise en charge. Les CAM sont initialement des techniciens de l'assurance maladie formés pendant trois jours au sein de la CNAM, la suite de leur apprentissage s'effectuant "*auprès des plus anciennes*" pour reprendre la formule du conseiller rencontré. L'assurance maladie est en train de mettre en place une grille de salaire pour ces nouveaux personnels, cherchant ainsi à amener ce qui n'est encore qu'une fonction vers une véritable reconnaissance professionnelle.

Le PRADO a rencontré un vif succès auprès des professionnels rencontrés. Ces derniers, essentiellement des cadres de santé, trouvent leur travail facilité par l'intervention des conseillers. A titre illustratif, sur la chirurgie du rachis, les sorties du service interrogé se font maintenant à J+6 contre J+21 avant la mise en place du PRADO. Le dispositif aide les cadres dans leur travail de coordination en direction du social et de la ville.

Cependant le dispositif suscite des critiques virulentes auprès, notamment, du Collège de Médecine Générale (CMG)⁴⁶. Ces dernières portent sur l'exclusion du médecin traitant du dispositif. On peut noter ici qu'il en est de même pour la chirurgie ambulatoire, puisque le choix

⁴⁶ FOULT M, "*Le collège de médecine veut revoir le PRADO*", le 4 mars 2016. Consulté le 7 mars sur le site www.lequotidien.dumedeclin.fr

de ce type d'intervention se fait essentiellement entre le chirurgien et le patient alors que le patient est ensuite pris en charge par le médecin traitant. L'approche par pathologie à une période où la territorialisation est privilégiée est également critiquée. De plus l'intervention de personnels issus de l'assurance maladie (qui est "le payeur") est perçue par les professionnels de santé comme une intrusion désorganisant les acteurs de soins primaires de la ville.

Ainsi le virage ambulatoire des personnes âgées vient largement revisiter les organisations hospitalières. Cela ne se fait pas sans résistance des professionnels. Ces derniers voient leurs pratiques, comme leurs identités bousculées par de nouvelles prises en charge. La gestion des flux, comme l'anticipation des sorties deviennent un enjeu vital de la survie économique des hôpitaux comme de la réussite du virage ambulatoire.

Au-delà de son impact sur les organisations hospitalières, le virage ambulatoire modifie en profondeur la prise en charge des personnes âgées qui se déplace de l'hôpital vers la ville. La coordination ville/hôpital devient ainsi indispensable pour éviter les ruptures dans le parcours de soin.

IV - Le déplacement des soins de l'hôpital vers la ville et l'indispensable coordination des acteurs

La coordination ville/hôpital est un enjeu majeur pour la réussite du virage ambulatoire. Comme le note un médecin gériatre *"il n'y aura pas de virage ambulatoire sans soutien à la ville"*. L'enjeu ne se limite cependant pas à une simple coordination hôpital /ville. Les liens entre le sanitaire, le social et médico-social sont ici également essentiels. Les problématiques liées à l'accompagnement des personnes âgées ne relèvent pas uniquement d'une approche médicale. Elles nécessitent une approche globale. Dans un système de santé fragmenté c'est un enjeu de taille.

Cette deuxième partie va s'intéresser aux dispositifs développés en Isère afin d'améliorer la coordination, non seulement entre l'hôpital et la ville, mais également entre le social et le sanitaire. Elle repose sur l'analyse des entretiens menés.

Une première partie évoquera les filières gérontologiques à travers les hôpitaux de jour et les équipes mobiles gériatriques. Ensuite nous évoquerons les réseaux de santé et leur évolution d'une approche par pathologie à une approche territoriale. La plateforme du CPS de Grenoble en est un exemple. Enfin le développement récent des MAIA nous permettra d'introduire le concept d'intégration. Pour finir un regard sera porté sur une expérimentation de Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) dans le nord Isère.

4.1 - Diverses composantes des filières gériatriques

L'Isère compte quatre Inter Filières Gérontologiques et Gériatriques (IFFG). Les termes employés ne sont pas neutres. Les textes législatifs définissent des filières gériatriques ce qui évoque le champ médical de la prise en charge. Le vocable "gérontologique" vient élargir une approche purement médicale au champ social et médico-social, élargissement que nous avons vu indispensable à l'accompagnement des personnes âgées fragiles. Cette partie présentera les filières gérontologiques et gériatriques avec un regard particulier sur la filière de Vienne du nord Isère, puis les hôpitaux de jour et les équipes mobiles gériatriques qui sont deux dispositifs essentiels à l'accompagnement des personnes âgées.

A) Les filières gérontologiques et gériatriques : l'IFGG de Vienne

La circulaire du 18 mars 2002⁴⁷ est un des premiers textes fondateurs des filières gériatriques et gérontologiques. Par la suite cette dynamique est reprise par le plan solidarité Grand Age 2007-2012⁴⁸ qui préconise de "*resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital*". Pour ce faire il propose "*d'organiser sur chaque territoire de santé une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés*". Au-delà de la prise en charge des personnes, le plan souligne l'importance de "*créer un réseau qui permettent aux différents acteurs de nouer un partenariat de confiance, indispensable pour que les patients passent facilement d'une structure à une autre*". La circulaire du 28 mars 2007⁴⁹ instaure véritablement le dispositif. La filière "*doit permettre à chaque personne âgée quel que soit son lieu de résidence de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique*". Elle doit également assurer "*un rôle de ressources dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social*" et "*s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats*". C'est bien là la plus-value majeure d'une filière : associer sur un territoire donné l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées. Le but recherché est de favoriser

⁴⁷ Circulaire DHOS n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration des filières de soins gériatriques. Consulté sur www.legifrance.fr le 5 mai 2016.

⁴⁸ Plan solidarité-Grand Age, présenté par Philippe Bas le 27 juin 2006. Consulté sur le site www.cnsa.fr le 20 mai 2016.

⁴⁹ Circulaire DHOS N° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Consulté sur le site www.social-sante.gouv.fr le 22 mai 2016.

l'accès aux soins et d'améliorer la coordination des acteurs dans un esprit d'interdisciplinarité. Il n'existe pas de modèle type de filière. Elle se construit en fonction des problématiques en jeu sur un territoire donné, des besoins de la population et des acteurs en présence. La constante est le rôle central joué par le centre hospitalier de référence.

La circulaire, reprenant les grands axes du plan solidarité Grand Age, recommande que les filières s'appuient sur un établissement de soin support qui doit comprendre une unité de court séjour gériatrique permettant d'éviter les passages aux urgences, une unité de soins de suite et de réadaptation, une équipe mobile gériatrique, un pôle d'évaluation gériatrique comprenant un hôpital de jour, des consultations et des consultations mémoire et, enfin, un nombre de lits en unité de soins de longue durée suffisant au regard des besoins du territoire. Une fois constituée cette filière doit nouer des partenariats avec l'HAD, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de famille et de patients et les structures de coordination du territoire. La circulaire préconise la réalisation d'une charte permettant de définir les rôles et missions de chacun au sein de la filière. Les quatre IFFG de l'Isère ont signé une charte.

Les filières sont donc l'outil de coordination indispensable à la prise en charge des personnes âgées. Elles permettent à l'hôpital de se tourner vers l'extérieur et une rencontre entre les mondes médicaux, sociaux et médico-sociaux. Les filières permettent une évolution du rôle de l'hôpital. Elle se réalise en interne avec la création de nouveaux services ambulatoires dont nous avons vu, à travers l'exemple de la chirurgie, qu'ils modifient les pratiques hospitalières. Mais cela permet également une évolution du positionnement de l'hôpital vis à vis de ses partenaires extérieurs. L'hôpital dépasse son rôle de « *prestataire de soin* » pour devenir un « *hôpital réseau* »⁵⁰, ce qui modifie non seulement le système hospitalier mais l'ensemble du système de santé sur le territoire concerné.

C'est l'IFGG de Vienne, dans le nord Isère, qui retient ici notre attention. Le territoire de la filière dépasse le cadre du département et s'étend sur l'Isère, le Rhône et la Loire. Elle est portée par le CH de Vienne où un pôle gériatrique a été créé. Ce dernier comprend trois unités de douze lits de médecine gériatrique aiguë, trois unités de soins de suite et de réadaptation, dix lits de court séjour gériatrique, huit lits palliatifs et dix lits en Unité Cognitive-Comportementale (UCC). Il est prévu de compléter ce dispositif hospitalier par la création d'un hôpital de jour pour le début 2017. Ce dernier comprendra trois jours dédiés à la rééducation

⁵⁰DJELLAL F, GALLUJ C, "De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux : les différentes facettes de l'innovation hospitalière", *Revue Française des Affaires Sociales*, la Documentation Française, 2004, p 223-248.

et deux jours à l'évaluation. Un EHPAD relève également du CH comprenant cinq unités de vie, un accueil de jour et une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) récemment labellisé. L'ensemble de ce dispositif, qui permet une offre de soin gériatrique complète, porte la filière gériatrique. Cette dernière a développé des outils permettant une coordination des acteurs de la prise en charge des personnes âgées, certains relevant de l'application des différents plans Alzheimer, d'autres d'initiatives locales.

- Une plate-forme d'accompagnement et de répit pour les aidants
- Une équipe mobile extrahospitalière tournée vers la psychiatrie
- Une astreinte téléphonique gériatrique
- Une permanence téléphonique entre les urgences et les EHPAD
- Un réseau de santé nommé Visage
- Une MAIA

Les locaux du réseau de santé Visage, comme ceux de la MAIA, sont au sein même de l'hôpital ce qui facilite grandement les échanges entre les partenaires. C'est d'ailleurs le réseau qui porte la MAIA, seul cas du département, les autres MAIA étant portées par le conseil départemental. L'IFGG de Vienne s'appuyant, tel que recommandé par les textes, sur un centre hospitalier de référence dynamique a permis de développer les échanges entre les partenaires. Il en découle une meilleure connaissance des rôles et des attributions de chacun. Cela favorise la création d'outils communs au service de l'amélioration des prises en charge sanitaires et sociales des personnes âgées. Ainsi la permanence téléphonique entre les EHPAD et les urgences a grandement amélioré les prises en charge. Selon le Dr Kiledjian « *Ils se connaissent mieux. L'initiative revient aux services des urgences. Le dispositif a été très bien accueilli. Cela rassure les EHPAD et les urgences ont compris que l'EHPAD ce n'est pas l'hôpital* ». Pour ce médecin, les conditions de réussite d'une filière ne sont pas financières, mais tiennent « *à une bonne gouvernance, c'est-à-dire une instance qui coordonne mais ce n'est pas si simple à mettre en place... Les relations avec le conseil départemental ne sont pas toujours simples car on est à la frontière du sanitaire et du médico-social... L'aspect "supra" n'est pas toujours aidant mais il est indispensable à une filière* ».

En février 2011 l'IGAS⁵¹ note que « *depuis une dizaine d'années, l'hôpital est devenu le pôle majeur de l'organisation des soins aux personnes âgées en tant que support et animateur de la filière gériatrique* ». Mais la filière doit se garder d'une vision trop hospitalo-centrée. Ainsi tout l'art de la conduite d'une filière réside en la capacité de permettre à chaque acteur d'y trouver sa place. L'apport d'une charte prend alors tout son sens en ce qu'elle

⁵¹ Rapport IGAS, *Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales*, février 2011, 11p, p30.

Consulté sur le site www.igas.gouv.fr le 28 mai 2016.

permet à chacun de connaître son rôle et ses missions comme ceux de ses partenaires. Les interactions entre chacun ne dépendent pas de lien de subordination, c'est la coopération qui est recherchée. L'IFGG de Vienne a ainsi permis aux acteurs de se connaître et d'apprendre à travailler ensemble. Elle est devenue un dispositif indispensable à la prise en charge des personnes âgées et à la réussite du virage ambulatoire dans le nord Isère. Si elle cherche maintenant à développer en son sein un hôpital de jour gériatrique c'est que ce dispositif est également un élément clef de la coordination.

B) Les hôpitaux de jour gériatriques

Les structures alternatives à l'hospitalisation comme les Hôpitaux De Jour (HDJ) gériatrique permettent une prise en charge pluridisciplinaire sur un temps réduit. Ces séances permettent des investigations pour un diagnostic, des soins médicaux, un suivi ou une évaluation gériatrique. A l'origine le concept d'hôpital de jour est issu de la psychiatrie de secteur. A la même époque, le rapport Laroque⁵² de 1962 souligne l'intérêt de ces structures pour le maintien à domicile des personnes âgées. Une circulaire de 1971 permet la création des hôpitaux de jour définis comme des "*unités destinées à des personnes âgées dont l'état nécessite des soins que pourraient donner un personnel médical, infirmier, kinésithérapeute sans que l'hébergement ne soit pour autant nécessaire*". A la suite de cette circulaire quelques expériences éparpillées et très diverses ont lieu sur le territoire (notamment à l'hôpital Charles Foix d'Ivry sur Seine) jusqu'à la création en 1987 de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées (APHJPA)⁵³ qui permet une meilleure structuration du secteur. En 1992, la circulaire relative aux structures alternatives à l'hospitalisation définit l'objet de ces structures qui est "*d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée*". Leurs activités sont dissociées des visites ou des consultations à domicile et doivent permettre "*la mise en œuvre d'investigations à visées diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitement de réadaptation fonctionnelle ou une surveillance médicale*"⁵⁴. Cependant, à cette époque, la lisibilité de ces dispositifs est encore

⁵² Rapport Laroque, *Politique de la vieillesse*, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, 1962.

⁵³ Cette association de loi 1905 regroupe aujourd'hui 112 adhérents et a pour vocation la promotion des hôpitaux de jour gériatrique, une réflexion sur les pratiques de soin et une implication dans les projets de recherche clinique.

⁵⁴ Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L712-2 du code de la santé publique. Consulté le 22/04/2016 sur le site www.legifrance.fr

difficile car ils se trouvent à la croisée de différents dispositifs : consultation externe, consultation mémoire, accueil de jour... La circulaire DHOS du 31 août 2006⁵⁵, dite circulaire frontière, en affine les contours à travers des modalités de tarifications spécifiques, la clarification sur des prises en charge de moins d'une journée et une distinction de l'activité des hôpitaux de jour de celle des consultations extérieures. Ainsi défini, l'hôpital de jour gériatrique permet la mise à la disposition du patient de moyens adaptés à son état de santé, la réalisation de bilan diagnostique ou thérapeutique, ou examens permettant une synthèse diagnostique par une équipe pluridisciplinaire.

Les hôpitaux de jour sont un élément crucial de la filière gériatrique que la circulaire du 28 mars 2007 définit comme des structures « *située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Il assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques.* ». Ils permettent sur un temps court d'une journée une prise en charge pluridisciplinaire de la personne âgée : la réalisation de soins lourds (transfusions, pansements de plaies complexes, ponction...), l'accès au plateau technique, mais également un bilan global à travers l'intervention de multiples acteurs : infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, nutritionnistes, assistantes sociales, psychomotricien... Une synthèse est ensuite réalisée au sein de cette équipe pluridisciplinaire et envoyée au médecin traitant. Les recommandations permettent d'adapter la prise en charge et évitent des hospitalisations inutiles. Il arrive qu'un patient récusé en chirurgie soit finalement opéré après un bilan réalisé à l'hôpital de jour.

Le déroulement de la séance sur une journée permet de prendre plus de temps avec la personne et son entourage. La temporalité différente des personnes âgées, qui constitue une de ces spécificités, est ainsi mieux respectée. La cadre de santé explique que *"l'accueil est favorisé avec le service d'un petit déjeuner et les personnes sont installées dans des lits pour limiter la fatigue, c'est essentiel de prendre son temps, de mettre les gens en confiance...L'HDJ fonctionne un peu comme une prévention primaire...Pour bien évaluer la situation, il faut prendre le temps d'écouter les personnes"*. Le Pr Couturier, responsable du service au CHU de Grenoble, insiste également sur cette temporalité *"La prise en charge des personnes âgées n'est pas possible dans une usine à gaz de quarante personnes : il y a une perte de repère, une fragilité, un besoin de prendre son temps...L'HDJ permet d'accueillir des personnes fragiles avec un accès à un plateau technique.... Le CHU n'est pas adapté à la personne âgée, un pôle d'évaluation gériatrique fort est indispensable."* Il tente cependant

⁵⁵ Circulaire DHOS n° 2006-376 du 31 août 2006. Consulté le 30/04/2016 sur le site www.social-sante.gouv.fr

d'organiser le service pour pouvoir prendre le temps avec les personnes. Par exemple les cinq lits disponibles n'accueillent jamais cinq nouveaux patients afin de pouvoir prendre le temps nécessaire avec chacun. Comme pour la chirurgie, la difficulté est, selon lui « *la gestion des flux qui est terriblement chronophage* ». Pour améliorer cette gestion, une infirmière coordinatrice est entièrement dédiée à l'organisation de l'hôpital de jour. Le Pr Couturier garde également un lit en hospitalisation complète jusqu'à midi, permettant ainsi un basculement de la personne sur une prise en charge plus longue si nécessaire. La recherche de lit quotidienne évoquée pour la chirurgie ambulatoire se trouve ainsi facilitée. On constate qu'en médecine, comme en chirurgie, une prise en charge ambulatoire implique une réflexion sur une nouvelle organisation et sur les rôles de chacun au sein d'un service centré sur le patient.

C) Les équipes mobiles gériatriques

Les filières gériatriques peuvent également s'appuyer sur les Equipes Mobiles Gériatriques (EMG). Ces dernières « *assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé* »⁵⁶. Tout comme les HDJ elles ont vocation à « *dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique* »⁵⁷. Les EMG sont une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'un temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétariat. Ces équipes apparaissent dès 2002 à travers une activité essentiellement intra hospitalière. Leur premier objectif était de se déplacer dans les différents services de l'établissement qui faisaient appel à elles afin d'apporter leur compétence gériatrique là où le besoin s'en faisait sentir. L'activité des EMG est essentiellement tournée vers les personnes âgées fragiles pour qui l'hospitalisation, ou l'épisode aigu ayant nécessité cette hospitalisation, présente un risque de détérioration de l'état général. Les personnes plus autonomes relèvent des compétences du service qui les prend en charge. Elles agissent donc prioritairement pour éviter une perte d'autonomie des personnes et apporter une expertise gériatrique. Cependant, même si les demandes d'expertise sont de plus en plus nombreuses, la majorité des recours aux EMG traduit une demande d'aide d'orientation à la sortie.

Avec le temps le champ d'intervention des EMG évolue vers une activité extrahospitalière. Ces équipes peuvent intervenir en EHPAD et au domicile du patient si ce

⁵⁶ Circulaire DHOS N° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Consulté le 22 mai 2016 sur le site www.social-sante.gouv.fr

⁵⁷ *Ibid.*

dernier est pris en charge par un réseau de soin ou un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD). Sur le territoire isérois cette activité extrahospitalière s'oriente essentiellement vers un appui dans les situations à la limite de la gériatrie et de la psychiatrie. Ce sont effectivement des situations qui mettent très rapidement les équipes du domicile ou des EHPAD en difficulté. Ces équipes constituent une interface entre la filière gériatrique et les autres services hospitaliers (en particulier les services d'urgence où leur intervention systématique est recommandée pour toute personne âgée à risque d'hospitalisation prolongée), les établissements médico-sociaux (essentiellement les EHPAD) et les intervenants du domicile.

Les HDJ, comme les EMG sont des acteurs cruciaux de la filière gériatrique. Au-delà du temps de l'hospitalisation et de la réalisation des préconisations, ces dispositifs sont des lieux d'échange et de coordination. Les préconisations n'ont de sens que si elles sont mises en place. Ce suivi implique un lien constant de coordination entre les différents acteurs qu'ils relèvent de la ville ou de l'hôpital. Et c'est bien cette coordination qui est un des objectifs fondamentaux de la filière gériatrique. Enfin l'hôpital de jour et les équipes mobiles gériatriques permettent la diffusion de la « culture gériatrique » en faisant connaître le rôle de la gériatrie aux acteurs plus éloignés de cette spécificité.

Dans le cadre du virage ambulatoire des personnes âgées fragiles, ces deux dispositifs trouvent tout leur sens en permettant la coordination des acteurs dont on a vu qu'elle était une condition indispensable à sa réussite. Les inter filières gérontologiques et gériatriques de l'Isère ont pu développer des dispositifs de lien entre l'hôpital et la ville. Ces dispositifs ont acquis, au fil du temps, expérience et légitimité. Cependant les filières ne sont pas le seul dispositif que met en jeu le virage ambulatoire. D'autres, ne relevant pas du secteur hospitalier, sont développés.

4.2 - L'évolution des réseaux de santé

Si l'hôpital s'adapte au virage ambulatoire et à l'arrivée de nouvelles populations, la ville a également mis en place des dispositifs permettant d'améliorer les prises en charge et les parcours patient. Le monde de la ville est essentiellement constitué d'acteurs libéraux. Ces derniers ont besoin d'appui et de soutien devant des prises en charge médico-sociales. Les réseaux de santé se sont développés pour leur apporter cette aide. Cette partie va s'intéresser à eux et à leur évolution. Le CPS de Grenoble est à cet égard symbolique de l'évolution d'une approche par pathologie à une approche territoriale.

A) Les réseaux de santé et le concept de coordination

Les réseaux de santé peuvent se définir comme « *un ensemble organisé d'individus, dits acteurs de réseau, dispersés dans une zone géographique donnée, de compétences différentes et complémentaires, qui agissent pour un objectif commun et selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge des malades*⁵⁸. Les réseaux de santé ne sont pas de création récente. Ils datent du début des années 1980 et de l'apparition du SIDA qui a favorisé le regroupement spontané de nombreux médecins pour accompagner ces nouveaux patients. A partir de cette période nombre de réseaux se développent le plus souvent portés par des figures locales qui mobilisent leur connaissance. Comme le note François-Xavier Schweyer « *un réseau de santé cristallise à un moment donné et dans une forme officielle et instrumentale un réseau relationnel sélectif existant* »⁵⁹. En ce sens se pose très vite la question de la survie du réseau en cas de désengagement du « leader ». La loi du 4 mars 2002⁶⁰ permet d'entériner leur existence en leur donnant « *pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.* ». Les pouvoirs publics ont promu cette nouvelle organisation de l'offre de soin en lui offrant un cadre juridique et financier. Si la mise en place d'un financement par des fonds publics constitue une reconnaissance des réseaux, elle en dépossède aussi les créateurs en leur assignant l'atteinte d'objectifs contractualisés au regard du développement d'une politique locale. Le texte prévoit que les réseaux de santé participent à de nombreuses actions

⁵⁸ SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA I, *Créer et piloter un réseau de santé*, Rennes, ENSP, 2002, 112 p.

⁵⁹ SCHWEYER F-X, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques*, 2005, p 89-104, p 92.

⁶⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Consultée le 2 juin 20116 sur le site www.legifrance.fr

(éducation, prévention, diagnostic...), mais c'est leur activité de coordination qui sera étudiée ici.

Il convient, avant de poursuivre, de s'interroger sur le concept de coordination. Avedis Donabedian définit la coordination comme *"un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale"*⁶¹. Le concept de coordination amène rapidement à s'interroger sur celui de coopération et à leur articulation. Pour Marcel Jaegger *"les deux termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté. D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures"*⁶². On peut cependant supposer que la coordination, qui synchronise de façon cohérente l'intervention des acteurs, n'implique pas forcément une coopération comprise dans le sens d'un souci de l'autre et que cette dernière vient en surcroît d'un travail de coordination. Les acteurs interrogés évoquent plus un besoin de connaissance que de coopération : il est *"important de se parler, de connaître les missions de chacun : chacun sait ce qu'il a à faire : il ne faut pas déborder sur l'autre et être au clair avec son identité professionnelle et se respecter les uns les autres. C'est essentiel d'être clair sur sa fonction et ses limites sans attendre des miracles des autres"* évoque un cadre de réseau. Le travail de coopération semble s'installer dans un deuxième temps de la coordination qui suppose avant tout *"de se connaître et se reconnaître"* comme l'évoque les professionnels.

La difficulté à mettre en place de la coordination entre les acteurs est qu'elle peut être vécue comme une menace à l'autonomie professionnelle. Elle nécessite de partager l'information, d'harmoniser des pratiques et de s'accorder sur des modalités de prises en charge. Ce travail implique une perte de l'autonomie professionnelle au bénéfice du patient. La coordination vient bousculer un monde libéral qui revendique largement son autonomie professionnelle. Il est donc essentiel pour les réseaux de ne pas se substituer aux acteurs déjà en place. Il doit permettre sur un temps court de coordonner les acteurs autour d'une prise en charge puis de se retirer. Comme le précise un cadre de santé : *"le réseau est un appui aux professionnels, il ne doit pas prendre leur place"*.

⁶¹ BLOCH M-A, HENAU L, SARDAS J-C, GAND S, *la coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, fondation Paul Benetot, février 2011, 241 p.

⁶² *Ibid.*

B) Le développement d'une approche territoriale : le CPS de Grenoble

L'enjeu des réseaux correspond à une préoccupation des pouvoirs publics à savoir la coordination des prises en charge et le décloisonnement des activités sanitaires et sociales. Ils se sont souvent heurtés à une reconnaissance difficile des différents intervenants libéraux (médecins comme infirmières) avant d'acquiescer leur légitimité. En effet certains d'entre eux ont pu dépasser le cadre de leur mission (en délivrant des soins par exemple) alors que le principe de subsidiarité est essentiel. Un rapport de l'IGAS en 2006⁶³ critique les réseaux en constatant des résultats limités en termes de service rendu, de personnes prises en charge et d'organisation de l'offre de soin. Il reconnaît cependant le bénéfice secondaire en termes de dynamique relationnelle, de changement de culture chez les professionnels et de modification des comportements. A la suite de ce rapport une circulaire de 2007⁶⁴ recentre les actions des réseaux de santé en insistant sur le fait *"qu'un réseau de santé doit répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire...Un réseau n'est utile et ne justifie d'être financé que s'il répond à des besoins de santé au bénéfice d'une population donnée."* Les missions des réseaux sont alors rappelées *"le réseau n'a pas pour vocation de compenser une offre de soin inexistante ou déficitaire...Ils doivent proposer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soin"*. La circulaire invite également les réseaux aux thématiques similaires à se regrouper afin de mutualiser leur moyen dans un souci de rationalisation des dépenses. Reconnaisant leur expertise dans le champ de la coordination, il leur est demandé de s'inscrire au plus près des besoins identifiés sur un territoire donné et de se repositionner comme acteur de la coordination d'un parcours de soin. La démarche de contractualisation par les CPOM constitue le levier de cette évolution. D'une approche par pathologies, ils doivent évoluer vers des réseaux polyvalents de proximité centrés sur la coordination et l'orientation des situations complexes

Il est à noter ici l'apparition du terme de situation complexe. Elle permet de dépasser une approche fragmentée. Les situations complexes sont définies comme des situations présentant une multiplicité de problématique d'ordre médicale, sociale, économique, familiale, psychologique ou environnementale. Il s'agit ici de penser les prises en charge à travers un

⁶³ Rapport n° 2006-22 de l'IGAS de DANIEL C et al, *"Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et de la dotation de développement des réseaux"*, mai 2006, 163 p. Consulté le 20 mai sur le site www.igas.gouv.fr.

⁶⁴ Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Consultée le 2 juin 2016 sur le site www.social-sante.gouv.fr

prisme dépassant largement la seule approche médicale. La population âgée entre totalement dans ce champ. Les situations vont être complexes non du fait de l'âge ou de la fragilité, mais parce qu'elles mettent en jeu une multitude de facteur et d'acteur. Sous ce prisme une vision par pathologie marque vite ses limites. C'est pourquoi l'approche populationnelle, autour de la notion de situation complexe, est aujourd'hui favorisée. Elle demande aux réseaux de santé d'évoluer vers une approche territoriale.

Cette approche a été mise en place au Isère depuis 2012 à travers le Groupement de Coopération Sanitaire-Maisons des Réseaux de Santé de l'Isère (GCS-MRSI) qui a contractualisé avec l'ARS. Il regroupe, au sein de la MRSI, l'ensemble des réseaux de santé du sud Isère en privilégiant une approche territoriale et non plus thématique. Si certains réseaux gardent leur spécificité thématique, l'approche territoriale est largement favorisée. Au sein de ce regroupement, la plateforme Coordination-Proximité-Santé (CPS), dans lequel se sont fondus les principaux réseaux grenoblois existants, couvre un large territoire d'intervention : l'agglomération grenobloise mais également les massifs du Grésivaudan, du Trièves, de la Matheysine et de l'Oisans. Il œuvre autour de quatre objectifs :

- Assurer la coordination polythématique d'appui et de soutien aux professionnels.
- Favoriser le retour et le maintien à domicile des personnes en situation complexe.
- Favoriser la collaboration entre professionnels ou établissements des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et ainsi contribuer à leur décloisonnement.
- Renforcer le lien ville/hôpital.

Au regard de ses missions et de la territorialisation le CPS est un acteur essentiel de la coordination en Isère. En effet il œuvre directement dans le champ de la coordination hôpital/ville mais également sanitaire/social. Il travaille étroitement avec différentes structures comme le service de "sortologie" de l'hôpital en participant, comme nous l'avons vu, à leur réunion hebdomadaire. Mais il est aussi un dispositif d'appui aux professionnels de la ville devant des situations complexes.

Pour son directeur *"l'important c'est de structurer les choses, pas de les compartimenter"*. Il note notamment une grande amélioration des relations avec le CHU depuis la coordination du travail autour des sorties difficiles où chacun peut *"proposer à l'autre des ressources et des solutions"*. Selon lui *"les hôpitaux ne peuvent plus penser seuls les sorties difficiles, ils doivent s'appuyer sur les structures d'amont et d'aval"*, c'est-à-dire, entre autres, le CPS qui bénéficie d'une large expérience et expertise sur le territoire. A ce titre le CPS est un acteur incontournable du virage ambulatoire. Il développe une approche territoriale innovante qui permet de dépasser l'approche par pathologie. Il bénéficie d'une large expérience sur le territoire et d'une visibilité accrue pour les professionnels de premiers recours.

La coordination est donc un outil essentiel à la prise en charge des situations complexes. L'Isère bénéficie à travers le CPS d'une structure innovante sur laquelle s'appuyer. Cependant le virage ambulatoire et la prise en charge des personnes âgées, en ce qu'ils rendent indispensable une approche globale des personnes, imposent de dépasser le concept de coordination pour celui de l'intégration. C'est ce que nous allons maintenant aborder à travers les dispositifs MAIA.

4.3 - Le concept d'intégration et l'apparition des MAIA

La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA) est issue d'une expérience québécoise cherchant à dépasser la coordination pour promouvoir le concept d'intégration. Là aussi ce qui est recherché est le dépassement de la fragmentation du système de soin. Leur apparition a donné lieu à des incompréhensions car les acteurs n'y ont vu au départ qu'un dispositif de plus. Au fil du temps les MAIA ont fait leurs preuves et se sont généralisées sur l'ensemble du territoire. Dans cette partie nous allons d'abord présenter le concept d'intégration avant de nous intéresser au fonctionnement des MAIA.

A) Le concept d'intégration

L'Isère compte quatre dispositifs MAIA directement reliés aux Inter Filières Gérontologiques et Gériatriques. Le constat est alors celui d'une abondance de dispositifs d'aide et de soins juxtaposés. Les familles, mais également les malades et les professionnels, sont perdus face à cette multitude de dispositifs le plus souvent cloisonnés et/ou mal articulés. Face à cette complexité, l'objectif des MAIA est de favoriser l'intégration des services d'aide et de soins pour permettre un parcours de prise en charge personnalisé et offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation. La circulaire du 10 janvier 2013⁶⁵ précise que *"le dispositif MAIA s'appuie sur une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) pour construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Loin de superposer un dispositif à un autre, les MAIA décroissent le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le secteur social et organisent leur coopération, selon un processus établi, afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes"*. La circulaire

⁶⁵ Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/CNSA n°2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA). Consulté le 20 mai 2016 sur le site www.social-santé.gouv.fr

élargit également le champ d'action des MAIA par rapport au plan Alzheimer en précisant que ces dernières *"visent à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie"* et non plus seulement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les MAIA ne sont pas un nouveau dispositif venant s'ajouter à l'existant mais bien une méthode innovante qui travaille à l'intégration des services et de soins. Pour Marie-Aline Bloch *"ces MAIA sont une sorte de méta-réseau dont la vocation est de fédérer les dispositifs existants déjà impliqués dans la coordination en favorisant entre eux une meilleure coopération, au service des personnes âgées et de leurs familles"*⁶⁶.

Le concept d'intégration des soins et des services est au cœur du travail des MAIA. Il est apparu dans les années 90 et pour la première fois en France à l'occasion du plan Alzheimer 2008-2012. De nombreuses définitions de l'intégration sont présentes dans la littérature. Toutes ciblent une certaine forme de vulnérabilité requérant l'intervention de multiples acteurs. Au regard de ce constat, l'intégration se présente comme un concept permettant de dépasser la fragmentation des services. Une des premières définitions date de 2000 par Walter Leutz spécialiste de l'intégration des services en particulier dans le champ du vieillissement. L'intégration doit *"Chercher à interconnecter le système de santé (aigu, première ligne médicale, et spécialisée) avec les autres systèmes de services (i.e., soins de long terme, éducation et professionnel et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction ou d'efficacité). Les populations qui pourraient bénéficier de l'intégration sont les personnes qui ont des handicaps physiques, de développement ou cognitifs – souvent avec les maladies ou des troubles chroniques. L'intégration peut se produire au niveau des politiques publiques, des finances, de la direction des services et au niveau clinique. Les moyens de l'intégration incluent le partage de la planification, de la formation, de la prise de décision, des instruments, des systèmes d'information, du budget, des processus de repérage et de référence, de la répartition des allocations, de l'offre de services, du monitoring et des retours d'information."*⁶⁷.

Il identifie trois niveaux d'intégration :

- La liaison : c'est le stade le moins poussé de l'intégration qui consiste essentiellement en un transfert d'information. Elle peut permettre, par exemple, la réalisation de

⁶⁶ BLOCH MA, HENAUT L, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, 315 p.

⁶⁷ SOMME D et al, "Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral)", *Gérontologie et société*, 2013, p 201-226.

protocoles communs entre différents dispositifs qui gardent cependant leur propre autonomie. Ce niveau permet de faciliter les échanges.

- La coordination : elle cherche à réduire les ruptures entre des services proposés. Pour ce faire elle dépasse le simple cadre de la liaison et organise une concertation entre les acteurs afin que les organisations acceptent de déléguer une partie de leur autonomie au profit d'une approche territoriale.
- L'intégration complète : c'est le dernier niveau qui crée une organisation offrant un continuum de service afin de fournir une réponse unique à l'ensemble des usagers sur l'ensemble d'un territoire. C'est alors une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge la personne dans sa globalité.

Le concept d'intégration est un véritable changement de paradigme. Les politiques publiques en France sont, depuis les années 60, largement construites en s'appuyant sur le concept de la coordination. Les réseaux de santé que nous avons précédemment évoqués en sont l'exemple. La coordination ne cherche pas à modifier l'organisation des structures mais leur articulation. Là où la coordination cherche à combler le fossé entre différentes structures en s'appuyant sur la collaboration entre les partenaires, l'intégration amène les acteurs à co-construire leurs outils et leurs moyens d'action afin de partager les actions elles-mêmes tout comme la responsabilité de leur conduite. Cependant, il ne s'agit pas ici d'opposer les deux concepts. La coordination et l'intégration sont complémentaires et synergiques. De plus la coordination, même si elle n'a pas pour finalité d'aboutir à l'intégration, est une étape nécessaire (voir indispensable) à celle-ci. L'intégration est un concept innovant qui fait bouger les frontières de chacun en tentant de sortir d'une logique "en silo" pour arriver à un véritable modèle intégré. Ainsi comprise, elle amène à une complète réorganisation des services dont on comprend qu'elle ne peut que s'inscrire dans le temps. L'intégration est donc plus un processus qu'un état. L'objectif de l'intégration est de diminuer les fragmentations d'un système et d'en augmenter la lisibilité pour les usagers comme les professionnels. Elle ouvre des espaces de constructions communs, favorise l'ajustement des missions de chacun, en évitant la méconnaissance comme la concurrence, et permet de créer un collectif plus réactif au regard des situations.

Dans le cadre du virage ambulatoire, le concept de l'intégration prend tout son sens. Nous avons vu à quel point les acteurs étaient nombreux et divers, issus du sanitaire, du social, du médico-social, acteur hospitalier ou du domicile. La réussite du virage ambulatoire repose sur la capacité de tous ces acteurs à travailler ensemble autour d'un objectif commun. Le concept de l'intégration permet cette mise en commun et favorise, de fait, l'acquisition d'une culture commune. L'intégration ne concerne pas seulement les acteurs opérationnels, mais également les institutions en charge des politiques publiques. Ces dernières se construisent à

travers des administrations différentes tant dans leur champ (sanitaire, social...) que dans leur territoire (national, départemental, régional...) qui favorise la logique de "silo" préalablement évoquée. Une telle organisation conduit à des mises en concurrence là où l'intégration permettrait la mise en synergie de tous vers un bien commun et dont l'effet positif pourrait être attribué à l'ensemble des parties. Par exemple, la réorganisation des services de soins de ville se répercute, au niveau financier, sur les comptes hospitaliers avec une diminution des ré-hospitalisations. Cela favorise la mise en concurrence des institutions, là où l'intégration permet une coresponsabilité des actions. Après avoir présenté le concept de l'intégration, il s'agit maintenant de se tourner vers le dispositif MAIA.

B) L'apparition des MAIA

La MAIA est issue de l'expérience PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie) menée au Québec. PRISMA France définit l'intégration comme *"Un modèle organisationnel basé sur des structures partenariales ; pour que les partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes mettent en œuvre la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation ; afin que les personnes âgées aient vis-à-vis du système un vécu de continuité, de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins ; dans le respect de leur autonomie, mais sans qu'ils soient laissés à eux-mêmes."*⁶⁸.

La méthode MAIA repose sur trois mécanismes :

- La concertation décisionnelle des acteurs sur deux plans : stratégique avec les financeurs et tactique avec les opérateurs.
- Le guichet intégré afin de fournir à tout endroit du territoire une réponse harmonisée et une orientation adaptée par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. C'est ici que s'exprime le concept d'intégration.
- La gestion de cas est le mécanisme le plus souvent évoqué et le plus clairement perçu par les professionnels. A travers le gestionnaire de cas il s'agit de mettre en place un suivi au long cours de la personne. Ce suivi se poursuit également si la personne est hospitalisée et doit permettre d'éviter les ruptures de soins. Le gestionnaire de cas devient le référent et l'interlocuteur direct du médecin traitant et des professionnels du domicile qu'ils appartiennent au champ sanitaire, social ou médico-social.

Pour réaliser ce travail trois outils sont à disposition de la MAIA :

⁶⁸ *Ibid.*

- Un formulaire d'analyse multidimensionnelle (qui concerne le guichet intégré pour permettre à chacun des opérateurs de travailler sur le support identique) et un outil d'évaluation multidimensionnelle (utilisé par les gestionnaires de cas pour permettre une prise en charge globale des personnes)
- Un plan de service individualisé permettant de définir et de planifier l'ensemble des interventions planifiées autour de la personne et leur assurer une cohérence.
- Des systèmes d'information partageable pour rendre accessible à chacun des opérateurs l'évolution des situations.

Ces outils ne sont pas encore tous validés au plan national et tous les mécanismes ne sont pas déployés. Pour les acteurs de terrain, c'est la gestion de cas qui est la partie la plus visible de ce dispositif innovant. La gestion de cas, telle que définie dans le cahier des charges des MAIA⁶⁹, s'adresse aux situations complexes qui nécessitent l'intervention d'un professionnel formé, interlocuteur unique de la personne permettant de mettre en cohérence les différents intervenants : c'est le travail du gestionnaire de cas dans le cadre du dispositif MAIA. Si les MAIA ont acquis une légitimité sur le territoire, il n'en n'a pas toujours été ainsi et nombres d'acteurs n'ont pas compris d'emblée l'intérêt de ce qui ne leur paraissait que comme un énième dispositif. Mais maintenant comme l'exprime un gestionnaire de cas *"on est repéré et appelé à bon escient par les professionnels. C'est pour les libéraux que c'est plus difficile. Ils sont noyés devant les dispositifs"*. La difficulté évoquée ici pose la question de la lisibilité et de la complémentarité des dispositifs. Nous avons vu que les réseaux de soins étaient fédérés en une seule entité territoriale et non plus thématique.

Quelle relation imaginer alors entre la MAIA et les réseaux de soins ? Il y a d'abord une différence d'approche fondamentale dans les deux dispositifs. Le réseau s'inscrit dans un temps court d'aide à l'orientation et d'appui aux professionnels. A l'inverse la MAIA est un dispositif d'accompagnement qui s'inscrit dans le temps : *"les suivis sont longs et évolutifs, il y a des patients que l'on suit depuis quatre ans avec l'Ehpad qui pointe maintenant le bout de son nez"* explique le gestionnaire de cas. Pour le directeur de la plateforme CPS *"le réseau et la MAIA travaillent ensemble, la MAIA est une autre porte d'entrée vers la coordination qui intervient différemment : la MAIA est sur l'accompagnement des personnes avec une temporalité plus longue. L'idéal serait que les deux dispositifs aient la même porte d'entrée avec une communication commune, même si chacun garde son identité"*. Le discours est le même chez la pilote MAIA pour qui *"il y a une recomposition à faire avec les réseaux, mais il est difficile de faire au-delà des organisations, il y a un changement de paradigme, de concept,*

⁶⁹ Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Consulté le 25/05/2016 sur le site www.cnsa.fr

il faut faire évoluer les pratiques des institutions". Pour le pilote MAIA " l'arbitrage devrait être fait par l'ARS qui ne le fait pas. Le problème est entre le porteur du projet, le conseil départemental, qui voit la MAIA comme un apport d'argent grâce à la gestion de l'APA et l'ARS qui n'est pas assez impliquée". Du côté du réseau le discours est similaire : " Le problème est aussi politique car la MAIA est portée par le conseil départemental et la MRSI par l'ARS".

Ces deux analyses éclairent les difficultés de la mise en place de dispositifs intégrés alors même que l'on voit que les acteurs de terrain seraient favorables à une telle évolution. S'il faut encore du temps avant de développer une telle structure au sein de l'agglomération grenobloise, une expérience est menée dans le nord Isère à travers un projet de plateforme territoriale.

4.4 - L'innovation territoriale : les Plateformes Territoriales d'Appui

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) s'inscrivent dans la continuité des dispositifs précédents et du concept d'intégration. Elles sont inscrites dans la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé et leurs décrets d'application sont en attente. Loin d'être généralisées sur le territoire elles sont encore en phase d'expérimentation. Nous allons donc d'abord nous intéresser à ce qu'elles représentent avant d'étudier l'expérimentation mise en place dans le nord Isère autour de Bourgoin-Jallieu.

A) L'apparition des Plateformes Territoriales d'Appui

La création des PTA repose sur un double constat déjà évoqué : les professionnels des soins de ville (et en particulier les médecins traitants) ont besoin d'aide lorsqu'ils sont confrontés à des situations complexes. De nombreux dispositifs existent déjà mais ils sont peu lisibles (différences des missions comme des portes d'entrée) et segmentés (au regard d'une population comme la MAIA ou d'une pathologie comme le PRADO). Ces difficultés amènent à des ruptures dans le parcours du patient. L'organisation des parcours patient à partir des soins de premiers recours est un des piliers de la stratégie nationale de santé. Pour ce faire il est nécessaire de créer un dispositif d'appui à la coordination qui soit plus lisible pour les professionnels de soins primaires, qui améliore la cohérence des structures existantes en passant d'une approche par structure à une approche en termes de missions partagées et qui soit à destination des parcours complexes sans distinction d'âge ou de pathologie. Les ARS sont en charge du développement d'un tel projet. La mission des PTA ainsi créée est de quatre ordres :

- Information et orientation vers les ressources du territoire
- Organisation des parcours
- Organisation des entrées/sorties à l'hôpital
- Appui aux pratiques professionnelles

On retrouve ici le concept d'intégration qui est au cœur de la mise en place de ce nouveau dispositif. Les PTA reposent sur le même principe de guichet intégré que les MAIA. Mais si ces dernières étaient dédiées aux seules personnes âgées en situation complexe, les PTA dépassent cette segmentation pour s'adresser à l'ensemble des parcours complexes ainsi définis *"le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux"*⁷⁰. Les PTA cherchent à passer d'un parcours par pathologie à une approche territoriale décloisonnée. Le projet s'inscrit totalement dans le champ de la nouvelle loi de santé et de la stratégie nationale qui s'attachent à mettre en avant le décloisonnement des structures au bénéfice de l'utilisateur et de son parcours.

Dans le nord Isère un projet de PTA est en cours, porté par l'ARS Rhône-Alpes. Celui-ci est antérieur à la loi qui instaure les PTA et repose sur un appel à projet afin d'expérimenter le dispositif. La DGOS a retenu cinq expérimentations sur l'ensemble du territoire national : Île-de-France, Océan Indien, Bourgogne, Rhône-Alpes et Aquitaine. Le projet a été lancé en septembre 2014 pour une évaluation en mars 2017. Le territoire choisi est celui du nord Isère qui est un territoire entre l'urbain et le rural de 235 000 habitants situé entre Lyon et Bourgoin-Jallieu. L'équipe de pilotage est composée du pilote médico-social et du pilote médical de la MAIA portée par la filière du territoire, d'une infirmière libérale, d'un médecin généraliste libéral investi dans la création du réseau de soin de Bourgoin-Jallieu, d'une responsable du service autonomie du conseil départemental de l'Isère et d'un directeur d'établissement médico-social.

B) L'expérimentation en nord Isère

J'ai pu assister aux réunions mensuelles de ce comité tout comme aux réunions de présentation du projet aux différents partenaires et de mener des entretiens avec certains des acteurs de cette mise en place. La PTA nord Isère s'appuie sur l'existant pour aider les professionnels à une meilleure orientation. Un des enjeux majeurs observés est celui de la mobilisation des professionnels libéraux. Le médecin libéral jusqu'alors investi dans le projet

⁷⁰ Article 14 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Consulté sur le site www.legifrance.fr le 6 juin 2016.

s'est retiré pour des raisons financières. Le monde libéral est difficile à appréhender pour des acteurs salariés. Il est pourtant essentiel de prendre en compte leur spécificité induite, notamment, par un exercice libéral. C'est le premier enjeu pour réussir le déploiement de la PTA. Une réunion de présentation à l'ensemble des acteurs du territoire doit être réalisée début juillet 2016, sa réussite tient en partie au nombre de libéraux présents. Dans un premier temps il est effectivement essentiel que la PTA soit connue des libéraux puisqu'elle s'adresse essentiellement à eux. Dans un deuxième temps il faudra que le dispositif démontre sa plus-value pour pouvoir être légitimé par les acteurs du territoire. C'est la condition sine qua non de la réussite du projet. L'infirmière libérale rencontrée dit s'être investie dans le projet *"pour essayer de comprendre et l'apporter au territoire"*, car *"c'est de plus en plus difficile de travailler seule, les prises en charge sont de plus en plus lourdes, surtout qu'on doit gérer le postopératoire maintenant ! Il faut donc vraiment réfléchir à comment travailler ensemble... C'est difficile car cela va demander du temps pour faire changer les habitudes et les mentalités... Il y a quelques murs à faire tomber, mais j'ai bon espoir que les choses avancent"*. On le voit le monde libéral a ses propres mutations, mais comme le reconnaît l'infirmière *"le frein principal est financier. J'ai un dédommagement pour participer à ce projet, sinon je ne pourrais pas. Aujourd'hui notre mode de rémunération ne nous permet pas de nous investir dans ce type de projet"*. Elle évoque cette expérience comme *"enrichissante même s'il y a des stratégies et des enjeux financiers qui m'échappent... On est dans l'opérationnel et ne pas toujours savoir ce qui se joue c'est compliqué. Je me sens parfois comme un pion qui se ballade."* Ce qui est pointé ici c'est, au-delà des différents exercices professionnels, l'enjeu entre les différentes institutions du territoire.

Deux partenaires, pourtant essentiels à la réussite du projet, semblent parfois réticent à l'avancée des travaux. En premier le conseil départemental qui, bien que représenté au sein de l'instance de pilotage, n'en est pas le porteur direct, ce portage étant le fait de l'ARS. Pour le directeur d'IME, qui participe au projet sur le volet handicap (le volet personne âgée étant porté par la MAIA), le projet *"vient bousculer les organisations de soin en place et questionne le découpage entre l'ARS et le conseil départemental, c'est donc difficile"*. Une réunion de présentation du projet a été menée pendant mon stage. La PTA avait du mal à être appréhendée par les acteurs du conseil départemental qui ne voyait pas ce qu'apportait le dispositif. La réunion de présentation aux professionnels du début juillet, prévue initialement le 2 juin, a été repoussée à la demande du conseil départemental.

L'autre partenaire à émettre des réticences est le réseau de santé de Bourgoin-Jallieu. Ce dernier vient juste d'être créé et est notamment piloté par le médecin libéral qui s'est retiré de la PTA. Des échanges de mail montrent les différences de point de vue et la difficulté à s'entendre sur la coordination des actions de chacun et sur la visibilité (et la légitimité) de

chacun des dispositifs. Les questions de financement sont également sous-jacente aux tiraillements entre ces deux structures.

Ce qui est également sous-jacent à ces difficultés c'est la gouvernance de la PTA. Car *"celle-ci est un enjeu de gouvernance territoriale"* note le directeur d'IME. C'est d'ailleurs le besoin d'évoquer la gouvernance avec sa hiérarchie qui a conduit le conseil départemental à demander un recul de la réunion de présentation générale. L'enjeu de la gouvernance (et de la responsabilité) est ici fondamental. Les échanges entre le conseil départemental et l'ARS vont être essentiels. Les décrets portant sur les PTA ne sont pas encore parus lors de l'écriture de ce travail et sont attendus par les acteurs du projet qui se questionnent sur la forme que pourrait prendre celle-ci. De la même façon la structure juridique est questionnée. En Rhône-Alpes les filières ont pu se construire sans statut juridique précis, le modèle est donc possible. Un groupe coopératif peut aussi faire office de gouvernance et présente l'avantage de permettre aux acteurs de se rencontrer. Il est d'ailleurs envisagé que les décrets ne clarifient pas les choses et que cela soit laissé à la libre appréciation des acteurs.

Si l'avenir est encore incertain pour la PTA qui n'en est qu'au stade expérimental, elle semble cependant un outil intéressant pour la réussite du virage ambulatoire. Une PTA pleinement comprise et légitimée par les acteurs d'un territoire permettrait effectivement une coordination des soins non seulement entre la ville et l'hôpital mais entre la ville et la ville, entre le sanitaire et le social. Elle permettrait à chacun de s'emparer de la totalité de l'offre de soin disponible sur un territoire et aiderait grandement à l'amélioration des parcours de soins des usagers.

Après cette analyse des différents dispositifs œuvrant au virage ambulatoire il apparaît que ce dernier est un processus lent et parfois laborieux. Au-delà d'un simple outil de rationalisation des dépenses, le virage ambulatoire vient bousculer des organisations et des identités professionnelles. Il modifie les prises en charge des personnes âgées en ce qu'il les déplace de l'hôpital vers le domicile. Ce transfert ne peut se réussir qu'en accompagnant les acteurs du domicile. C'est le sens des préconisations qui vont suivre autour de deux acteurs majeurs du domicile : les auxiliaires de vie et les aidants.

V – Des préconisations en faveur des acteurs du domicile

En ce qu'il amène le soin chez les personnes, le virage ambulatoire oblige à se pencher sur les acteurs du domicile. Il s'agit tout d'abord de s'intéresser à la profession des auxiliaires de vie sociales qui sont des intervenantes essentielles du domicile. Une deuxième partie va

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

s'intéresser aux aidants. Le transfert des soins de l'hôpital à la ville va effectivement solliciter largement les familles, ce qui ne peut être sans conséquences si on n'y prend pas garde.

5.1 - L'impérieux besoin de formation des auxiliaires de vie sociale

Les auxiliaires de vie sociales interviennent largement au domicile des personnes âgées. En ce sens elles sont une profession à valoriser dans le cadre du virage ambulatoire. Cette partie s'intéresse à leurs difficultés et à leur impérieux besoin de formation.

A) Les auxiliaires de vie sociales

S'il semble pertinent de s'arrêter sur cette profession c'est qu'elle a été largement évoquée lors des entretiens et ce de façon très critique. Il ne s'agit aucunement ici de s'arrêter à ces critiques mais de tenter de comprendre quels sont les enjeux de cette profession qui a une place primordiale dans la réussite du virage ambulatoire. Les auxiliaires de vie sociale sont effectivement les premières à intervenir au domicile des personnes, mais comme l'évoque la gestionnaire de cas MAIA *"elles n'ont pas le recul sur la situation. On les envoie faire une tâche, mais on ne peut extraire la tâche de la situation"*. Une cadre de santé reconnaît *"qu'elles sont de qualité très variable même si cela semble s'améliorer depuis quelques années"*. Pour d'autres *"on les envoie au feu"*. Il apparaît donc important de se questionner sur ce qu'est le métier d'auxiliaire de vie et par qui il est exercé.

Le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) a été créé en 2002⁷¹ afin de clarifier les multiples fonctions de l'aide à domicile qui oscillaient entre l'aide-ménagère, l'aide à domicile et l'assistante de vie. L'auxiliaire de vie sociale intervient principalement au domicile des personnes qui ne peuvent assumer seule les actes de la vie quotidienne. En cela elles sont un acteur incontournable (même si souvent invisible) du virage ambulatoire et des personnes âgées (qui sont leur champ d'intervention privilégié). Elles participent au maintien à domicile, à la préservation de l'autonomie et à la lutte contre l'exclusion sociale des personnes. Aucun prérequis n'est nécessaire pour accéder à la formation et l'acquisition du diplôme peut se faire par Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). La formation est délivrée sur neuf mois et répartie entre temps de stage et de formation théorique. Nombre de structures emploient cependant des personnes non qualifiées en prévoyant plus tard une formation. Sans entrer ici dans des débats pédagogiques, on peut s'interroger sur la VAE qui,

⁷¹ Circulaire DGAS n° 2002-441 du 5 août 2002 relative au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.

si elle reconnaît des compétences de l'expérience, ne permet pas une véritable formation comprenant des apports théoriques. Or ce sont généralement ces apports qui permettent une mise en perspective et une position de recul par rapport aux difficultés rencontrées.

Ce n'est sans doute pas un hasard si le secteur de l'aide à domicile est investi par les pouvoirs publics depuis le début des années 2000 car le secteur est porteur d'espoirs en termes de création d'emplois. En effet, devant le besoin grandissant d'aide au domicile favorisé par le vieillissement de la population et le virage ambulatoire, l'orientation des personnes sans emploi vers un secteur plein d'avenir était porteur d'espoir. Ces emplois ont le plus souvent été occupés par des femmes sans qualification en reprise d'emploi, ou pour réinsérer des femmes bénéficiaires de minima sociaux ou au chômage⁷². Ce qui sous-tend ce phénomène est l'idée selon laquelle *"le métier d'aide à domicile ne nécessite en effet a priori que peu de compétences spécifiques, si ce n'est celles qu'on attribue tout naturellement aux femmes : la capacité à réaliser les activités quotidiennes du ménage"*⁷³. Un rapport du Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC)⁷⁴ de 2010 montre par ailleurs que la catégorie des familles monoparentales ou celle des femmes d'origine ou de nationalité étrangère sont surreprésentées dans le secteur de l'aide à domicile. Cela représente donc un public particulièrement fragilisé socialement. De plus il s'agit de métiers mal rémunérés, le plus souvent proposés à temps partiel, aux contraintes horaires parfois importantes. Le lieu d'exercice (le domicile) est sans cesse différent ce qui implique de nombreux déplacements et une grande capacité d'adaptation. Ces conditions d'exercice rajoutent aux difficultés du secteur un turn-over et un absentéisme important des intervenants. Nombreuses personnes s'orientent ensuite vers le métier d'aide-soignante mieux reconnu et mieux rémunéré⁷⁵. Au regard de cette analyse on comprend mieux les difficultés évoquées lors des entretiens. Comment envisager une prise en charge au domicile de qualité quand on estime qu'il n'est nul besoin de compétences particulières pour effectuer ces tâches ?

Le DEAVS est un premier pas vers une reconnaissance. Il repositionne les professionnels dans une position d'accompagnement social là où le diplôme précédent (CAFAD⁷⁶) les

⁷² ANDRE L, "Evolution des métiers du prendre soin à domicile : enjeux professionnels ? Enjeux de société ?" *Gérontologie et société*, 2012, p 157-167.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Rapport CREDOC, *les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées. Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable*, Cahier de recherche n°277, décembre 2010, 82 p.

⁷⁵ WEBER F, *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux politiques*, Paris, collection du cepremap, 2011, 75 p.

⁷⁶ Certificat d'aptitude à la Fonction d'Aide-Ménagère.

cantonnait à une fonction d'aide-ménagère. Cependant le DEAVS est encore largement insuffisant, d'autant plus dans la perspective du virage ambulatoire qui privilégie le maintien à domicile.

Dans un premier temps il s'agirait d'améliorer les conditions de travail : proposer un temps de travail minimum permettant de sortir du temps partiel et de la précarité, favoriser l'encadrement par un véritable suivi des responsables, prévoir des temps d'échange autour des pratiques professionnelles, améliorer les niveaux de salaire. Mais cela ne peut s'envisager sans un impact économique important.

B) Les nouvelles dispositions de la loi

Les politiques publiques semblent cependant prendre la mesure du travail à accomplir et la loi d'adaptation de la société au vieillissement⁷⁷ prévoit que "*les services d'aide à domicile seront modernisés et professionnalisés pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées.*". Le soutien au maintien à domicile est un axe fort de cette nouvelle loi. Il se décline autour de plusieurs axes.

La revalorisation de l'APA à domicile. L'APA, versée par les départements est d'un montant différent selon qu'elle soit attribuée à quelqu'un demeurant à son domicile (APA domicile) ou en EHPAD (APA en établissement). C'est la revalorisation de l'APA domicile qui est mis en place par la nouvelle loi. Selon les législateurs cette revalorisation devrait permettre d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile, réduire le reste à charge pour les personnes, exonérer de toute participation financière les personnes bénéficiaires du minimum vieillesse. Cette augmentation de l'APA a amené la grogne des départements qui sont en charge du versement de cette allocation. On retrouve ici la fragmentation du système. L'Etat s'est engagé à débloquer une aide au département afin de soutenir l'augmentation de cette allocation. Cette revalorisation de l'APA devrait permettre une heure d'aide à domicile par semaine supplémentaire pour les moins dépendants et une heure d'aide supplémentaire par jour pour les personnes les plus dépendantes⁷⁸. Cependant si cette revalorisation n'est pas à négliger, elle n'impacte en rien le fonctionnement des services d'aide à domicile ou la qualité des professionnels.

⁷⁷ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Consulté sur le site www.legifrance.fr le 5 avril 2015.

⁷⁸ Selon le site www.social-sante.gouv.fr mis à jour le 6 juin 2016 et consulté le 9 juin 2016.

La loi prévoit également un soutien important au secteur de l'aide à domicile. Leur cahier des charges est revu⁷⁹. Il prévoit notamment la conduite d'évaluation externe et interne. Dorénavant les conseils départementaux sont en charge de structurer l'offre de service sur leur territoire. Ce dernier point a été largement contesté par l'Association des Départements de France (ADF) en ce qu'il alourdit le fardeau des collectivités en termes de ressources humaines et financières. Dans le même temps les différents régimes juridiques des services d'aide et d'accompagnement et d'accompagnement au domicile sont unifiés au profit du régime de l'autorisation⁸⁰. La loi prévoit également un soutien financier avec la mobilisation du fond de restructuration de l'aide à domicile et une revalorisation salariale (qui ne devrait cependant pas dépasser les 1%). Cette dernière partie semble bien insuffisante au regard des difficultés de la profession que nous avons évoquées.

Toutes ces dispositions sont trop récentes pour pouvoir être évaluées. Elles témoignent cependant d'une volonté d'accompagnement des services d'aide au domicile qui sont, nous l'avons vu, au cœur du développement du virage ambulatoire.

Un autre dispositif est prévu par la loi, le soutien au développement des Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD). Une enveloppe financière, via les ARS, est prévue pour leur déploiement. Cette disposition participe pleinement à l'intégration des services que nous avons évoquée précédemment. Elle semble particulièrement intéressante car elle peut permettre une meilleure organisation des interventions au domicile. Ces interventions sont jusqu'ici largement fractionnées entre le soin et le service. Cela peut également permettre une meilleure connaissance des rôles de chacun, un partage des pratiques dans un milieu dont l'exercice professionnel est souvent solitaire. Lors des entretiens les infirmières ou gestionnaire de cas ont souvent précisé que " *une grande partie de mon travail c'est de coacher les auxiliaires de vie pour faire évoluer une situation*" ou que " *je ne peux passer mon temps à former les auxiliaires, mais je vois bien qu'elles manquent d'échange sur leurs pratiques*". Ainsi le déploiement des SPASAD peut être un levier fort pour permettre des échanges autour des pratiques professionnelles, créer une culture commune du soin et du service et améliorer l'organisation des interventions au domicile. Il semble donc indispensable de développer ces structures.

⁷⁹Décret n°2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles. Ce décret n'est applicable qu'au 1^{er} juillet 2016. Consulté sur le site www.legifrance.fr le 10 juin 2016.

⁸⁰ Décret n°2016-750 du 6 juin 2016 relatif à la liste des activités de service à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration. Consulté sur le site www.legifrance.fr le 10 juin 2016.

Reste le champ de la formation. Un nouveau décret vient de modifier le diplôme de DEAVS. Il regroupe dans un seul et même diplôme le DEAVS et le Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique (DEAMP) pour créer le Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES). Ce nouveau diplôme *"atteste des compétences nécessaires pour réaliser un accompagnement social au quotidien, visant à compenser les conséquences d'un handicap, quelles qu'en soient l'origine ou la nature, qu'il s'agisse de difficultés liées à l'âge, à la maladie, ou au mode de vie, ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, et à permettre à la personne de définir et de mettre en œuvre son projet de vie."*⁸¹. Cependant ce nouveau diplôme ne cherche pas à améliorer la qualité de la formation. On cherche ici à favoriser les passerelles entre différentes spécialités et la reconnaissance de l'auxiliaire de vie scolaire. Le DEAES combine trois spécialités : l'accompagnement de la vie à domicile (dont relevait les AVS), l'accompagnement en structure collective (dont relevait les AMP) et l'accompagnement à la vie scolaire (auxiliaires de vie scolaire). S'il peut permettre de nouvelles trajectoires professionnelles, le diplôme ne permet pas une meilleure acquisition de connaissance (le temps de formation est identique à celui du DEAVS tout en parcourant plus de champs). On peut dès lors s'interroger sur son efficacité quant à la qualité des prises en charge.

Si les pouvoirs publics prennent en considération les difficultés du secteur de l'aide à domicile, les mesures semblent bien insuffisantes au regard notamment des problématiques salariales et de formation. Il faut espérer qu'elles ne sont qu'un premier pas vers une valorisation bien plus importante de ces métiers. Valorisation rendue indispensable dans le cadre du virage ambulatoire. Les personnes âgées à domicile vont être de plus en plus nombreuses. Au-delà de tous les dispositifs de coordination et/ou d'intégration il est essentiel que les intervenants du domicile soient formés à leur prise en charge. Une vraie qualification et une véritable reconnaissance salariale sont indispensables sous peine de dégradation majeure de la qualité des prises en charge. Je reprendrai ci une citation lue lors de mes recherches : *"Il faut arrêter de faire soigner nos vieux par nos pauvres"*⁸².

⁸¹ Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Consulté sur le site www.legifrance.fr le 8 juin 2016.

⁸² Je n'ai pu retrouver la source exacte de cette citation. Elle est cependant utilisée tant elle est emblématique des difficultés de l'aide à domicile.

5.2 - Le nécessaire soutien aux aidants

Jusqu'ici absent de notre réflexion, il convient maintenant de leur donner toute leur place. Le déplacement des soins de l'hôpital vers le domicile impacte en premier lieu les familles. Le domicile devient ainsi non seulement un lieu d'habitation, mais un lieu de soin. Il est donc essentiel de s'intéresser aux aidants. D'abord pour comprendre qui ils sont afin de les soutenir dans l'accompagnement de leur proche.

A) Qui sont les aidants ?

L'enquête Handicap-Santé menée en 2008 par la DRESS et l'INSEE⁸³ montre que huit personnes âgées sur dix reçoivent au moins l'aide de leur entourage. C'est dire à quel point les aidants sont impliqués dans le maintien à domicile des personnes âgées. Cette aide augmente avec l'âge et est extrêmement liée au niveau de dépendance. Parmi ces personnes, 48% reçoivent de l'aide exclusivement de leur entourage, 20% uniquement l'aide de professionnels et 32% une aide mixte. L'aide apportée par des professionnels vient compléter celle des aidants mais ne s'y substitue pas. Par ailleurs, 69% sont aidées par un seul aidant, le plus souvent le conjoint (45%) ou un enfant (31%). Ce rapport s'inverse avec l'avancée en âge et la disparition du conjoint. Les enfants prennent alors majoritairement le relais. Ces aidants sont majoritairement des femmes (57%), des membres de la famille (79% dont 44% de conjoint), des personnes exerçant une activité professionnelle (47%) ou retraitées (33%). Ces aidants, à la définition encore floue, sont souvent considérées comme "*les secondes victimes*"⁸⁴. Dans le cadre du virage ambulatoire il apparaît donc essentiel de s'intéresser à cette population qui est en première ligne du maintien à domicile.

L'aide apportée par les aidants relève en priorité d'une aide à la vie quotidienne. En premier lieu l'aidant voit s'alourdir les tâches domestiques. Elles sont les premières activités que l'aidant se voit assumer seul, là où pouvait exister auparavant un partage des tâches : c'est lui qui s'occupe des courses, du ménage, des repas... Il endosse seul la responsabilité de l'organisation du domicile. Si nécessaire c'est également lui qui planifie les interventions des professionnels.

⁸³ Enquête Handicap-Santé réalisée par le DRESS et l'INSEE en 2008 présentée par SOULLIER Noémie, « *DRESS : études et résultats : L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile* », août 2011, 8 p.

⁸⁴ Je reprends ici le titre d'un article : SAMITCA S, " Les secondes victimes : vivre au quotidien auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ", *Sciences Sociales et Santé*, 2004, p 73-95.

Le soutien moral est un autre investissement important des aidants. Il est d'autant plus difficile à soutenir dans le temps que les aidants sont soumis à une incertitude constante quant à l'évolution de la situation. La seule chose véritablement perceptible étant que cela ne va pas s'améliorer : "*Le sentiment « d'en prendre » pour plusieurs années, et de surcroît sans espoir d'amélioration, confronte l'aidant à une perspective peu engageante. L'idée qu'on se débrouille, qu'on bricole un arrangement, plus ou moins stable selon les situations, renforce l'incertitude de la situation, et l'inquiétude des aidants proches.*"⁸⁵. Enfin l'aidant a un rôle de coordonnateur des soins⁸⁶. Si ce dernier peut se faire aider dans les tâches domestiques et les actes de soin, il n'en reste pas moins l'interlocuteur privilégié des intervenants. Il lui a déjà fallu se repérer dans un système dont nous avons vu la complexité et le manque de lisibilité. Il lui appartient également de réajuster l'organisation en cas de crise ou d'aggravation de la situation.

Tous ces éléments amènent les personnes à se couper d'une vie sociale pour rester auprès de l'aidé, à s'épuiser tant physiquement que moralement, à vivre avec la pression quotidienne d'une situation fragile et l'angoisse du devenir de l'aidé si l'aidant disparaît ou ne peut plus assumer ces tâches quotidiennes.

Des études ont montré que les aidants étaient loin d'être une population uniforme⁸⁷. Chacun aborde la situation selon différents critères : la configuration de la fratrie (enfant unique ou non, dynamique familiale), l'offre de soin disponible sur le territoire de proximité, d'autres personnes à prendre en charge (enfants ou petits-enfants), la situation économique, l'état de santé de la personne aidée, la poursuite ou non d'une activité professionnelle. Ce dernier point, par exemple, n'est pas forcément péjoratif et peut permettre aux personnes une "soupape" par rapport à leur investissement d'aidant⁸⁸. Au-delà de ces aspects, ce qui différencie les attitudes face à la prise en charge dépend essentiellement de la façon dont la relation d'aide est investie par l'aidant.

⁸⁵ Rapport CNSA, "*Trajectoires de maladie de patient diagnostiqué Alzheimer ou troubles apparentés : du diagnostic à l'identification des besoins et de leurs conséquences*", LE BIHAN B, CAMPEON A, MALLON I, février 2012, 194 p.

⁸⁶ DA ROIT B, LE BIHAN B, "La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familiarisation ou défamiliarisation du care ? ", *Lien Social et Politique*, automne 2009, p 41-55.

⁸⁷ CAMPEON A, LE BIHAN B, "Travailleurs sous pression. Logiques d'engagements et pratique du care auprès de proches âgés en situation de dépendance", *Gérontologie et Société*, 2013, p 103 à 117.

⁸⁸ LE BIHAN B, MARTIN C, "Travailler et prendre soin d'un parent dépendant", *Travail, Genre et Société*, 2006, p 77-96

Dans un article, Vincent Caradec⁸⁹ propose une typologie des aidants qui dépasse la notion selon laquelle l'aide serait simplement un fardeau :

- L'aide altération : c'est le sentiment de souffrance qui domine. La situation est vécue comme une destruction du sens de ce qui préexistait avant (forte ampleur de l'aide avec présence quotidienne).
- L'aide contraintes : les contraintes et la pénibilité sont mises en avant. Il est difficile pour les personnes de trouver un sens à la situation (ampleur modérée de l'aide).
- L'aide engagement : c'est l'activité d'aide qui donne du sens. Les contraintes et la pénibilité sont évoquées mais dans un deuxième temps (forte ampleur de l'aide avec présence quotidienne).
- L'aide satisfaction : les aspects positifs sont mis en avant et la situation semble peut affecter l'aidant (ampleur modérée de l'aide avec forte délégation des tâches).

Il ne s'agit aucunement ici de minimiser les contraintes qu'apportent pour les personnes la prise en charge d'une dépendance au domicile, mais de nuancer le propos et de dépasser la notion de fardeau. Si les personnes ont une approche et une implication différente dans le vécu de leur rôle d'aidant, les solutions à apporter à ces difficultés doivent également prendre plusieurs formes.

B) Les dispositifs d'aide aux aidants

Les pouvoirs publics s'intéressent depuis plusieurs années aux dispositifs d'aide aux aidants. Le virage ambulatoire auprès des personnes âgées impose d'autant plus une telle réflexion. Il promeut en effet le maintien à domicile dont on a vu que les aidants étaient les principaux acteurs. Il est donc essentiel de les accompagner pour éviter tout épuisement.

La nouvelle loi de santé donne un statut aux aidants : « *Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.* »⁹⁰.

Elle développe aussi le droit au répit. Ce droit a été initialement mis en place par le plan Grand Âge 2007- 2012. La loi prévoit de proposer, dès la demande d'APA, des relais ou des actions d'accompagnement. C'est à cette occasion que les demandes des aidants doivent

⁸⁹ CARADEC V, "Viellir, un fardeau pour les proches", *Lien Social et Politique*, 2009, p 11-122.

⁹⁰ Article 51 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Consulté sur le site www.legifrance.fr le 10 juin 2016.

être prises en compte. L'APA domicile contient désormais un module « droit au répit » afin de financer des aides temporaires permettant à l'aidant de souffler. Ce dispositif est complémentaire de la revalorisation de l'APA que nous avons précédemment évoquée. Ce module spécifique permet d'aller au-delà des plafonds d'aide. Il doit pouvoir financer des journées supplémentaires en accueil de jour (au nombre de 15), des temps d'hébergement temporaire (à hauteur d'une semaine pour faciliter, par exemple, des départs en vacances) ou renforcer temporairement l'aide à domicile (à hauteur de 25 heures). Ce dispositif est ciblé pour les aidants les plus isolés ayant en charge les personnes les plus dépendantes. Il est également prévu, à terme, de développer un dispositif d'évaluation des aidants à destination des équipes pour permettre un meilleur repérage de leur éventuelle fragilité. Une évaluation des aidants est en place au Royaume-Uni depuis 1995. Ce dispositif d'aide est accompagné d'un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant.

L'intention est ici louable et il ne s'agit pas de remettre en cause le droit au répit. Mais les structures d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour ne sont pas suffisamment développées pour permettre la mise en place de véritable temps de répit. Il y a là un véritable enjeu. Ces structures doivent impérativement être développées. Elles permettent aux aidants de reprendre le cours de leur vie, de s'occuper d'eux et de se ressourcer face à une prise en charge quotidienne. Dans le cadre du virage ambulatoire des personnes âgées, un vaste déploiement de ces dispositifs semble non seulement nécessaire, mais indispensable.

Il est également recommandé d'élargir le déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit. Ces structures ont été mises en place par le plan Alzheimer 2008-2012 et ont pour mission d'apporter écoute et soutien aux proches, de les aider dans la gestion des situations complexes et de partager leur vécu avec d'autres. Un soutien financier à la CNSA est prévu pour permettre l'élargissement de ces dispositifs. Là aussi ces dispositifs ont leur limite, comme me l'a signifié une personne lors de mes entretiens : « *il faut arrêter avec les formations aux aidants et les groupes de parole, ce dont on a besoin c'est de temps de répit pour souffler et faire des choses pour nous* ». Si les plateformes ont une utilité, c'est le développement des périodes de répit qui semble répondre le plus aux attentes des personnes.

Au-delà des types de dispositifs mis en place, c'est leur lisibilité et leur diversité qu'il est essentiel à promouvoir. Lisibilité pour que chacun soit plus à même de se saisir d'une offre simplifiée et la diversité pour permettre de répondre aux attentes différenciées des personnes.

VI - Conclusion

La personne âgée connaît des spécificités liées notamment à la polypathologie et à la chronicité de ces pathologies, à la temporalité différente qu'implique leur prise en charge et à son impact sur son entourage. Mais nous avons vu tout au long de ce travail que les approches trop segmentées montrent vite leur limite. Le critère d'âge s'est rapidement révélé inadéquat. Si la notion de fragilité permet de dépasser cette approche, elle apparaît encore insuffisante. Au final les situations ne se rassemblent pas autour d'un critère d'âge ou de pathologie, mais au regard de leur complexité. Cela impose une prise en charge sociale et sanitaire commune. Ce dépassement des frontières entre deux champs différents dans leur histoire, leur financement et leur culture est un enjeu majeur pour la réussite de leur accompagnement. Une approche populationnelle et territoriale est désormais privilégiée pour dépasser la fragmentation de notre système. C'est une démarche nouvelle que les acteurs doivent s'approprier. Cela ne concerne pas seulement les acteurs de terrain mais également les institutions dont les rôles et les prérogatives sont redistribués.

Même à l'issue de ce travail la notion de virage ambulatoire reste difficile à appréhender. Il dépasse largement le simple cadre de la chirurgie et se met en place des prises en charge hors des murs hospitaliers. Il est le marqueur d'un changement majeur de notre système de santé. Le chantier est vaste tant ce virage vient bousculer tout à la fois des organisations, des identités et des pratiques.

Il bouscule tout d'abord les institutions hospitalières en introduisant de nouvelles modalités de prise en charge. L'hôpital est recentré sur sa fonction de soin au détriment de sa fonction d'hébergement. Les services ambulatoires (chirurgicaux ou médicaux) ont des pratiques différentes qu'en hospitalisation complète. La gestion des flux devient ici un élément central. La réussite de ce changement implique un indispensable travail d'accompagnement et de formation des équipes.

Le virage ambulatoire vient aussi modifier des identités professionnelles. De nouveaux métiers apparaissent comme le gestionnaire de cas. Des anciens métiers évoluent comme celui d'infirmière. Au-delà de la fonction soignante, le travail de coordination est essentiel dans les services ambulatoires. Nous avons vu que de plus en plus de ces services emploient une infirmière non plus pour des fonctions soignantes, mais pour coordonner les activités autour du patient. Les auxiliaires de vie, que nous avons largement évoquées, vont devoir monter en compétence pour assurer une prise en charge de qualité au domicile.

Enfin, dernier point, et non des moindres, le virage ambulatoire nécessite une modification des pratiques. Quelles que soient les raisons qui président à sa mise en place, le virage

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

ambulatoire implique un déplacement des prises en charge vers la ville. Ce phénomène impose une coordination ville/hôpital et ville/ville à tous les acteurs. Les filières gériatriques, déjà en place, peuvent être un atout de la réussite de ce virage si elles se démarquent d'une vision trop hospitalo-centrée. C'est tout l'enjeu du virage ambulatoire, les zones de pouvoir vont se déplacer, ce qui ne peut se faire sans résistance. Le concept d'intégration prend ici tout son sens car il permet le dépassement des particularismes. C'est un processus qui s'inscrit dans le temps et qui nécessite, là aussi, un important travail d'explication et d'accompagnement. Il ne pourra se mettre en place sans une implication forte des pouvoirs publics.

Il est essentiel de soutenir l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire dans ce virage. Un soutien en termes de formation nous l'avons vu, mais également un soutien financier qui est, pour le moment, peu perceptible. Sans ce soutien le virage peut dès lors être perçu comme un simple désengagement de l'Etat. Ne voyant pas venir ce soutien, nombre de professionnels le vivent sous cette forme et n'y voient qu'une recherche d'économie. Si l'accompagnement humain et financier, indispensable à toute conduite du changement, n'est pas mis en place le virage ambulatoire ne sera effectivement qu'un désengagement des pouvoirs publics. Si le soutien apporté aux acteurs est important on assistera alors à un redéploiement du rôle de l'Etat et non pas à un effacement.

Enfin, le virage ambulatoire vient questionner la place du domicile. Ce dernier est par excellence le lieu de l'intime. Or le virage ambulatoire autorise une intrusion du soin et de l'accompagnement dans cette sphère privée. Les passages des soignants vont dès lors rythmer la vie quotidienne du domicile. On peut imaginer le développement, via les nouvelles technologies, d'appareillages de contrôle et de surveillance : télésurveillance, monitoring à domicile... Un vaste marché économique se dessine déjà en ce sens que l'externalisation des soins ne peut qu'accentuer. Le virage ambulatoire est un processus qu'il conviendra de suivre dans l'avenir pour savoir s'il est une humanisation des prises en charge ou une médicalisation du domicile normalisant les comportements jusque dans la sphère privée.

2EME PARTIE : NOTE D'OBSERVATION

Introduction

Si j'en suis aujourd'hui à débiter l'écriture de cette note réflexive, c'est que mon année de formation à l'EHESP touche pratiquement à sa fin. Les cours ont été suivis, les unités d'enseignement validées, le stage effectué et le mémoire rédigé. C'est donc le temps du bilan et de la réflexion sur les apports d'un parcours de formation. Pour moi ce parcours a débuté il y a cinq ans lors de mon année à l'école des cadres du CHU de Grenoble. C'est lors de cette première année de formation que j'ai commencé à m'intéresser à la problématique des personnes âgées. Mon mémoire de master I a porté sur l'accès aux soins des personnes précaires. Alors que je pensais avoir une vision claire des populations concernées (migrants, gens de la rue, travailleurs précaires...), j'ai été très surprise de voir apparaître, lors des entretiens menés, la population des personnes âgées. De là date mon premier contact avec ce public et, à la fin de ma formation, j'ai intégré un EHPAD. J'ai poursuivi mon exploration de la prise en charge des personnes âgées et je quittais les services d'hospitalisation : j'en avais fini avec la blouse blanche et les lieux de soin pour aller vers des lieux vie. J'ai travaillé pendant presque trois ans dans cet EHPAD avant de prendre le chemin de l'EHESP pour un parcours en master II. C'était la seconde et dernière étape de mon projet de formation.

A l'inverse du master I qui a relevé de la "découverte" (de la problématique des personnes âgées, comme d'un travail de lecture et de réflexion), le master II a relevé de la "spécialisation". J'ai fait le choix, pendant cette année, d'approfondir ma réflexion autour des personnes âgées par intérêt personnel et professionnel : je souhaite continuer à travailler avec cette population. J'ai donc sciemment cherché un lieu de stage et un thème de mémoire en lien avec cette double dynamique, personnelle et professionnelle. A ce titre, le thème du virage ambulatoire était parfait. Non seulement je restais dans le champ de la personne âgée, mais je quittais la problématique de l'institution pour aller vers le domicile, travail complémentaire, s'il en est, d'un vécu professionnel en établissement sanitaire ou médico-social. La réalisation de ce mémoire est l'aboutissement de cette deuxième année de formation. A la relecture il y a évidemment des motifs de satisfaction et d'insatisfaction. C'est surtout le travail du deuil de ce dont je n'ai pas parlé qui est difficile. Alors que je pensais arriver à un aboutissement, ce travail me semble être, finalement, un point de départ pour une nouvelle réflexion. Mais le point final n'est pas encore de mise et il me reste encore un peu de pages (et de temps) pour aborder d'autres questionnements.

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

Au cours de ma formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) j'ai pu suivre des enseignements qui m'ont sincèrement intéressée et d'autres qui m'ont tout aussi sincèrement questionnée. Entendons-nous bien, il ne s'agit pas ici de remettre en cause la qualité d'un enseignement ou la construction d'un master, mais de regarder les questionnements que cet apprentissage a pu susciter en moi. J'ai été vivement intéressée par les questions d'organisation politique et sociale. Comprendre comment les dynamiques se construisaient dans le temps, donner une perspective historique à un système de santé, tenter d'en saisir les enjeux politiques et sociaux, chercher à percevoir les forces sociales en présence... C'est dans ces apprentissages et questionnements que réside pour moi le véritable apport de ma formation. A l'inverse, les problématiques de promotion de la santé, savoir comment modifier les comportements pour réduire les risques... Ces enseignements m'ont tout de suite interrogée. A l'occasion de ces interventions me revenait en tête cette expression courante "l'enfer est pavé de bonnes intentions". Je perçois bien le message humaniste, mais cette injonction sous-jacente et permanente à prendre soin de son corps, et la normalisation des comportements qu'elle implique me questionne. Elle me questionne en tant qu'individu et en tant que professionnel. Au final, quel sens donner à un métier de la santé ? Suis-je un instrument de contrôle social ou un instrument de soutien aux personnes dites vulnérables ? D'une manière plus large : quel sens donner à une démarche de santé publique ?

C'est tous ces questionnements qui m'ont accompagnée lors de mon master II. Il ne s'agit pas ici de trancher la question mais de tenter d'y réfléchir.

Tout d'abord à travers le corps en tant qu'objet social. Cette réflexion amène la suivante : quelle place et quel contrôle du corps dans nos sociétés ? Comment se construit un problème de santé publique dans cette réflexion ? Quel est la place du social en santé publique ? Pour faire le lien avec ma pratique professionnelle : quelle place du « social » dans les structures médico-sociales que sont les EHPAD ?

Que dire ensuite de la médicalisation de la vieillesse ? Et, toujours pour faire le lien avec ma pratique professionnelle : comment se construit la médicalisation de la maladie d'Alzheimer ? Je cherche, dans ce dernier écrit, à parcourir ces questionnements. Je m'appuie pour cela sur la lecture de certains ouvrages et articles en tentant de voir comment cette lecture entre en résonance avec mes apprentissages, mon expérience professionnelle et mon questionnement personnel.

I – Le corps objet de contrôle social

Le métier d'infirmière, que j'ai exercé pendant quinze ans, est un métier du corps qu'il soit malade ou vieillissant. Mais c'est le corps en tant qu'objet social qui va être questionné dans cette partie. Comment le corps est pris en charge par la société ? Quel contrôle ? Quelle articulation entre une approche sociale et médicale ? Comment sont prises en compte ces deux approches dans les institutions médico-sociales que sont les EHPAD ?

A) Perception sociale du corps

L'existence de l'homme est avant tout corporelle et toutes les actions humaines nécessitent une médiation par le corps. Il est le médiateur de notre relation au monde, et *"le lieu et le temps où l'existence prend chair à travers le visage singulier d'un acteur"*⁹¹. Le corps est aussi une production sociale, culturelle et psychologique dont la perception évolue dans le temps et dans l'espace. Il est un moyen de diffuser une opinion sur soi-même et est constitutif de notre identité. Dans les sociétés traditionnelles, le corps n'est pas distingué de la personne. Il est le relieur à travers lequel chaque individu est relié au groupe. Dans nos sociétés modernes, où les acteurs sont plus séparés les uns des autres et plus autonomes dans leurs valeurs et leurs initiatives, le corps est une frontière pour se délimiter des autres. Pendant tout le Moyen-Age l'homme était son corps, c'est à la Renaissance que celui-ci apparaît comme un objet autonome. Cette évolution se traduit notamment par l'apparition des premières dissections. Le concept de la personne se fonde alors davantage sur l'individu et le corps apparaît de plus en plus comme une machine. Le corps est largement perçu dans nos sociétés comme un modèle mécanique qu'il faut réparer. Cette vision machiniste du corps est encore à l'œuvre de nos jours à travers le développement des prothèses ou des greffes. La médecine occidentale s'est largement construite comme une médecine de réparation mécanique des corps, à l'inverse d'autres approches tournées vers une explication énergétique et qualitative.

Le corps est également dépositaire de l'ordre et de la règle sociale : les postures et les attitudes deviennent des normes sociales dont la perception nous échappe. Le corps devient l'évidence oubliée. Il en est ainsi de notre façon de pleurer, de se moucher, mais aussi de notre façon de marcher, de courir que nous intégrons dès notre plus jeune âge. En se soumettant inconsciemment à ces rituels, nous gommons la réalité vivante de notre corps. Il est ainsi l'objet constant d'une normalisation sociale. L'exemple des pets et des rots est à cet égard significatif. L'ordre social incorpore l'individu en lui rappelant que son corps ne lui

⁹¹ LE BRETON D, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992, 128p.

appartient pas. Le collectif s'empare du corps pour lui donner un sens, le contrôler et le soigner. Ce travail de normalisation sociale se fait en fonction des représentations culturelles en cours dans une société à un moment donné. Si au XIX^{ème} siècle l'embonpoint était à la mode, aujourd'hui la minceur est devenue la norme de conformation physique. David le Breton⁹² montre que la façon de s'approprier son corps est différente selon les classes sociales. Les corps d'une même communauté humaine sont en résonance. Il y a une étonnante parenté du corps au sein d'un même collectif, en dépit des diverses nuances que chacun y apporte au regard de son parcours personnel. Pour les classes populaires le corps reste un outil valorisé par la force. Il y a une fierté à n'avoir jamais été malade, une plus grande résistance à la douleur. A l'inverse, les classes les plus favorisées ont une relation plus attentive au corps et une attitude préventive face à la maladie bien plus importante.

Parmi les sens qui nous permettent de percevoir et d'interagir avec notre environnement, c'est la vue qui est à l'honneur dans nos sociétés modernes. Pour David le Breton⁹³ cette évolution est liée au recul général de l'environnement naturel : il reste aujourd'hui, dans nos milieux de vie majoritairement urbain, peu de choses à humer, sentir ou écouter. Le développement d'une société du spectacle, de la télévision et de l'image illustre cette primauté du regard. Nos sociétés ne veulent plus voir les corps souffrants et/ou vieillissants. Cela participe à la mise à distance de la mort et de la souffrance. Ces dernières sont gérées, entre autres, par l'institution hospitalière.

B) La surveillance des corps

Nous avons vu, à travers son histoire, que l'hôpital est le reflet des tensions qui traversent une société. Aujourd'hui les hôpitaux sont, par exemple, un lieu d'affrontement entre une logique de marché et une logique de service public. Cet affrontement dépasse largement le cadre hospitalier pour traverser l'ensemble de la société. Mais l'hôpital ne se limite pas à être ce lieu de reflet des tensions qui traversent une société. Il remplit également un rôle de régulateur de l'ordre social en conservant une fonction d'accueil des populations vulnérables.

Selon Michel Foucault⁹⁴ le développement de la société capitaliste a été accompagné depuis toujours d'un contrôle de plus en plus important des populations. Dès le XVIII^{ème} siècle le pouvoir cherche à sédentariser une population croissante et nomade afin de mieux contrôler

⁹²LE BRETON D, *Corps et société. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Editions du Méridiens Klincksiek, 1988, 219p.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ FOUCAULT M, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 318p.

et discipliner le corps social. Dépassant les sévices corporels du Moyen-Age devenus inopérants, un pouvoir disciplinaire s'est mis en place. Ce pouvoir s'exerce grâce à la technique, à la normalisation et au contrôle. Le contrôle disciplinaire, essentiellement normalisateur, permet une standardisation des comportements humains. Il s'exerce et s'appuie sur un savoir pratique, technique et administratif.

Les Etats modernes ont besoin pour gouverner d'information sur les populations qui deviennent des catégories scientifiques. Le pouvoir s'appuie donc sur le savoir pour exister, c'est ce que Foucault appelle le biopouvoir. Les préoccupations politiques portent sur le bien-être, la santé, non pas en vertu de considération morale, mais dans un souci de contrôle politique et économique. Le pouvoir s'exerce dans nos sociétés modernes à travers des mécanismes de savoir et de normalisation sociale. Comme l'écrit l'auteur : *"Ce que l'on appelle la vie politique depuis le XIXème siècle, c'est la manière dont le pouvoir se donne en représentation. Ce n'est ni là, ni comme cela qu'il fonctionne. C'est à la condition de masquer une part importante de lui-même que le pouvoir est tolérable... Sa réussite est en proportion de ce qu'il parvient à cacher de ses mécanismes."*⁹⁵.

Dans le champ de la santé ce pouvoir normalisateur s'exprime à travers une injonction à se soigner. Les messages sur l'hygiène alimentaire (manger cinq fruits et légumes par jour), sur l'indispensable prévention (les campagnes de dépistage du cancer par exemple), sur la pratique sportive sont autant de normes sociales que l'individu intègre. Il y a une injonction de soin, de nécessaire prise en charge du corps qui permet d'éloigner de la société la matérialité d'un corps malade. Depuis l'apparition de l'hygiénisme, le discours de normalisation du corps est essentiellement porté par le monde médical : les vaccinations obligatoires, les normes de croissance et de minceur, les injonctions à l'entretien de soi, à la prévention comme à la conservation sont légions. Dès lors on peut s'interroger sur le sens à donner à la santé publique.

C) La place du social en EHPAD

Selon Didier Fassin *"avant d'être un savoir sur des maladies ou des populations, la santé publique manifeste un pouvoir qui s'exerce sur des sujets pour leur bien-être"*⁹⁶. La santé publique se construit à travers une double opération de médicalisation et de politisation des faits sociaux. Ce qui peut apparaître aujourd'hui comme un péril grave, pouvait ne pas l'être plusieurs décennies auparavant. Ainsi la santé publique ne va pas de soi, elle est un fait

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ FASSIN D, *Faire de la santé publique*, Rennes, Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008, 80p.

culturel en ce sens qu'elle n'existe pas toujours et partout sous la forme que nous lui connaissons. Dans la suite de son ouvrage, l'auteur analyse comment la lutte contre le saturnisme infantile est devenue une politique de santé publique. Au final la santé publique apparaît plus comme un construit social que comme une seule pratique de domination des corps. Néanmoins ce processus passe par une médicalisation du social.

Je fais le lien ici avec mon travail sur le virage ambulatoire. Au cours de ce travail j'ai repris une définition de la fragilité comme un syndrome clinique. Le terme de fragilité a tout de suite fait écho en moi. Il me ramenait à des lectures faites lors de la réalisation de mon mémoire de master ⁹⁷. Certes il existe une clinique des corps fragiles, mais n'est-ce-pas tout autant la fragilité du lien social qui amène les personnes à vivre "des situations complexes" comme définies dans mon mémoire ? Un jeune homme de 22 ans avec un bras cassé et des troubles psychiatriques, totalement isolé socialement, traversera probablement plus de difficulté dans sa prise en charge qu'une personne âgée atteinte d'Alzheimer après une fracture du col du fémur si son entourage la soutient. La même problématique se retrouve en EHPAD. Si vous estimez qu'une personne a besoin de chaussures, vous échangez à ce sujet avec elle et sa famille et cela peut se régler facilement. A l'inverse comment faire quand il n'y a personne autour ? Attendre pendant plusieurs semaines une hypothétique réponse d'une tutelle ? Pendant cette attente, la personne voit son risque de chute augmenter (quand elle ne se grabatise pas) faute de pouvoir marcher en sécurité. La différence ici ne tient pas à une donnée médicale, mais bien à un environnement social. La manière de poser un problème façonne souvent la réponse qu'on y apporte. Une fragilité clinique renvoie à une prise en charge médicale, une fragilité du lien social à une toute autre approche. Il ne s'agit pas de les opposer tant ils semblent l'un et l'autre indispensables à la réflexion sur la prise en charge des populations vulnérables.

C'est le principe des établissements médico-sociaux, comme les EHPAD, que de proposer une prise en charge alliant les deux principes. Elles devraient donc être en capacité de faire face à des problématiques tant médicales que sociales et avoir en leur sein des professionnels issus de ces deux champs. Force est cependant de noter que le personnel est issu du monde médical ou paramédical : cadre de santé, infirmière, aide-soignante, agent de soin, médecin coordonnateur, psychologue. A part l'animatrice, il n'y a aucun représentant du monde social dans ces établissements. Les Aide Médico Psychologique (AMP) seraient les bienvenues mais elles s'orientent majoritairement vers le handicap et non vers la vieillesse. Le monde du social est pratiquement inexistant dans les personnels des EHPAD. Les soignants occupent tout l'espace. Et avec eux, le soin, au détriment, le plus souvent, d'une démarche

⁹⁷ Je fais ici allusion à la lecture de Robert Castel, *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003, 95p et de Serge Paugam, *La disqualification sociale*, Paris, PUF, 1991, 256p.

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

d'accompagnement. Ce constat m'a largement questionné lors de mon exercice professionnel et m'amène, aujourd'hui, à réfléchir à la médicalisation de la vieillesse.

II – La médicalisation de la vieillesse

J'ai cherché dans cette partie à alimenter ma réflexion sur la médicalisation de la vieillesse et en particulier sur la maladie d'Alzheimer. Pour ce faire je me suis largement appuyée sur la lecture d'un article d'Isabelle Mallon⁹⁸. Il m'a particulièrement intéressé car il m'a permis de mieux appréhender la médicalisation de cette maladie et, de façon plus large, des troubles de la mémoire. J'ai essayé ici de montrer comment cette lecture est entrée en résonance avec mon expérience professionnelle et personnelle.

A) Une approche médico-centrée

Peter Conrad définit la médicalisation comme une construction sociale : "*La médicalisation consiste à définir un problème en terme médicaux, en utilisant un langage médical, en adoptant un cadre médical et en intervenant de manière médicale pour le "traiter"*"⁹⁹. Il en définit trois niveaux :

- Conceptuel, qui renvoie à un travail de catégorisation médicale des troubles, fondé sur un savoir expert, scientifique.
- Institutionnel, qui détermine quelles organisations sont susceptibles de prendre en charge ou de traiter les troubles.
- Interactionnel dans la relation médecin-patient.

Qu'en est-il dans le champ de la "maladie d'Alzheimer" ? Cette "pathologie", dont on ne peut faire le diagnostic que post mortem à travers une autopsie, laisse la place à de multiples questionnements. Est-ce une maladie ou une forme accélérée de vieillissement ? Dès lors, quelle prise en charge mettre en place pour les personnes atteintes de ces troubles de la mémoire ?

Une première chose à relever est que cette maladie est loin de concerner l'ensemble de la population des personnes âgées. Alors qu'elle participe pleinement à une vision négative

⁹⁸ MALLON I, "La maladie d'Alzheimer : les fluctuations de la médicalisation", *Retraite et Société*, 2014, p169 à 180.

⁹⁹ CONRAD P, "Médicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 1992, p209-232. Traduction par MALLON I, "La maladie d'Alzheimer : les fluctuations de la médicalisation", *Retraite et Société*, 2014, p169 à180.

de la vieillesse, elle n'affecte "seulement" que 2 à 4% des personnes de plus de 65 ans et 15% des plus de 80 ans. Sans minimiser son impact, elle se révèle, au regard des chiffres, bien plus rare que la perception initiale que l'on peut en avoir.

Pendant longtemps la maladie d'Alzheimer était différenciée des démences séniles. La maladie apparaissait avant 65 ans, les démences séniles à un âge plus avancé. C'est dans les années 60, à la suite de nouvelles découvertes médicales, que le rapprochement est fait entre les deux champs. La maladie est alors requalifiée et la maladie d'Alzheimer regroupe également sous son appellation "les maladies apparentées". Cela permet alors une large expansion de la maladie dans les années 70 au moment où l'espérance de vie des populations âgées augmente sensiblement.

Les médecins sont les premiers acteurs de la médicalisation des troubles de la mémoire. Ce sont bien des médecins qui les ont qualifiés sous la forme médicale de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Tout d'abord les gériatres qui ont vu une occasion de développer et de légitimer leur spécialité. Ils ont ainsi contribué à médicaliser non seulement les troubles de la mémoire, mais les modalités de leur prise en charge. C'est ensuite la neurologie qui s'est emparée de ces troubles accentuant encore plus leur médicalisation. Pour Annie Mollier *"nous sommes passés de la gérontologie à la neurologie... Ce n'est évidemment pas la même approche"*. L'industrie pharmaceutique s'est également emparée de ces troubles en proposant des traitements, même si ces derniers ne sont que symptomatiques. On retrouve ici un phénomène de médicalisation d'un fait social qui est, selon Didier Fassin, la première étape vers la construction d'une problématique de santé publique.

A la différence du SIDA, les associations de malade ont peu œuvré à la visibilité de la maladie. L'âge de ses membres est une donnée à prendre en compte. Mais on peut également supposer que la vision négative par le corps social de la vieillesse a également participé à la difficulté pour ces associations à s'emparer du champ médiatique. Je ferai ici le parallèle avec une image télévisuelle forte lors de l'apparition du SIDA : une actrice, Clémentine Célarié avait embrassé un patient séropositif montrant par là qu'il n'y avait pas lieu de stigmatiser cette population. Imagine-t-on seulement la même image pour une personne âgée ? Au-delà du baiser, qui dans le contexte d'une maladie transmissible avait une résonance forte, les corps vieillissants ne sont pas de mise à la télévision. Si la vieillesse ou les troubles de la mémoire sont discutés, ils ne sont que très rarement montrés. Dans notre société de la vue, les corps altérés disparaissent de notre vision. Mon exemple est un peu caricatural, mais il a pour but de montrer que la société elle-même a peut-être laissé aux médecins la prise en charge de ces troubles et, au-delà, du vieillissement.

Cependant le monde politique s'est emparé des problématiques du vieillissement depuis le début des années 2000. Des plans nationaux successifs, dont un porté au niveau présidentiel, ont été développés. Ces différents plans ont structuré des filières de soins, des équipements et ont également participé à la médicalisation de ces maladies. Les ARS, et à travers elle le monde de la santé, ont en charge les structures médico-sociales, c'est-à-dire les établissements qui prennent en charge les patients âgés.

B) Les limites de l'approche médicale

Un fait important a cependant mis une limite à la médicalisation de cette pathologie : la faible réussite des traitements médicamenteux. Ces thérapies qui sont apparues vers la fin des années 90 ont pu susciter un fort espoir. Force est de reconnaître qu'aujourd'hui ils ont montré toutes leurs limites. Les effets de ces médicaments sont très modestes, quand ils ne provoquent pas, sur le long terme, des réactions indésirables importantes. Ces traitements non productifs ont laissé la place à d'autres approches. D'autres intervenants et d'autres types de prise en charge ont pu se mettre en place. En parallèle d'une approche médicale, des innovations sociales ont pu voir le jour. Des professionnels autres que les médecins ont été de plus en plus nombreux à intervenir auprès de ce public : ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue... Des équipes pluridisciplinaires alliant le médical et le social ont vu le jour : équipes spécialisées Alzheimer, équipe mobile gériatrique. Les intervenants du domicile ne sont pas seulement médicaux : assistante de vie sociale, gestionnaire de cas MAIA, aide médico-psychologique... Ces professions relèvent largement d'une approche sociale. Les accueils de jour qui se sont également largement déployés ces dernières années cherchent à préserver les capacités cognitives et à maintenir une socialisation de la personne. On s'éloigne donc d'une prise en charge strictement médicale.

La médication reste cependant encore une des seules réponses qui est apportée, en EHPAD, lorsque des troubles deviennent de plus en plus envahissants. Pas seulement par le fait d'une main-mise médicale, mais c'est également ce que réclame le plus souvent les familles, comme les soignants : « *il n'y a pas un médicament pour le/la calmer ?* », « *vous n'avez rien pour lui redonner de l'appétit ?* », « *il lui faudrait des vitamines pour qu'elle retrouve de forces* » ... Ce ne sont que quelques aperçus des demandes. Les médicaments ont encore une belle espérance de vie en EHPAD malgré toutes les recommandations des sociétés savantes. Mais c'est aussi que les personnels, de culture soignante, ne sont pas formés à des démarches d'accompagnement et se trouvent vite débordés devant des troubles de plus en plus envahissants. De plus, les réorientations vers des structures plus adaptées (UCC ou UHR) sont lentes et compliquées en raison d'un manque de place. Enfin, les liens entre la

psychiatrie et la gériatrie sont extrêmement difficiles à mettre en place, tout au moins sur le territoire grenoblois où j'ai exercé.

C) Le glissement vers les aidants

Dans le même temps, en raison d'une crise économique provoquant un désengagement financier de "l'Etat-providence", les politiques d'accompagnement de ce public vieillissant se sont largement appuyées sur les dynamiques familiales et privées. Au fil du temps est apparue la problématique des aidants. De nombreux dispositifs ont émergés pour les soutenir dans l'accompagnement long et difficile d'un proche atteint d'une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés : dispositif de répit, accueil temporaire, groupe de parole, formation aux aidants... Les pouvoirs publics se sont emparés de ce nouveau public.

Cependant ce phénomène n'a pas forcément entraîné une démedicalisation des troubles de la mémoire : "*Si cette médicalisation a été affaiblie, elle s'est capillarisée, en intégrant les aidants dans le champ de son action*" écrit Isabelle Mallon¹⁰⁰. Il est d'ailleurs important de noter ici que l'ensemble de ces dispositifs paramédicaux ou sociaux nécessitent, dans leur grande majorité, une prescription médicale et reste donc soumis à cette autorité.

Dans le cadre de mon travail sur le virage ambulatoire j'ai pu constater combien le médecin généraliste était décrié par les personnes rencontrées. N'ayant pu lui donner la parole faute d'un entretien, je n'ai pas évoqué leur place. Cependant elle serait largement à réfléchir. Si tous les textes de loi en font le métier au cœur de la coordination, il n'en n'est rien dans les faits. Les médecins généralistes savent faire de la coordination clinique : ils en ont les compétences. C'est tout autre chose pour eux de s'investir dans la coordination médico-sociale : ils n'en n'ont ni les moyens (leur rémunération à l'acte ne le leur permet pas), ni le goût (le travail de médecine et de coordination sont différents), ni les compétences (rien dans leur formation ne les prépare à cette pratique). Pour nombre des personnes rencontrées ce travail devrait être exercé par d'autres acteurs formés spécifiquement à cette coordination. Il y a ici un enjeu de pouvoir professionnel qu'il faudra bien trancher sous peine d'un grave échec du virage ambulatoire. De la même façon, en EHPAD, il faudra, à un moment, s'interroger sur la place et les attributions du médecin coordonnateur.

Mais avant d'accuser les médecins de tous les maux il convient de nuancer le propos en notant que "*si le médical investit tant le social, c'est que peut être aussi les défaillances du*

¹⁰⁰ MALLON I, "La maladie d'Alzheimer : les fluctuations de la médicalisation", *Retraite et Société*, 2014, p169 à 180.

*système social amènent des individus dans le champ médical parce qu'ils ne peuvent aller ailleurs*¹⁰¹.

Je fais le lien ici avec mon expérience personnelle. Au tout début de mon travail d'infirmière j'ai exercé quelques temps dans un service d'infectieux prenant en charge des malades du SIDA, puis j'ai travaillé en cancérologie/hématologie et enfin en EHPAD. Chacune de ses expériences a donné lieu à des regards différents de la part des personnes que je pouvais rencontrer. Le SIDA provoquait des réactions relevant de l'inquiétude. Il m'a fallu régulièrement expliquer que les mots avaient un sens et qu'il s'agissait d'une maladie transmissible et non contagieuse. La différence est notable. Le cancer appelait des réactions de courage. J'ai dû expliquer que je n'étais pas une « mère Térésa » investie d'un humanisme de source divine, mais une simple professionnelle de santé. Les personnes âgées ont provoqué des réactions relevant du rejet ou, a minima, de l'indifférence. Ces différentes réactions montrent à quel point le corps social est en difficulté face à ce public. La télévision ne veut pas le montrer, les individus ne veulent pas en parler.

D) Des approches différenciées

Gardons-nous cependant des généralisations. Nous avons vu avec André Le Breton que le corps était appréhendé différemment selon les classes sociales. Ainsi les classes moyennes et aisées ayant une vision du corps plus orientée vers la prévention et le traitement seront plus à même de se tourner vers une prise en charge médicale. A l'inverse, les classes les plus populaires auront plus largement tendance à faire relever ses troubles du vieillissement normal et à moins se tourner vers le corps médical. Les choses ne sont cependant pas aussi simples (voir simplistes) et les dynamiques familiales sont également largement à prendre en compte.

De tout ce corpus dépendra les prises en charge mises en place. Toujours pour Isabelle Mallon quatre manières de composer avec les propositions médicales ont été relevées :

- S'en remettre aux spécialistes et se couler dans les plans de soin prévus en adhérant à la médicalisation de l'existence. Cette attitude qui consiste à se conformer aux prescriptions médicales permet de sortir du désarroi provoqué par la maladie et de se reposer sur des professionnels pour la gérer.
- Ignorer partiellement les propositions médicales. La maladie est perçue ici comme une fatalité du vieillissement donc il faut s'accommoder. L'essentiel est ici de préserver les routines de vie et l'autonomie du groupe domestique.

¹⁰¹ DRUHLE M, CLEMENT S, "Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au champ de la gérontologie" dans AÏACH P et DELANOË D, l'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas, Paris, Economica, 1998, 251p.

- Sélectionner les propositions médicales en fonction du vécu de la maladie. Les prises en charge sont mises en place ou abandonnées au regard de l'amélioration (ou non) du bien-être de la personne.
- Refuser toute approche médicale en recourant à d'autres interprétations et traitements.

Le phénomène de médicalisation est donc différencié selon son appartenance sociale mais également selon la dynamique familiale et culturelle dans laquelle la maladie s'inscrit. Chacun va s'emparer des dispositifs au regard de ce qu'il en attend.

Conclusion

Le corps, avant d'être un objet de soin, est un objet social. Il est appréhendé différemment dans le temps et dans l'espace par les sociétés, comme par les individus. Il en est de même pour le vieillissement. S'il existe une médicalisation du vieillissement, c'est sans doute aussi que le corps social n'a su ou pu appréhender ce phénomène de nos sociétés modernes. La médicalisation de la maladie d'Alzheimer s'appuie tout d'abord sur les médecins, et, dans une moindre mesure, sur les associations de malades. Si la limite des traitements a freiné son développement, elle s'est ensuite déployée autour de l'aide aux aidants. Cependant son impact est à nuancer au regard des cultures et des dynamiques familiales propre à chacun. La maladie d'Alzheimer reste malgré tout largement associée au phénomène de vieillissement, alors que seule une partie minime des personnes âgées en sont atteintes.

Ce dernier travail m'a permis de nuancer mon propos et mon approche. Les choses sont rarement aussi simples qu'on les perçoit initialement. Il y a ici un apport essentiel et incontestable de mon parcours de formation. Au-delà des accords ou désaccords, de l'intérêt ou du désintérêt pour tel ou tel sujet, il permet une pause dans une vie professionnelle. En ce sens mon année à l'EHESP a été une réussite.

Ma démarche de formation ne s'inscrivait pas tant dans une dynamique de promotion professionnelle que de réflexion personnelle. Réflexion non seulement sur mes propres pratiques, mais sur le champ dans lequel elles s'inscrivent. Je garde aujourd'hui le même intérêt pour la population des personnes âgées. Mais je me suis enrichie d'apprentissage et de réflexion qui ont élargi ma compréhension de mon environnement professionnel. C'est en en mesurant mieux la complexité et les enjeux que je peux reprendre aujourd'hui le chemin de la vie active.

BIBLIOGRAPHIE

➤ OUVRAGES

BLOCH M-A, HENAUT L, SARDAS J-C, GAND S, *la coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, fondation Paul Bennetot, février 2011, 241 p.

BLOCH MA, HENAUT L, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, 315 p.

CASTEL R, *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003, 95 p

COUTANT D, TUFFREAU F, *La médecine générale une spécialité d'avenir*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, 160 p.

DRUHLE M, CLEMENT S, "Enjeux et formes de la médicalisation : d'une approche globale au champ de la gérontologie" dans AÏACH P et DELANOË D, *l'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998, 251 p.

FASSIN D, *Faire de la santé publique*, Rennes, Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008, 80 p.

LE BRETON D, *Corps et société. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Editions du Méridiens Klincksiek, 1988, 219 p.

LE BRETON D, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992, 128 p.

FOUCAULT M, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 318 p.

MARABET B, "L'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Quelles pratiques mettre en œuvre ? Quelles compétences mobiliser ?" dans Martin C (dir), *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'Etat social*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 2014, 158 p.

MÜLLER, Pierre. *Les politiques publiques-9éd*, Paris, PUF, 2011. 126 p.

PAUGAM S, *La disqualification sociale*, Paris, PUF, 1991, 256 p.

PERODEAU G, COTE D, *Le virage ambulatoire. Défis et enjeux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2002, 195 p.

WEBER F, *Handicap et dépendance. Drames humains, enjeux politiques*, Paris, collection du cepremap, 2011, 75 p.

ROUZEAU M, *Vers un Etat social actif à la française ?*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, 169 p.

SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA I, *Créer et piloter un réseau de santé*, Rennes, ENSP, 2002, 112 p.

➤ **ARTICLES**

ANDRE L, "Evolution des métiers du prendre soin à domicile : enjeux professionnels ? enjeux de société ?" *Gérontologie et société*, 2012, p 157-167.

CAMPEON A, LE BIHAN B, "Travailleurs sous pression. Logiques d'engagements et pratique du care auprès de proches âgés en situation de dépendance", *Gérontologie et Société*, n°145, 2013, p 103 à 117.

CARADEC V, "Vieillir, un fardeau pour les proches", *Lien Social et Politique*, n°62, 2009, p 11-122.

CHAUVEAU S, "Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ?", *Les Tribunes de la Santé*, 2011, p 81-89.

CONRAD P, "Médicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 1992, p 209-232.

DA ROIT B, LE BIHAN B, "la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familiarisation ou défamiliarisation du care ?", *Lien Social et Politique*, n°62, 2009, p 41-55.

DE LATHOUWER C, JAMES H, "Ambulatory surgery: an organizational and cultural revolution, a social and political challenge", *Ambulatory Surgery*, 1999, 7, p183-186.
Traduction française dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2001, tome 185, n°6, juin 2001, p 1029.

DJELLAL F, GALLUJ C, "De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux : les différentes facettes de l'innovation hospitalière", *Revue Française des Affaires Sociales*, la Documentation Française, 2004, n°1, p 223-248.

FOULT M, "Le collège de médecine veut revoir le PRADO", *le quotidien du médecin*, le 4 mars 2016.

LE BIHAN B, MARTIN C, "Travailler et prendre soin d'un parent dépendant", *Travail, Genre et Société*, n°16, 2006, p 77-96.

MALLON I, "La maladie d'Alzheimer : les fluctuations de la médicalisation", *Retraite et Société*, 2014, p 169 à180.

OMRAN R, "The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, p 509-538.

SAMITCA S, " Les secondes victimes : vivre au quotidien auprès des personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ", *Sciences Sociales et Santé*, 2004, p 73-95.

SCHWEYER F-X, "Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils", *Sociologies pratiques*, 2005, p 89-104.

SOMME D et al, "Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral)", *Gérontologie et société*, 2013, p 201-226.

VELLAS B, "le virage ambulatoire de la gériatrie", *Revue Hospitalière de France*, avril-mars 2015, p 66-67.

➤ RAPPORT ET ENQUETE

DGOS, *Rapport d'activité 2014*, 74p.

Enquête Handicap-Santé réalisée par le Dress et l'Insee en 2008 présentée par SOULLIER Noémie, *Dress : études et résultats : L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile*, n°771, août 2011, 8 p.

ENEIS conseil, *travaux de préparation au Schéma départemental 2016-2021*.

Lexique de A à Z, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers*, septembre 2012, 33 p.

HAS et ANAP, *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire-Socle de connaissance*, juillet 2012, 21 p.

HAS, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoire-fiche parcours*, juin 2013.

INSEE, *Scénario central des projections de population, 2007-2060*.

Rapport de l'ATIH, *Veillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur les 80 ans et plus*, 31 p, aucune date n'est précisée sur le rapport.

Rapport de l'ATIH, *Etat des lieux 2014 sur l'activité de chirurgie ambulatoire*, mars 2016, 16p.

Rapport du conseil économique et social présenté par MOLINIE E, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 28 juin 2005, 264 p.

Rapport CNSA, LE BIHAN B, CAMPEON A, MALLON I, *Trajectoires de maladie de patient diagnostiqué Alzheimer ou troubles apparentés : du diagnostic à l'identification des besoins et de leurs conséquences*, février 2012, 194 p.

Rapport CREDOC, *les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées. Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable*, Cahier de recherche n°277, décembre 2010, 82 p.

Rapport n° 2006-22 de l'IGAS de DANIEL C et al, "*Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et de la dotation de développement des réseaux*", mai 2006, 163 p.

Rapport IGAS, *Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales*, février 2011, 111 p.

Rapport de l'IGAS et de l'Inspection Générale des Finances, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, juillet 2014, 288 p.

Rapport Laroque, *Politique de la vieillesse*. Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, 1962.

➤ **PLAN**

Plan solidarité-Grand Age, présenté par Philippe Bas le 27 juin 2006.

Plan Alzheimer 2008-2012.

➤ **TEXTES LEGISLATIFS**

LOI ET ARTICLE DE LOI

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

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

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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

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°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.

Article D6124-301-1 du Code de la Santé Publique relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

ORDONNANCE

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

Ordonnance n° 58-1198 et n° 58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation.

Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

DECRET

Décrets 92-1100, 92-1101,92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L712-2 du code de la santé publique.

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

Décret n°2016-750 du 6 juin 2016 relatif à la liste des activités de service à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration.

CIRCULAIRE

Circulaire DHOS n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration des filières de soins gériatriques.

Circulaire DHOS n° 2006-376 du 31 août 2006.

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

Circulaire DHOS n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Circulaire DGAS n° 2002-441 du 5 août 2002 relative au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.

Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/CNSA n°2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

INSTRUCTION

Instruction DGOS/R3 no 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.

Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

➤ SITE INTERNET

www.atih.sante.fr

www.anap.fr

www.ars.sante.fr

www.cnsa.fr

www.has-sante.fr

www.iaas-med.com

www.igas.gouv.fr

www.insee.fr

www.larousse.fr

www.legifrance.fr

www.social-sante.gouv.fr

www.who.int

ANNEXE 1 :

Grille

d'entretien

Date :

Nom et prénom :

Fonction :

Demander accord pour un enregistrement et s'il est nécessaire de préserver l'anonymat

"Je travaille sur le virage ambulatoire et les spécificités qu'il peut présenter dans la prise en charge des personnes âgées"

Présentation de la personne, de son parcours et de sa structure

Quelle est votre profession/parcours professionnel (formation) ?

Dans quelle structure exercez-vous ?

Quels services propose -t- elle ?

Depuis combien de temps cette structure existe-t-elle ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?

Estimez-vous avoir eu une formation nécessaire pour effectuer votre travail ?

Quel poste occupez-vous dans cette structure ?

En quoi cela consiste-t-il ?

A quel type de personne vos services s'adressent-ils ?

Comment intervenez-vous auprès du public que vous accompagnez ?

Virage ambulatoire

Qu'évoque pour vous le virage ambulatoire ?

Quelles conditions président à son développement selon vous ?

Comment le virage ambulatoire a été mis en place dans votre structure ?

Cette évolution est-elle souvent évoquée sur votre lieu de travail ?

- Si oui : comment ?
- Si non : pourquoi ?

Quels bénéfices y voyez-vous :

- Pour les patients

- Pour les professionnels

Quels difficultés voyez-vous à son déploiement ?

Quelles conditions voyez-vous à sa réussite ?

Quel rôle pourrait avoir votre structure dans la mise en place de ce virage ?

Quel(s) changement(s) peut amener ce virage dans vos pratiques ?

Visibilité et coordination

Comment votre structure se fait-elle connaître ?

Avez-vous l'impression que votre structure est suffisamment connue du public auquel elle s'adresse ?

- Si oui : A quoi attribuez-vous cette visibilité ?
- Si non : Quelles explications et quelles propositions d'amélioration ?

Quels sont vos partenaires ?

Comment qualifieriez-vous vos relations avec eux ?

Quelles difficultés/ facilités avez-vous à travailler avec eux ?

Avec quels partenaires rencontrez le plus de difficultés ? De facilités ?

Comment expliquez vous cette difficulté/facilité ?

Qu'évoque pour vous le terme de coordination ?

Quelles sont pour vous les conditions d'une bonne coordination ?

Quelles sont les situations qui vous mettent en difficultés ?

Savez-vous vers qui vous tourner en cas de problème ?

Spécificité de la personne âgée

Quelles sont les spécificités de la personne âgée ?

A quelle occasion intervenez-vous dans leur prise en charge ?

Vos services vous semblent il adaptés à ce public ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans leur prise en charge ?

Que chercheriez-vous à améliorer dans votre prise en charge ?

Quelle est la place des aidants dans votre travail ?

Comment voyez-vous le virage ambulatoire se développer pour ce public ?

Comment pourrait-il être accompagné ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE 2 :

Liste des entretiens

| | NOM | FONCTION | DATE | DUREE |
|-----------|------------------------------|--|-------------|--------------|
| 1 | M. Weissman Marc | Directeur de la plate-forme CPS de Grenoble | 18/03/2016 | 1H30 |
| 2 | M. Pichot Jean-Yves | Directeur du SSIAD de Grenoble | 20/03/2015 | 1H |
| 3 | Dr Alter-ferrontin- Eléonore | Médecin en charge du programme PRADO à la CPAM de Grenoble | 22/03/2016 | 1H00 |
| 4 | Mme Rivoire Emmanuelle | Responsable du service social du GHM à Grenoble | 23/03/2016 | 1H30 |
| 5 | Dr Trenoy Chantal | Médecin de santé publique à l'ARS Isère en charge des réseaux de santé. | 23/03/2016 | 1H30 |
| 6 | Dr Julian Anne-Barbara | Médecin de santé publique à l'ARS Isère en charge de l'urgence et du transport sanitaire. | 30/03/2016 | 1H15 |
| 7 | Mme Vanvert Catherine | Cadre de santé à l'UMAGE du CHU de Grenoble | 01/04/2016 | 1H30 |
| 8 | Mme Buffavand Alice | Pilote MAIA sud Isère | 06/04/2016 | 1H |
| 9 | Mme Royer Anne | Gestionnaire de cas MAIA sud Isère | 06/04/2016 | 1H |
| 10 | Dr Kiledjian Eric | Gériatre du CH de Vienne Dirige la filière gériatrique du territoire | 12/04/2016 | 1H30 |
| 11 | Mme Bonnard Juliette | Assistante sociale à la clinique des Cèdres de Grenoble | 19/04/2016 | 1H |
| 12 | Mme Olzem Elisabeth | Cadre de santé du service de chirurgie ambulatoire du GHM de Grenoble | 21/04/2016 | 1H30 |
| 13 | Mme Boutelant Brune | Cadre de santé du service de chirurgie ambulatoire à la clinique des Cèdres de Grenoble | 29/04/2016 | 1H30 |
| 14 | Mme Roux Sophie | Cadre de santé du service d'orthopédie à la clinique des Cèdres de Grenoble | 29/04/2016 | 1H |
| 15 | Mme Pratlong Delphine | Conseillère de l'Assurance Maladie intervenant à la clinique des Cèdres dans le cadre du PRADO | 29/04/2016 | 30 minutes |

| | | | | |
|-----------|---|---|------------|------------|
| 16 | Mme Borrel Nathalie | Chargée de mission en charge de l'offre ambulatoire en Isère | 02/05/2016 | 1H |
| 17 | Pr Couturier | Professeur de gériatrie au CHU de Grenoble | 02/05/2016 | 1H |
| 18 | Mme De Leiris | Cadre de santé de la plateforme CPS de Grenoble | 03/05/2016 | 1h30 |
| 19 | Mme Curt Véronique | Cadre de santé du réseau Visage de Vienne | 11/05/2016 | 1h30 |
| 20 | Mme Mollier Annie | Sociologue à l'UPMF de Grenoble II | 23/05/2016 | 1H |
| 21 | Mme Lorcet Laurence | Copilote de la filière MAIA du nord Isère participant au comité de pilotage de la PTA | 31/05/2016 | 1H |
| 22 | Mme Frappart Jacqueline | Infirmière libérale participant au comité de pilotage de la PTA | 31/05/2016 | 1H |
| 23 | M. Lequay Bruno | Directeur d'EHPAD et d'IME de la MFI participant au comité de pilotage de la PTA | 31/05/2016 | 1H30 |
| 24 | Mme Cavelle Brigitte | Cadre de santé en charge de l'unité d'aide au placement du CHU de Grenoble | 1/06/2016 | 1H30 |
| 25 | Mme Devillers Marie-Françoise (entretien téléphonique) | Consultante travaillant avec l'ANAP à la mise en place du virage ambulatoire en Franche-Comté | 7/06/2016 | 45 minutes |

GOUST

Elodie

7 juillet 2016

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Le virage ambulatoire et les spécificités des personnes âgées

Promotion 2015-2016

Résumé :

Le virage ambulatoire, défini ici comme une évolution des prises en charge au sein et hors de l'hôpital, marque une réorientation majeure dans notre système de santé. Il vient tout à la fois bousculer les organisations, les identités et les pratiques des professionnels du social et du sanitaire.

Ce travail s'attache à questionner les changements induits par le virage ambulatoire et de nouvelles modalités de travail autour de la prise en charge des personnes âgées. Tout d'abord, les nouvelles organisations qu'il impose à l'hôpital mais aussi les dispositifs de la ville que sont les filières gériatriques, les réseaux de santé, les dispositifs MAIA et l'expérimentation d'une plateforme territoriale d'appui dans le nord Isère.

A travers la place des aidants et des intervenants du domicile, la conclusion permet quelques préconisations pour la réussite de ce virage qui nécessitera un fort soutien humain et financier des pouvoirs publics.

Mots clés :

Virage ambulatoire - Personnes âgées - Hôpital - Coordination - Intégration

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

Elodie GOUST

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2015-2016>

