



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

Les conditions concrètes de la mise en
œuvre de la filière gériatrique interne
au Pôle Gériatrique Rennais

Manon TANGHE

22/09/2016

Remerciements

J'ai eu la chance, à travers le stage au Pôle Gériatrique Rennais « Les Grands Chênes », de découvrir un établissement singulier, où j'ai pu mener des missions variées et stimulantes, qui m'ont permis de comprendre et de participer à de nombreux aspects de son fonctionnement. J'adresse mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à rendre possible ce stage ainsi que la réalisation de ce mémoire :

A Monsieur Arnaud CAMPEON, maître de stage, Directeur de Master pour son accompagnement et ses précieux conseils. Sa disponibilité et sa réactivité ont été vraiment appréciables dans la conduite de ce travail.

A Madame Régine MAFFEI, pour sa disponibilité et son attention, ainsi que toute l'équipe administrative et enseignante du Master 2 PPASP.

A Madame Sophie BURLLOT-TUAL, Directrice du Pôle Gériatrique Rennais, pour son accueil, la confiance qu'elle m'a accordée dans la réalisation des missions confiées ainsi que pour le précieux temps qu'elle m'a accordé au cours de ce stage.

A Mesdames Aurélie DUVAL et Sylvie CARAES, Cadre et Infirmière Coordinatrice parcours et ressources, responsables de stage, qui ont su veiller à son bon déroulement. Je les remercie pour leur soutien et leur disponibilité tout au long du stage.

A Monsieur Ludovic LUMINEAU, Chargé de missions en direction, pour son accompagnement au cours de ce stage et ses précieux conseils. Il a su, par une présence attentionnée, me soutenir dans la conduite de mes missions.

A Monsieur Benoît BORDRY, Directeur Adjoint, Madame Corinne DROUET, Directrice Adjointe, et Madame Anne CHALUMEAU, Directrice des Soins pour leur confiance et leur disponibilité autour des missions qu'ils m'ont confiées.

A tout le personnel de l'établissement, personnels administratifs, cadres de santé, médecins, soignants, pour leur accueil cordial et les réponses qu'ils ont pu apporter à mes questions.

Sommaire

Introduction	1
Eléments de contextualisation	1
Définition du sujet	3
Contexte de stage	5
Méthodes d’investigation	6
Mise en perspective par rapport aux travaux existants	9
Problématisation	9
1. De la politique publique à la mise en œuvre des filières gériatriques internes aux établissements	11
1.1 Une politique publique en adaptation aux évolutions sociales et médico-économiques	11
1.1.1 Les filières de soins gériatriques en réponse aux besoins des personnes âgées	11
1.1.2 Une nécessité d’adaptation aux contraintes médico-économiques	20
1.2 Une réglementation en évolution	23
1.2.1 La circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l’amélioration de la filière de soins gériatrique	23
1.2.2 Les circulaires de 2004 relatives à l’élaboration des SROS de troisième génération ..	25
1.2.3 La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques	26
1.2.4 La circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n° 2011-394 du 20 octobre 2011 relative à l’organisation de l’offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de maladies apparentées.....	27
1.2.5 La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement	28
1.3 Une articulation de la politique publique sur le territoire	28
1.3.1 En Bretagne et en Ile-et-Vilaine	29
1.3.2 Sur le Territoire de Santé n°5	30

2 Analyse de la mise en œuvre d'une filière gériatrique de soins au Pôle Gériatrique	
Rennais	32
2.1 D'une filière <i>de facto</i> à une filière effective	32
2.1.1 Analyse des ressources de l'établissement	32
2.1.2 Structuration de la filière interne opérationnelle	41
2.2 Les limites rencontrées dans la mise en œuvre de la filière	47
2.2.1 Une gestion compliquée des ressources humaines	47
2.2.2 Un renforcement nécessaire de la communication	51
Conclusion	57
Bibliographie	I
Textes réglementaires	I
Plans, rapports, enquêtes	II
Ouvrages	III
Articles	III
Mémoires EHESP	IV
Sites internet	IV
Liste des annexes	IV
NOTE D'OBSERVATION	VII
1 Les missions de stage et leur évolution	VII
1.1 Une mission initiale inscrite dans une politique de santé publique	VII
1.2 Une évolution dans les missions : intérêt et limites	VIII
1.3 L'appréhension du sujet de mémoire	X
1.3.1 Le choix du sujet	X
1.3.2 Les limites et difficultés du sujet	XI
2 Apports du stage au projet professionnel	XI
2.1 Les apports à la formation	XII
2.2 Les compétences acquises	XII
2.3 Les apports au projet professionnel	XIII
3 Mise en perspective du travail sur le plan de la santé publique et sur le plan personnel	XIII
3.1 Sur le plan personnel	XIV
Bibliographie	XV

Manon TANGHE -

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

Liste des sigles utilisés

APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
EHPAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EMS-APA	Equipes médico-sociales départementales de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ESA	Equipe spécialisée Alzheimer
FIGAR	Fédération Inter-hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise
FMA	Fiche Médicale d'Admission
GHM	Groupe Homogène de Malades
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
HCSP	Haut Conseil en Santé Publique
HDJ	Hospitalisation/Hôpital De Jour
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IP-DMS	Indice de Performance de la DMS
IRDES	Institut
LOLF	Loi Organique relative à la Loi de Finance
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

Manon TANGHE -

MCOO	Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MONALISA	Mobilisation Nationale contre l'isolement des Agés
PAERPA	Parcours de santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PAPD	Personnes Âgées Polypathologiques Dépendantes
PGR	Pôle Gériatrique Rennais
PMS	Pôle Médico-Social
PPS	Plan Personnalisé de Soins
PRS	Plan Régional de Santé
PTS	Plan Territorial de Santé
SROMS	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional de l'Organisation des Soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation À l'Activité
TS	Territoire de Santé
UGECAM	Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de soins palliatifs

Introduction

Éléments de contextualisation

En France, comme dans de nombreux pays européens, le vieillissement de la population se poursuit sous l'effet conjoint de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance et de l'avancée en âge des générations du baby-boom. Alors qu'en 2000 les personnes âgées de 60 ans ou plus représentaient 20,6% de la population, celles-ci en représentent 25,1% en 2015 (INSEE, 2016), soit plus du quart de la population française. D'ici 2060, cette proportion devrait passer à un tiers de la population française, avec 5 millions de personnes âgées de plus de 85 ans, contre 1,4 millions aujourd'hui.

La proportion croissante de personnes âgées de plus de 60 ans est à mettre en relation avec l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou incapacité majeure. Celle-ci est de 62,6 ans pour les hommes et de 63,8 ans pour les femmes en 2012 (INSEE, 2015). Cet indicateur met en lumière l'âge moyen auquel les personnes sont touchées par des incapacités. La durée moyenne de vie avec des limitations fonctionnelles, occupe ainsi 70% de l'espérance de vie à 65 ans (Cambois, Sieurin, Robine, 2008). Les situations de dépendance – caractérisées par une perte d'autonomie et l'incapacité pour une personne à effectuer les actes de la vie quotidienne – occupent quant à elles 15 à 20% de l'espérance de vie à 65 ans, soit 3 ans pour un homme et 5 ans pour une femme (ibid.).

Les pouvoirs publics prennent conscience de ce phénomène et de l'ampleur des conséquences qui en résulteront à terme, comme en témoigne, entre autre, la loi d'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, ayant pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement en termes de perte d'autonomie et d'accompagnement.

En effet, l'état de santé des personnes se détériore avec l'âge, en raison d'une plus grande vulnérabilité des personnes âgées. Celles-ci sont non seulement plus susceptibles de développer certaines pathologies liées au vieillissement (maladies chroniques, polyopathologies, démences), mais sont également plus fragilisées par des infections virales ou bactériennes. L'enquête Handicap-Santé¹ met en évidence cette détérioration de l'état de santé avec l'âge à travers plusieurs indicateurs de santé. D'après cette

¹ L'enquête Handicap-Santé, réalisée entre 2008 et 2009 par une collaboration de l'INSEE et de la DREES s'inscrit dans la continuité de l'enquête décennale Santé et de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID). Elle a pour objet la description de l'ensemble de la population,

enquête, 75% des personnes âgées de 80 ans et plus déclarent avoir un état de santé moins que bon, contre 52% des 60-79 ans. De même, 73% de cette population est concernée par des limitations d'activités à cause de problèmes de santé, et 76% déclarent la présence d'au moins une maladie chronique, contre respectivement 42% et 69% de la classe d'âge 60-79 ans (INSEE, 2009). Dans ces situations déjà fragiles, peuvent se surajouter des pathologies aiguës, contribuant à renforcer la précarité de l'état de santé des personnes âgées et favorisant l'apparition de situations de dépendance.

Au-delà de seules considérations médicales, la personne âgée peut rencontrer des difficultés d'ordre psychologiques. L'image de la vieillesse véhiculée par les médias et la société étant associée à la dégradation physique et à la démence, le vieillissement peut être ressenti comme une déchéance, voire une humiliation pour la personne. Des problèmes sociaux et familiaux peuvent intervenir au cours du vieillissement, qui pose la question de l'intégration des personnes âgées dans la société, de la prise en charge de la précarité, du rôle des aidants et de la lutte contre l'isolement. Enfin, les personnes âgées peuvent également se trouver en situation de précarité financière en conséquence de la cessation de l'activité professionnelle et de l'augmentation des dépenses liées aux besoins d'aides pour les activités de la vie quotidienne (déplacements, aides ménagères, portage de repas, etc.).

La situation de fragilité des personnes âgées résulte donc de l'accumulation de difficultés médicales, psychologiques, sociales, familiales et financières, et l'enjeu actuel est la prise en compte de ces besoins dans une prise en soins coordonnée, dans un parcours de santé cohérent et structuré autour du projet de vie de la personne. Cet enjeu de coordination des parcours de santé est d'ailleurs une préoccupation croissante, et intégrée à ce titre dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016².

Or, comme le souligne le rapport Larcher de 2008, « *le système de santé français peine à organiser le parcours du patient, qu'il s'agisse de prises en charge successives (ville, court séjour, moyen séjour, médico-social, domicile) ou de prises en charges*

² Article L.1411-1 de la loi de modernisation de notre système de santé : « La politique de santé comprend [...] 4° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale. »

simultanées » et « *l'hôpital n'organise pas encore l'accueil des personnes âgées et handicapées de manière spécifique* »³.

Et ce, alors même que le taux d'hospitalisation augmente significativement avec l'âge : il est de 440‰ chez les personnes âgées de 65 à 74 ans contre 625‰ pour les plus de 85 ans. Dans le cas des personnes âgées, l'expérience d'une hospitalisation, même de courte durée, peut-être vécue comme un traumatisme, de par la perte de repères qu'elle engendre (abandon de son domicile, bouleversement du rythme de vie, éloignement d'un éventuel animal de compagnie⁴). Du point de vue du service qui accueille la personne âgée, la difficulté de trouver des structures d'aval adaptées et l'évolution plus incertaine des pathologies des personnes âgées conduisent à un allongement de la durée de séjour⁵. La sortie du patient n'est donc que peu anticipée, et peut être vécue comme brutale pour le patient, augmentant le risque de réhospitalisation. Cet allongement de la durée de séjour n'est profitable ni à l'établissement, en raison de la tarification à l'activité calculée sur des durées moyennes de séjours ne prenant pas en compte la particularité de la prise en charge gériatrique, ni au patient, pour qui une hospitalisation de trop longue durée peut renforcer la dépendance⁶.

Définition du sujet

Les pathologies et situations individuelles complexes des patients âgés appellent des réponses multiples et coordonnées, en rapport avec à leurs besoins et en accord avec leur souhait. La circulaire N°2007-117 du 28 mars 2007 propose pour ce faire la mise en place de filière de soins gériatriques. Le texte définit les filières de soins gériatriques comme devant « *permettre à chaque personne âgée, 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 [...]. Une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé* ».

³ Rapport final de la Commission de concertation sur les missions de l'Hôpital, présidée par M. Gérard Larcher p.10

⁴ Selon les résultats de la dernière enquête de l'Institut Bien Vieillir de Korian, publiés le 29 juin 2016, « 90% des séniors propriétaires d'un animal de compagnie (38% du panel) jugent leur présence à leurs côtés essentielle ».

⁵ La durée moyenne de séjour en court séjour est de 8,9 jours pour les 65-74 ans et de 12,7 jours pour les plus de 85 ans.

⁶ La directive DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique établit que : « trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de risques [d'installation ou d'aggravation d'une dépendance difficilement réversible] ».

Les filières de soins gériatriques se structurent dans cet objectif sur le territoire. Pour ce faire, de nombreux dispositifs et outils de coordination et d'organisation des parcours sont mis en place à l'échelle territoriale: la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les réseaux de santé personnes âgées, les équipes médico-sociales départementales de l'aide personnalisée à l'autonomie (EMS-APA), les plateformes territoriales d'appui (PTA)⁷, ou le programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) avec le Plan Personnalisé de Santé (PPS). Ces dispositifs, avec leurs missions respectives, partagent un objectif commun de soutien des personnes âgées en situation de fragilité en mobilisant les acteurs nécessaires sur un territoire donné.

Mais ces filières se structurent également au sein-même d'établissements dont la taille et la diversité de l'offre de soins permettent d'offrir au public accueilli un parcours coordonné, à travers les différents secteurs de soins : consultations, soins de courte durée, soins de suite, soins de longue durée et/ou EHPAD (**Figure 1**. A l'intérieur du cadre bleu).

⁷ Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ne visent pas exclusivement les personnes âgées, mais toute personne, sans distinction d'âge.

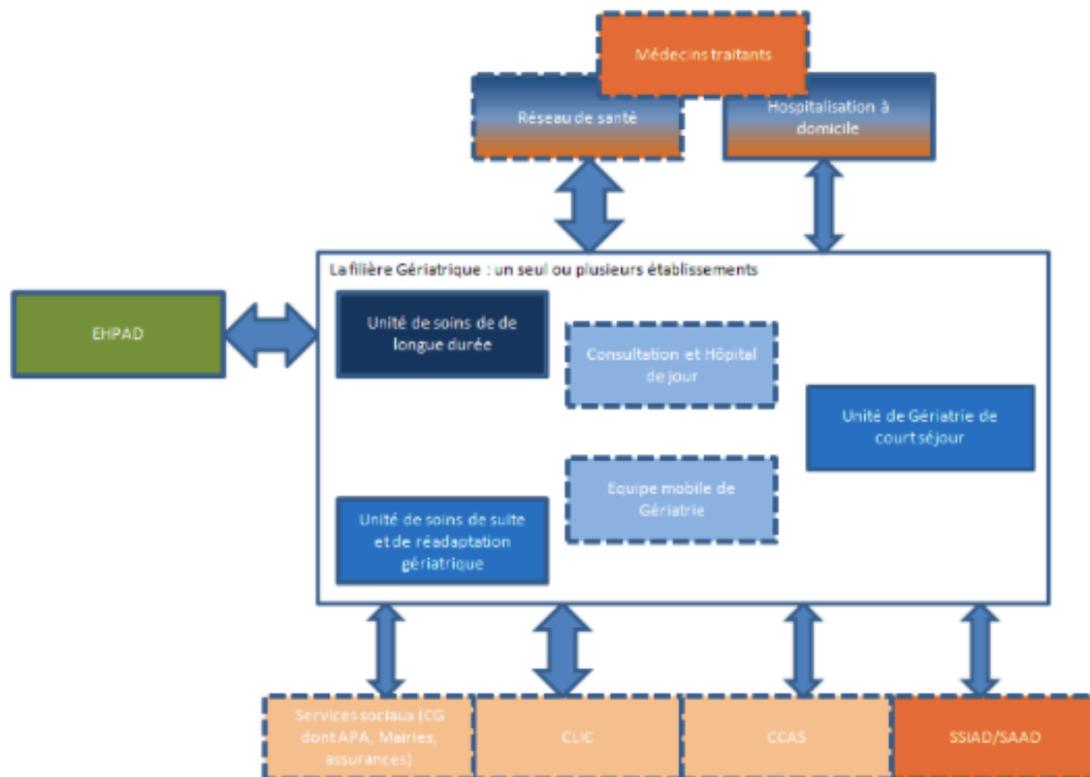


Figure 1. Schéma des composants d'une filière gériatrique (Source : Dominique Somme, *Filières gériatriques*, 2014)

Contexte de stage

Le Pôle Gériatrique Rennais est un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non-lucratif, appartenant au groupe UGECAM Bretagne-Pays de la Loire. L'étude de la filière gériatrique interne de l'établissement me semble particulièrement intéressante tant par le public gériatrique qu'elle accueille que par son offre de soins. L'établissement prend essentiellement en soin des personnes âgées de 60 et plus, et offre une véritable expertise gériatrique. Il peut ainsi accueillir des personnes âgées polypathologiques dépendantes. De plus, l'établissement propose une prise en charge au sein d'une filière de soins gériatriques complète : services de médecine gériatrique aigue, de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents et spécialisés, unité de soins palliatifs (USP), équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), unité de soins de longue durée (USLD) et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En plus de ses services d'hospitalisation complète et d'hébergement, l'établissement dispose également d'un pôle ambulatoire, avec un hôpital de jour de médecine, un hôpital de jour de soins de suite et de réadaptation et des consultations spécialisés en cardiologie, neurologie, appareillage et mémoire. Le travail en filière se met en place

Manon TANGHE -

depuis quelques années, et fait l'objet d'une attention particulière, dont la traduction se trouve dans l'orientation donnée au projet médical et de soins et son affirmation à travers le projet d'établissement et son axe 2 : « décliner le projet médical en filières dans une logique de parcours coordonné ».

Si l'étude de la filière gériatrique interne à l'établissement à travers la rédaction d'un mémoire ne fait pas partie des missions qui m'ont été confiées, ces dernières m'ont permis de mieux appréhender l'articulation entre les différents services de l'établissement, les interactions entre les acteurs de cette filière interne et de cette manière, le fonctionnement de la filière de soins gériatriques interne. La rédaction de ce mémoire m'a quant à elle permis de structurer ma réflexion sur la mise en place de cette filière interne et de m'intéresser de manière plus poussée à l'aspect théorique de ce fonctionnement et à la réglementation existante.

Méthodes d'investigation

L'objectif de ce travail est d'étudier le fonctionnement de la filière gériatrique interne aux Grands Chênes et les effets d'une telle organisation sur les usagers, les professionnels et les partenaires de l'établissement. Pour ce faire, une phase de recherche a été nécessaire dans un premier temps afin de se familiariser avec le sujet des filières gériatriques. Celle-ci a permis d'aborder la phase d'enquête sur le terrain de stage.

- **Cadrage du sujet**

Un échange a été sollicité avec A. Campéon, directeur de master, afin de cadrer le sujet. Cet échange a permis également d'orienter la recherche vers des aspects du sujet qui n'avaient pas été considérés. Un temps d'échange a également été sollicité avec S. Burlot-Tual, la directrice de la structure d'accueil du stage afin de s'assurer de l'intérêt du sujet traité pour l'établissement.

- **Phase de recherche**

La recherche a débuté par une phase exploratoire du sujet, pour l'appréhender dans sa globalité et avoir une vue d'ensemble sur l'organisation en filières. Dans un premier temps, un moteur de recherche généraliste a été utilisé, puis cette recherche a été complétée par une recherche sur la Banque de Données en Santé Publique (BDSP). Cela a permis la constitution d'une première revue de littérature sur le sujet.

La méthode QQQQCP⁸ a été mobilisée afin de préciser les différents aspects recouverts par le sujet, comme autant de pistes de recherche à approfondir. Cette première approche du sujet a permis de dégager les différents aspects de la question et d'en dégager les premières problématiques.

La phase de recherche s'est poursuivie tout au long de la réalisation du mémoire, et s'est approfondie par une recherche plus spécialisée sur les différents aspects qui ont été dégagés au cours de la recherche mais aussi au cours de l'enquête de terrain.

Les résultats de ces recherches ont permis de confronter des sources primaires et secondaires. Ceux-ci ont pris des formes différentes et des supports variés : ouvrages, textes réglementaires, articles scientifiques, mémoires, rapports, enquêtes, etc. Ces lectures m'ont permis de consolider mes notions sur le sujet.

- Phase d'observation

La phase d'observation a été initiée par une attention portée au contexte territorial de l'établissement. L'observation de ce contexte a pu se faire sur la base d'un diagnostic territorial de l'offre. La compréhension du positionnement de l'établissement dans ce contexte apporte un éclairage sur les situations rencontrées en pratique au sein de l'établissement.

Sur le terrain de stage, une visite des locaux a pu être effectuée dès les premiers jours afin de faciliter le repérage des différents services et de prendre la mesure de la taille de l'établissement.

La collecte des données s'est ensuite réalisée in situ. J'ai pu observer le fonctionnement de la filière interne en suivant la cadre parcours et ressources de l'établissement dans ses activités. J'ai ensuite été amenée à suppléer aux activités de la cadre parcours et ressources durant son absence, qui m'a permis de réaliser une observation participative à différents maillons du fonctionnement de la filière : préparation des staffs de médecine, participation aux staffs, préparation de la cellule filière⁹ en lien avec le service social et la

⁸ La méthode QQQQCP est une méthode empirique de questionnement. Le sigle signifie : Qui (quels sont les acteurs impliqués ?), Quoi (quels sont les aspects auxquels on s'intéresse ?), Où (quelle est la zone géographique ?), Quand (quelle est la période concernée ?), Comment (quels sont les approches pertinentes : sociologique, économique, juridique, politique, historique ?), Pourquoi (quel est l'intérêt du sujet dans l'actualité ?).

⁹ La cellule filière est une instance de l'établissement réunissant le cadre parcours et ressources, un représentant de la direction du pôle médico-social, la directrice de l'établissement, un médecin et un cadre de chaque secteur d'activité (médecine, soins de suite). Elle comprend deux volets :

Manon TANGHE -

cadre de santé responsable des entrées et sorties de soins de suite, participation à la cellule filière et lien avec l'équipe d'assistantes sociales. Ces réunions et rencontres ont été l'occasion de discussions informelles, amenant des pistes d'analyse et de réflexion personnelle sur le fonctionnement de la filière interne au Pôle Gériatrique Rennais.

- Phase d'enquête de terrain

Le travail d'enquête s'est ensuite structuré par la réalisation d'entretiens de type semi-directif auprès de plusieurs professionnels de l'établissement :

- La directrice du Pôle Gériatrique Rennais ;
- L'adjoint de direction sur le Pôle médico-social ;
- La cadre parcours et ressources (par téléphone) ;
- L'infirmière coordinatrice parcours et ressources (remplaçant la cadre parcours et ressource pour quelques mois) ;
- La cadre de santé chargée des entrées et sorties du service de Soins de Suite et de réadaptation ;
- La directrice des soins ;
- Deux médecins du Service de Soins de Suite et de Réadaptation ;

En amont de ces entretiens, une grille d'entretien (annexe 1), reprenant des thèmes communs, a été adaptée au rôle et à l'ancienneté de chacun dans l'établissement et dans la participation à la filière interne. Pour chaque entretien, les personnes interrogées ont consenti à être enregistrées, allégeant ainsi la prise de note et me permettant des échanges plus dynamiques. Les entretiens ont duré quarante minutes en moyenne.

En aval, le travail de retranscription intégrale a permis une analyse approfondie de chaque thématique abordée en entretien. L'analyse des entretiens s'est effectuée essentiellement par une approche inductive¹⁰. Dans un premier temps, à partir des retranscriptions, une identification des principaux thèmes évoqués lors des entretiens a été possible. Dans un second temps, ces thèmes ont pu être analysés à la lumière des lectures, et à travers la compréhension du contexte global.

En parallèle, des échanges informels avec les assistantes sociales, agents d'accueil, secrétaires médicales, médecins et cadres de santé au quotidien, ont permis de recueillir la perception et le ressenti de chacun sur la filière gériatrique interne.

statuer sur les situations complexes et proposer des profils de patients ayant pour projet d'intégrer l'EHPAD ou l'Unité de Soins de Longue Durée en vue de la commission d'admission du Pôle médico-social.

¹⁰ La démarche inductive part d'observations pour formuler des hypothèses.

Mise en perspective par rapport aux travaux existants

Etant donnés les enjeux actuels et la réponse que peut constituer l'organisation de la coordination entre les différents secteurs de prise en charge de la personne âgée, plusieurs travaux ont déjà été consacrés aux filières gériatriques d'établissements ou de territoires dans toute la France, dans le cadre de formations de directeur d'hôpital ou de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Deux travaux ont particulièrement retenu mon attention dans le traitement de mon sujet. Le premier concerne la « coordination des acteurs de santé autour des personnes âgées sur le territoire de santé n°5 », réalisé en 2014 par une élève directrice d'hôpital¹¹. Le second est celui d'une élève du master PPASP et porte sur les solutions à l'hospitalisation d'attente pour la Filière Gériatrique Interhospitalière de l'Agglomération Rennaise (FIGAR)¹².

Problématisation

Dans ce contexte, il m'a semblé opportun de compléter ces travaux en étudiant la filière de soins gériatriques interne du Pôle Gériatrique Rennais « Les Grands Chênes », en tant qu'application de la politique publique de filières de soins gériatriques au sein d'un établissement dont l'offre de soins comprend les principaux éléments d'une filière gériatrique.

Plusieurs questions émergent autour de la mise en œuvre de filières de soins gériatriques au sein de l'établissement, parmi lesquelles :

Dans quelle mesure la structuration de la filière interne au Pôle Gériatrique Rennais « Les Grands Chênes » permet-elle d'offrir une meilleure prise en charge du public âgé accueilli par l'établissement ?

Permet-elle la concertation et la coordination nécessaire entre les acteurs pour répondre au défi de l'adaptation des soins aux besoins particuliers des personnes âgées de plus en plus nombreuses ?

¹¹ E. Marlot. « La coordination des acteurs de santé autour des personnes âgées sur le territoire de santé n°5 (Ille-et-Vilaine) : vers une filière gérontologique ? », EHESP, 2014.

¹² A. Van De Velde. « Alternatives à l'hospitalisation d'attente pour les personnes âgées : quelles solutions pour la Fédération inter-hospitalière gériatrique de l'agglomération rennais ? », EHESP, 2015.

La mise en œuvre d'un fonctionnement en filière interne permet-il de concilier évolution des besoins de la population âgée et contraintes de gestion croissantes pesant sur l'établissement ?

Quelles sont les conséquences de la mise en œuvre d'une filière gériatrique sur l'organisation interne et sur les professionnels ?

L'ensemble de ces questions peut être englobé dans une interrogation plus générale : le déploiement de la politique publique d'organisation en filière au sein du Pôle Gériatrique Rennais permet-il une prise en charge adaptée et efficiente au public gériatrique accueilli.

Dans un premier temps, nous étudierons en quoi la constitution de filières internes s'inscrit dans les enjeux actuels inhérents à la prise en charge des personnes âgées et à ce titre, fait l'objet d'une politique publique réglementée (1). Dans un second temps, nous analyserons la genèse de la mise en place d'un fonctionnement en filière gériatrique interne au Pôle Gériatrique Rennais, aux opportunités qu'il représente pour l'établissement ainsi qu'aux limites rencontrées afin de formuler des propositions d'action pour les dépasser (2).

1. De la politique publique à la mise en œuvre des filières gériatriques internes aux établissements

La politique publique de prise en charge des personnes âgées en filières gériatriques permet l'organisation d'une réponse coordonnée aux besoins croissants et spécifiques des personnes âgées (1.1.1). En plus de la réponse à ces besoins, cette organisation permet aux établissements accueillant des personnes âgées de répondre aux normes médico-économiques de plus en plus contraignantes (1.1.2). L'organisation en filières gériatriques s'adapte constamment, face aux évolutions des besoins des personnes âgées et des contraintes médico-économiques, et la réglementation évolue pour encourager leur mise en œuvre (1.2). Enfin, nous étudierons le déploiement de cette politique sur le territoire (1.3).

1.1 Une politique publique en adaptation aux évolutions sociales et médico-économiques

1.1.1 Les filières de soins gériatriques en réponse aux besoins des personnes âgées

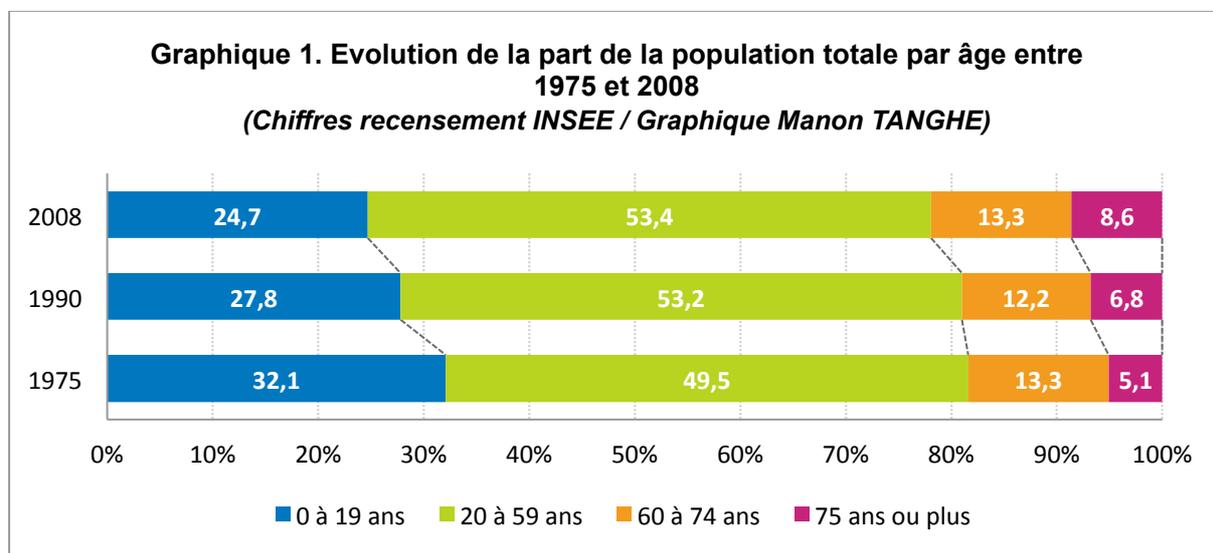
A) Des besoins croissants

Le vieillissement de la population est un véritable enjeu du système de santé français, d'une part en raison de l'augmentation du nombre de personnes concernées (démographie) par les pathologies liées à l'âge, et d'autre part en raison de la nature-même de ces pathologies (épidémiologie), avec des personnes âgées plus susceptibles de contracter des maladies chroniques ou des polyopathologies.

a) *Démographie*

Si le vieillissement de la population touche tous les pays, l'Europe et le Japon le sont particulièrement, du fait d'une progression générale de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des baby-boomers (ou « papy boom »). Ce vieillissement est particulièrement marqué pour la population française, dans la mesure où la France enregistre l'espérance

de vie à 65 ans la plus élevée d'Europe¹³ (HCSP, 2012) et la fécondité de la France a été l'une des plus élevées d'Europe entre 1946 et 1995 (INSEE, 1996). La conjugaison de ces deux phénomènes avec une natalité inférieure au seuil de renouvellement des générations a pour effet une part croissante de la population âgée dans la population française (**Graphique 1**).



Plus récemment, le rapport « Santé en France. Problèmes et politiques » du Haut Conseil de la Santé Publique en 2015 établit que la part des personnes âgées de 65 ans et plus augmente : elle représente 18,7% de la population française en 2013. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent quant à elle 10% de la population.

Les projections nationales (INSEE) et internationales (Eurostat, ONU) annoncent la poursuite, voire l'accentuation du phénomène de vieillissement pour les 30 prochaines années (DATAR, 2012). En France, les classes d'âge extrêmes seraient les plus touchées. La part des personnes âgées de plus de 60 ans devrait atteindre 31% de la population française, contre 21,7% en 2007 (INSEE, 2012). La part des plus de 75 ans passerait de 8,9 à 16,2% entre 2007 et 2060, et sur la même période, les plus de 85 ans seraient quatre fois plus nombreux qu'aujourd'hui (IDEM).

Ces projections sont majorées dans les départements ayant un accès à l'Atlantique ou à la Méditerranée. Ceux-ci sont attractifs auprès des jeunes retraités, et connaissent en conséquence une immigration importante de personnes de 60 à 74 ans. La région Bretagne connaît ainsi une forte immigration de cette classe d'âge, et une faible émigration, qui concourent à l'observation d'une proportion de personnes de plus de 60

¹³ « En 2010, [l'espérance de vie à 65 ans] atteint 22,8 ans pour les femmes et 18,6 ans pour les hommes (soit respectivement 1,6 et 1,9 an de plus qu'en 2000) » (HCSP, 2013)

ans supérieure à la moyenne nationale. En effet, au 1^{er} janvier 2013, 26% de la population bretonne est âgée de plus de 60 ans contre 24% de la population française (INSEE, juin 2014). Ce phénomène est moins prononcé pour le département d'Ille-et-Vilaine, moins attractif pour l'immigration de personnes âgées.

b) *Epidémiologie*

Les personnes âgées de plus en plus nombreuses constituent une population vulnérable, d'autant plus exposée à certaines pathologies qu'elle avance en âge. Il peut s'agir de pathologies :

- aiguës (AVC, décompensation cardiaque)
- liées à l'âge, parfois chroniques (démences, altérations de l'état fonctionnel, diabète de type 2),
- dont la gravité augmente avec l'âge (fractures du col du fémur, dépression),
- associées à d'autres pathologies (polypathologies), augmentant les risques liés à la polymédication (iatrogénie), à la mauvaise observance des traitements et à la dépendance.

Le nombre de personnes atteintes de démence en France en 2010 est estimé à 980 000¹⁴, dont 800 000 malades d'Alzheimer, soit une prévalence de 5% après 65 ans. Cette prévalence connaît une croissance exponentielle avec l'âge, avec une prévalence de 30% dans la classe d'âge des plus de 85 ans. Cette croissance est d'autant plus préoccupante étant donné le vieillissement de la population évoqué. La démence se définit comme « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive* » (OMS, 2016). La cause la plus courante de démence est la maladie d'Alzheimer, qui représenterait de 70% des cas de démence. La progression de la démence, quasi-indétectable au premier stade, conduit à une situation de dépendance, en raison de la détérioration des fonctions cognitives, et des difficultés d'orientation et de communication qui en résultent.

¹⁴ Seule une estimation est possible dans la mesure où il n'est possible d'établir un diagnostic que possible ou probable. Le diagnostic certain ne peut être obtenu que par anatomopathologie, pratiquée post-mortem.

De la même manière, les altérations de l'état fonctionnel progressent avec l'âge. L'enquête handicap-santé de l'INSEE met en évidence ce phénomène en comparant les proportions de personnes touchées par des altérations motrice, sensorielle et cognitive de la classe d'âge 60-79 ans avec celles des personnes âgées de 80 ans et plus. Ainsi, les altérations de l'état fonctionnel de type motrices concernent 54% des 80 ans et plus, contre 19% des 60-79 ans. De même pour les altérations sensorielles (visuelles et/ou auditives) et cognitives, dont sont atteintes respectivement 29% et 25% des personnes âgées de 80 ans et plus, contre 10% et 7% pour la classe d'âge 60-79 (INSEE, 2009).

À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente : 57% des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins une affection de longue durée, 40% au moins deux, et 3,6% au moins 3 (HAS, 2015). Ainsi, les personnes âgées de 75 ans et plus cumulent en moyenne 2,4 maladies, contre 1,7 pour les personnes âgées de 65 à 74 ans.

La dépression est également une maladie fréquente chez la personne âgée, liée notamment aux événements qui marquent le parcours de la personne âgée à partir du départ en retraite (perte du conjoint, des proches, entrée en institution), à l'isolement qui en résulte (social ou géographique) et à la dégradation de la santé physique. Un épisode dépressif majeur, au sens du DSM, peut être diagnostiqué lorsque des symptômes de la dépression sont observés quasiment tous les jours pendant au moins deux semaines, avec une humeur dépressive et une perte de plaisir et d'envie. La dépression ne se confond ainsi pas avec un « mauvais moment »¹⁵ ou « coup de déprime » (INPES, 2007). Si la prévalence de la dépression caractérisée chez les personnes âgées n'est pas mesurable à l'heure actuelle, elle est estimée entre 5 et 15% de la population âgée (HAS, 2008). Le diagnostic de la dépression chez les personnes âgées est encore insuffisant, et de nombreuses personnes atteintes ne sont ainsi pas soignées, avec les conséquences délétères que cela peut avoir : refus ou non-observance des traitements pour d'autres pathologies, suicide¹⁶.

A mesure de la progression en âge, selon le degré de gravité des pathologies et leur éventuelle association, des situations de dépendance peuvent apparaître chez les personnes âgées. Ainsi, en 2012 en France métropolitaine, « 1,17 million de personnes

¹⁵ Intervention de Viviane Kovess à l'EHESP, 28 septembre 2015.

¹⁶ En 2010 en France, 10 400 personnes se sont suicidées, parmi lesquelles 28% étaient âgées de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm, 2011), alors qu'elles ne représentaient que 18% de la population. Le taux de sous-estimation de ces chiffres, selon le CepiDC, est de 12,85% pour les personnes âgées de 65 ans et plus, en raison du grand nombre lié à des conduites à risques volontaires (arrêt d'un traitement, etc).

âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus » (INSEE, 2014). Plus les personnes sont âgées, plus elles sont nombreuses à en bénéficier. Ainsi, 5% seulement des bénéficiaires de l'APA ont moins de 70 ans, contre 75% des personnes âgées de 80 ans et plus, en logique adéquation avec la progression de la dépendance avec l'âge.

L'exposition des personnes âgées à ces pathologies génère des besoins en soins plus importants à mesure de leur progression et de l'avancée en âge. La mise en place de filières se justifie par la nécessité de répondre à ces besoins croissants. En témoigne le récent rapport de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne notamment, analysant la consommation de soins chez les personnes âgées de 75 ans et plus : « l'évolution est plutôt maîtrisée [sur la période 2011-2013], mais les perspectives démographiques auront des conséquences importantes sur l'offre de soins en l'absence de changement de pratiques » (ARS Bretagne, 2016).

B) Des besoins spécifiques

D'après le HCSP, « La transition épidémiologique implique d'adapter le système de santé à ces besoins nouveaux : écoute et accompagnement des patients, coordination de multiples intervenants dans la durée, voire intégration de services »¹⁷. La mise en place des filières gériatriques vise à permettre une meilleure coordination entre les différents secteurs de prise en charge gériatriques, afin d'éviter les ruptures dans le parcours du patient âgé, tout en offrant une véritable expertise gériatrique, adaptée aux besoins spécifiques du public âgé.

a) *Un besoin d'expertise gériatrique*

Certaines pathologies liées au vieillissement, évoquées précédemment, génèrent des besoins spécifiques impliquant une prise en charge adaptée, et à ce titre, une véritable expertise gériatrique à tous les niveaux de la prise en charge. C'est face à ce constat que les pouvoirs publics encouragent la constitution d'équipes mobiles de gériatrie dans les établissements sanitaires non-spécialisés en gériatrie.

¹⁷ HCSP. *Santé en France 2015. Problèmes et politiques de santé*. Paris, Documentation Française, HCSP, 2015.

La progression avec le vieillissement des cas de démence implique une prise en charge spécialisée. L'accueil de personnes âgées atteintes de démence (maladie d'Alzheimer ou apparentées, démence à corps de Lewy, démence associée à la maladie de Parkinson, etc) à l'hôpital peut être compliquée par une connaissance limitée de ces troubles dans des services peu habitués à leur prise en charge et face auxquels les équipes se trouvent démunies en l'absence d'une équipe mobile en mesure de diffuser la culture gériatrique. La prise en charge de patients atteints de démence, dans le cadre d'une hospitalisation pour une autre pathologie, nécessite une bonne compréhension du trouble cognitif du patient afin de respecter, entre autres les bonnes pratiques en matière d'éthique (recueil du consentement du patient, par exemple). Lorsque l'hospitalisation est directement liée à la démence, le diagnostic et la prise en soins requièrent l'intervention d'une pluralité de professionnels, notamment d'un neurologue.

A ce titre, le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 réaffirme la priorité donnée par les pouvoirs publics à la prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des patients atteints de ce type de maladie : augmentation de l'accompagnement à domicile avec de nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) pour une prise en charge des personnes dans leur environnement, renforcement du soutien aux aidants à travers les plateformes d'accompagnement et de répit, développement des programmes associatifs d'accompagnement des malades et des aidants¹⁸.

Avec une proportion de personnes souffrant de démences de 42% dans les EHPAD, des dispositifs d'accompagnement pour une prise en charge adaptée sont nécessaires, tels que les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), les Unités d'hébergement renforcées (UHR) ou les Unité cognitivo-comportementales (UCC). Il est prévu l'ouverture de 1 687 places supplémentaires d'UHR et d'ESA d'ici à 2020 (CNSA, 2016).

La prise en charge de patients dépendants nécessite elle aussi une expertise gériatrique spécifique. Au-delà de la seule expertise, la prise en soins de personnes âgées dépendantes dans les services de médecine implique une plus grande consommation en soins. Par exemple, une personne hospitalisée en médecine pour une décompensation cardiaque aura besoin d'une présence soignante plus intense si elle se trouve en situation de dépendance. Les aides supplémentaires nécessaires pour elle étant davantage liées à son état qu'à sa pathologie. Un service accueillant des personnes âgées doit être en mesure d'assumer ces besoins supplémentaires.

¹⁸ Prévu par l'actuel projet de loi de santé.

Le niveau de dépendance est un facteur déterminant dans la décision, plus ou moins délibérée, d'entrée en EHPAD. En effet, 84% des personnes évaluées en GIR 1¹⁹ résident en établissement, contre seulement 21% pour les GIR 4. Ainsi, les niveaux de dépendance des personnes accueillies en EHPAD, agrégés par le GMP, permettent d'équilibrer, dans chaque service, la charge en soins afin d'offrir une prise en charge de qualité à tous les patients accueillis, en assurant à chacun les temps de soins et de « care » nécessaires.

b) *Un besoin de coordination dans la prise en charge pour éviter les ruptures*

D'après une enquête sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge menée par l'IGAS²⁰, la prise charge globale des âgés peut être améliorée par une organisation coordonnée, tant au sein de l'hôpital qu'avec les acteurs médico-sociaux.

L'identification du besoin de coordination part du constat de dysfonctionnements intervenant régulièrement entre les différentes étapes d'une prise en charge du patient au sein d'un établissement (**Figure 2.**). La coordination induite par l'organisation d'une filière interne peut être un moyen de pallier à ces dysfonctionnements. De plus, la proportion adaptée de l'offre de soins entre les différents secteurs de la filière est primordiale pour assurer la fluidité du parcours du patient âgé en évitant une embolie des services.



Figure 2. Modélisation d'une trajectoire-type de prise en charge gériatriques

Ainsi, l'existence de structures d'aval au sein de la filière interne et partenaires de celle-ci est indispensable à la fluidité du parcours du patient. A l'issue du parcours de soin, lorsque la situation médicale du patient ne justifie plus l'hospitalisation complète, il est nécessaire de trouver des solutions pour la sortie des patients dont la situation de dépendance ne permet pas un retour à domicile dans de bonnes conditions. Ces solutions peuvent prendre plusieurs formes et dépendent de l'autonomie du patient, de la

¹⁹ Le GIR (Groupe Iso-Ressource) est une mesure du niveau de dépendance d'une personne d'après la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), le GIR 1 désignant le plus fort niveau de dépendance, le GIR 6 le niveau de dépendance le plus léger.

²⁰ FOUQUET, A., TREGOAT, J.-J., SITRUK, P., IGAS. Rapport N°RM2011-064P sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. 2011.

Manon TANGHE -

présence d'aidants, de ses souhaits et de ses capacités financières. Il peut s'agir d'un retour à domicile avec la mise en place d'aides à domicile (aide ménagère, portage de repas, courses, téléassistance), avec l'intervention d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), ou en hospitalisation à domicile (HAD).

L'inscription de ces structures en tant que partenaire des filières de soins gériatriques reste néanmoins à développer, au même titre que les dispositifs d'accueil de jour ou d'accueil familial. L'IGAS souligne d'ailleurs le développement difficile des prises en charge gériatriques en HAD à défaut d'inscription dans les filières gériatriques, alors même qu'elle « peut constituer une alternative ou un complément des soins de suite et de réadaptation » (IGAS, 2010), et que 7% des séjours en HAD relèvent déjà de SSR, parmi lesquelles un quart concernent des pathologies neurologiques (ibid.).

De même, les places d'EHPAD ou les lits d'unités de soins de longue durée (USLD) sont déterminantes dans la fluidité du parcours du patient âgé. En fonction du profil de la personne et de l'intensité des soins que sa situation requiert, l'EHPAD ou l'USLD constituent des solutions d'aval pour les personnes en fin d'hospitalisation dont le retour à domicile n'est pas envisageable. Le taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux (ESMS) est de 117 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus en 2015 (CNSA, 2016). Si l'offre médico-sociale a largement augmenté entre 2005 et 2014 (+84%), le taux d'équipement a, quant à lui, légèrement diminué, en raison d'une progression plus rapide du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus sur la période. D'après les données des ARS, l'installation de 23 222 places est prévue dans les cinq prochaines années, dont 68% d'hébergement permanent.

La disponibilité des structures d'aval, liée à leur calibrage par rapport aux secteurs d'hospitalisation de la filière, influe sur les secteurs de SSR. En effet, l'absence de solutions d'aval pour les personnes âgées pour lesquelles l'hospitalisation n'est plus médicalement justifiée engendre un phénomène d'« hospitalisation d'attente » ou d'« hospitalisation sociale », et une embolie des lits du secteur.

A son tour, l'absence d'une certaine rotation des lits dans les secteurs de SSR conduit à une embolisation des services de soins de courte durée contraints de maintenir hospitalisés des patients qui ne relèvent plus d'une prise en charge aigue, dans l'attente d'une convalescence. C'est là tout l'enjeu et la position stratégique du SSR, entre le soin aigu et le retour à domicile, l'entrée en institution médico-sociale ou les soins de longue durée. A ce titre, le syndicat des soins de suite et de réadaptation de la fonction

hospitalière privée considère que les SSR « constituent donc aujourd'hui les pivots des filières de prise en charge, dont ils assurent la fluidité » (FHP-SSR, 2016).

Enfin, l'embolisation des services de soins aigus a pour conséquence de plus grandes difficultés pour les adresseurs à trouver des solutions de prise en charge aiguë pour les patients âgés qui le nécessitent, et leur éventuelle dissolution dans des services non-adaptés à la pathologie indiquée ou à la prise en charge gériatrique. Le principal mode d'entrée en hospitalisation pour les personnes âgées reste les urgences, ce qui n'est pas sans poser de questions en cas d'encombrement des services de médecine aiguë gériatrique. Il existe en effet un gradient avec l'âge dans le délai d'obtention d'une place d'hospitalisation à partir des urgences : « plus les patients sont âgés, plus le délai d'obtention d'un lit est élevé » (DREES, juin 2015). Cela peut s'expliquer par le taux de recours aux urgences plus élevé pour les patients de 85 ans et plus (1,5‰ contre 1‰ tous âges confondus) (DREES, 2013), ou par un taux d'hospitalisation suite au passage aux urgences remarquablement plus élevé pour les plus de 75 ans (56%) que pour les personnes âgées de 15 à 74 ans (17%). Il n'en demeure pas moins que, d'après les résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières de la DREES, dans 17% des cas, le service d'accueil à la suite des urgences n'est pas adapté à la pathologie des patients âgés, d'après les résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières de la DREES.

Ainsi, la coordination est absolument nécessaire entre tous les acteurs d'un établissement, pour offrir une prise en charge transversale, de la médecine aiguë au médico-social, prenant en compte l'ensemble de la situation individuelle du patient gériatrique (souhait du patient, présence d'aidant, ressources financières, accessibilité du logement, ...) afin d'éviter les ruptures dans le parcours, délétères à mesure de l'avancée en âge.

c) Un besoin d'accompagnement

Les besoins physiologiques des personnes âgées sont de mieux en mieux pris en compte, et des dispositifs adaptés aux limitations éventuelles d'activité permettent de s'assurer de leur satisfaction. Les besoins de santé sont les premiers considérés. Il s'agit également des activités de la vie quotidienne qui peuvent être plus difficiles à accomplir en raison de limitations physiques et/ou cognitives : l'alimentation, l'hydratation, l'hygiène. De nombreuses aides, au sein de structures sanitaires et médico-sociales ou à domicile permettent aujourd'hui aux personnes de répondre à leurs besoins physiologiques.

Manon TANGHE -

Cependant, ces besoins ne représentent que la base de la pyramide de Maslow (Maslow, 1954). De plus, cette hiérarchie des besoins fait l'objet de critiques en ce sens que les besoins sociaux peuvent être considérés aussi importants que les besoins physiologiques. Or, au cours du vieillissement, les liens sociaux peuvent s'affaiblir à mesure de décès des proches et de limitations fonctionnelles croissantes. L'accompagnement des personnes dans le maintien d'activité est essentiel pour lutter contre l'isolement de la personne, dont les conséquences peuvent aller jusqu'à la dépression ou au suicide.

Les résultats de la dernière enquête de l'Institut Bien Vieillir de Korian, mettent en évidence la progression de la solitude avec l'âge : à partir de 80 ans, 28% des personnes déclarent se sentir seules au moins une fois par jour, et 57% disent souffrir de solitude.

Le développement du métier d'auxiliaire de vie dans les structures et à domicile permet de répondre à ces besoins, qui restent insuffisamment couverts. Le dispositif expérimental Monalisa soutient notamment financièrement et techniquement les projets destinés à recréer du lien social avec les personnes âgées. L'évaluation de ce dispositif actuellement déployé dans trois régions pilotes en France jusqu'en décembre 2016 pourra donner des pistes d'évolution en termes d'initiatives permettant la couverture des besoins d'accompagnement.

1.1.2 Une nécessité d'adaptation aux contraintes médico-économiques

Au-delà d'une réponse aux besoins des patients âgés accueillis, la fluidité engendrée par une filière interne efficace permet d'intensifier l'activité en limitant l'occupation inadéquate et prolongée des lits.

A) La tarification à l'activité en court séjour

La Tarification à l'Activité (T2A), annoncée le 4 septembre 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007 dans le but de financer l'activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique-Odontologie (MCOO) des hôpitaux publics et privés, est un mode de paiement des établissements en fonction de leur activité, mesurée par groupe homogène de malades (GHM), dans un but d'amélioration de l'efficacité et de la transparence dans le financement des soins. Le passage de la dotation globale à la T2A correspond à un changement de logique, d'une logique de moyens à une logique de résultat, dans l'esprit de la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF) de 2001.

Depuis 2008, ce système de financement est appliqué à l'intégralité des activités de court séjour. Le financement de tels soins apparaît ainsi plus transparent, puisque directement lié au volume de soins produit par l'établissement, et plus équitable, dans la mesure où chaque établissement se voit verser le même prix pour une même pathologie prise en charge. Par rapport au système précédent de dotation globale, les établissements sont incités à travers la T2A à une intensification de la production de soins. Cela peut conduire à un effet d'induction de l'activité (Guterman, 2006), allant à l'encontre de l'objectif initial de maîtrise des dépenses de santé, d'où la mise en place d'un mécanisme de baisse des tarifs en fonction de l'activité globale. Dans la mesure où les lits disponibles sont contingentés par des autorisations, le renforcement de l'activité ne peut se faire que par un *turn-over* plus important sur les lits disponibles ou par un développement de la médecine ambulatoire.

L'intérêt du travail en filière dans ce contexte réside dans la fluidité qu'il permet sur les lits de médecine, en coordonnant l'offre de solutions d'aval et dans le cas des filières internes, en priorisant les patients en provenance d'un service de court séjour de l'établissement au niveau de l'admission dans les services d'aval (SSR, USLD).

Le *turn-over* facilité par la fluidité de la filière est mesuré par la Durée Moyenne de Séjour (DMS). Une DMS de référence, fixée au niveau national, est définie pour chaque GHM. A partir de la DMS de référence et du *case mix GHM* de l'établissement, un nombre de journée théoriques d'hospitalisation est fixé pour l'établissement. Sa comparaison avec le nombre de journées réelles de l'établissement permet le calcul de l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS)²¹. La difficulté pour les établissements accueillant un public gériatrique réside dans l'absence de prise en compte de la complexité des situations des patients âgés dans le calcul de la DMS de référence, et par conséquent dans l'IP-DMS. Ces établissements ont donc davantage de difficulté à obtenir un IP-DMS inférieur à 1 (considéré comme « performant »), en raison de complications médicales imprévues, mais également de problématiques non-médicales bloquant la sortie des patients.

Ainsi, dans l'organisation du parcours de soins de la personne âgée, il est essentiel d'intégrer la prise en compte de la situation sociale, psychologique et financière de la

²¹ IP-DMS = nombre de journées réelles / nombre de journées théoriques. Un IP-DMS > 1 signifie que d'après les pathologies prises en charge dans l'établissement, les durées de séjour sont plus longues que la DMS de référence. Au contraire, un IP-DMS < 1 indique que les durées de séjour sont inférieures à la référence nationale et témoigne d'une « bonne performance » de l'établissement en matière de DMS.

personne âgée (HAS 2015). Celle-ci permet d'anticiper les solutions, et ainsi de limiter les durées de séjours et le phénomène de *bed blockers*, c'est-à-dire les patients occupant des lits, sans que leur situation médicale le justifie. Cette anticipation est d'ailleurs encouragée par le PRS de la région Bretagne : « les filières dont les DMS sont les plus courtes sont également celles qui anticipent et préparent la sortie du service le plus précocement possible (dès le jour de l'entrée) ». La diminution du nombre de *bed blockers* permet une plus grande rotation des lits et ainsi la prise en charge d'un nombre plus important de patients pour répondre aux besoins croissants et développer l'activité.

La réduction des durées de séjour, encouragée par le système de financement en vigueur, laisse néanmoins entrevoir le risque de transfert des coûts vers les services en aval comme les soins de suite. C'est ce que montre l'exemple des Etats-Unis, où la baisse des durées de séjour s'est corrélée à une hausse très importante des séjours de soins de suite (Newhouse, 2003).

Devant ce phénomène de vases communicant, transférant la responsabilité de certains soins qui n'en relèvent pas aux services de SSR, et face au constat de durées de séjour longues en SSR, un système de tarification à l'activité en SSR émerge progressivement.

B) L'introduction de la tarification à l'activité en SSR

Initialement prévue en 2013, la mise en place de la « T2A SSR » s'est vue reportée plusieurs fois. Si le principe est déjà inscrit dans la loi, la mise en place prévue pour mars 2016 n'aura lieu a priori qu'à partir du 1^{er} janvier 2017, avec une transition prévue jusqu'en 2022.

Ce mode de financement lié à l'activité en SSR est composé de :

- Une dotation pluriannuelle, basée sur le *case mix groupe médico-économique* (GME)²² de l'établissement de l'année précédente,
- Un forfait par séjour, basé directement sur l'activité de l'établissement,
- Des financements ad hoc de type MIGAC.

L'introduction de la tarification à l'activité pour les services de SSR tente de concilier les effets positifs de ce mode de financement observés en MCO (efficience) et d'en enrayer les effets pervers (induction de l'activité et inadéquation des séjours).

²² Le Case-mix GME est utilisé pour décrire l'activité SSR des établissements depuis 2013, suite à l'arrêté PMSI SSR du 4 mars 2013.

Cela implique pour les établissements de se préparer à cette transition, par l'optimisation de leur *case-mix* dès l'année 2016, notamment en prenant le réflexe d'une maîtrise des durées de séjour sur l'activité de SSR.

Là encore, l'organisation d'une filière interne aux établissements avec une anticipation de la sortie, permet de trouver une solution d'aval adaptée aux patients médicalement sortants dont l'état de récupération des facultés d'autonomie ne permet pas un retour immédiat à domicile. La fluidité engendrée par une filière efficace donne la possibilité de trouver dans des délais raisonnables une place d'USLD ou d'EHPAD en fonction du profil médical du patient, ou d'organiser un suivi en hôpital de jour ou en consultations après la sortie.

Ainsi, l'organisation en filière de soins gériatriques interne aux établissements apparaît comme une solution permettant aux établissements l'efficacité nécessaire pour s'adapter aux conditions de tarification en vigueur dans un contexte économique contraint.

1.2 Une réglementation en évolution

Face à la nécessité d'organiser un parcours fluide pour la personne âgée fragilisée, la réglementation a progressivement introduit et structuré juridiquement les filières pour en permettre la mise en œuvre effective.

1.2.1 La circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Le texte de la circulaire part du constat du vieillissement de la population, de l'accroissement conséquent des pathologies liées à l'âge qui en résultent et de la surreprésentation de la population âgée dans les séjours hospitaliers. La circulaire met en évidence que « la trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins ».

Les trois axes développés par la directive concernent le renforcement de l'accès à des soins de proximité, le choix de filières courtes et l'amélioration de l'aval des hospitalisations de courte durée.

Manon TANGHE -

A) Le renforcement de l'accès à des soins de proximité

L'idée est de privilégier les soins de proximité, dans la mesure où le patient gériatrique est sensible à toute rupture avec son environnement, qui pourrait le mettre en situation de vulnérabilité. Outre le rôle du médecin généraliste, en tant que premier recours des personnes âgées, et celui de l'hôpital local, premier maillon des soins hospitaliers, l'accent est mis sur le rôle des consultations et du travail en réseau.

La directive invite ainsi les hôpitaux à développer les consultations gériatriques avancées – qui consistent en un bilan médico-psycho-social partagé avec le CLIC – ou des pôles d'évaluation gériatrique – qui offrent des bilans pluridisciplinaires approfondis, en lien avec les centres mémoires.

Le développement du travail en réseau permet la coordination des actions des différents professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne âgée et à ce titre offre une « réponse pertinente à la prise en charge des personnes âgées fragiles », assurant la « cohérence des actions menées ».

B) Le choix de filières courtes s'appuyant sur le développement du court séjour gériatrique

Partant du constat que la prise en charge des personnes âgées se fait trop souvent par défaut, dans des services non-adaptés à la pathologie ni à la condition physiologique des patients gériatriques, il s'agit de favoriser une prise en charge rapide, avec un avis gériatrique et une attention toute particulière portée à la dimension psychiatrique. Pour ce faire, des services de court séjour spécialisés en gériatrie semblent nécessaires, au moins dans les établissements disposant d'un service d'accueil des urgences. Ces services doivent être configurés pour la prise en charge des pathologies des personnes âgées, avec des crédits alloués au recrutement de professionnels spécialisés, dont le rassemblement des compétences contribue à diffuser les bonnes pratiques gériatriques. La création d'équipes mobiles de gériatries permet d'aller dans ce sens en offrant un avis gériatriques dans les services non-spécialistes.

Les admissions directes dans les services de court séjour gériatriques sont encouragées, en lien avec les médecins traitants, évitant ainsi des passages aux urgences. Ce d'admission directe en filière courte tendra à être privilégié, sans pour autant bloquer les

entrées en provenance des urgences, qui ne peuvent toujours être évitées. Dans ce cas, l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie au niveau du service d'accueil des urgences offre un avis spécialisé sur l'admission en court séjour.

Au sein de ces services, une collaboration entre psychiatres et gériatres est particulièrement souhaitable, pour une prise en compte globale de l'intégralité des polypathologies, autant physiques que psychiatriques.

C) L'amélioration en aval de l'hospitalisation de courte durée

La directive encourage une anticipation de la suite de l'hospitalisation en court séjour, en ce sens qu'un retour à domicile n'est pas toujours immédiatement possible, ni dans les mêmes conditions que préalablement à l'hospitalisation. Le retour à domicile, souvent souhaité par la personne âgée, doit être favorisé, par l'utilisation pertinente et graduée de tous les dispositifs d'aide et de soins à domicile : HAD, SSIAD, professionnels libéraux, ainsi que par l'admission en soins de suite et de réadaptation adaptés à la personne âgée lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement possible.

La mise en œuvre de la directive est confiée aux régions, à travers les schémas régionaux, en concertation avec les conseils généraux, à travers les schémas gérontologiques départementaux.

1.2.2 Les circulaires de 2004 relatives à l'élaboration des SROS de troisième génération

A) La circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Cette circulaire pose le principe des territoires de santé, en remplacement des « secteurs sanitaires », comme unité géographique pertinente pour l'organisation des soins, permettant concertation, proximité et organisation de l'offre de soins.

Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS III) se voient confier des objectifs, dont « assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité ». Cet objectif

comprend la prise en charge des personnes âgées, qui doivent pouvoir « bénéficier de la structuration d'une véritable filière gériatrique ». Pour ce faire, le texte implique les schémas régionaux dans l'application des orientations de la circulaire de 2002 détaillée ci-avant : accès aux soins de proximité, mise en place de réseaux, filières courtes, services de court séjour gériatrique, équipes mobiles et amélioration des solutions d'aval.

- B) La circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

Cette circulaire intervient en complément de la circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS III, afin de prendre en compte le volet psychiatrique, qui avait été délaissé.

Elle constate une mise en œuvre insuffisante des objectifs d'amélioration des soins, du développement et de la diversification des prises en charges en psychiatrie, et en réaffirme la nécessité en raison de « l'évolution des attentes des usagers, la multiplication des sollicitations des équipes de psychiatrie ainsi que le nombre de personnes concernées ». Ces besoins croissants en santé mentale impliquent une réorganisation par le SROS de l'offre régionale.

La circulaire identifie les personnes âgées en tant qu'axe de prise en charge prioritaire, du fait de leur exposition particulière aux risques de « dépression, de souffrance psychique ou de détérioration intellectuelle découlant d'une pathologie dégénérative » et de la fréquence de ces pathologies. Aussi, le volet du SROS III consacré à la prise en charge des personnes âgées doit-il indispensablement intégrer l'articulation avec une prise en charge psychiatrique, dans l'intérêt d'une prise en charge globale médico-psycho-sociale encouragée par la circulaire de 2002.

1.2.3 La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

La circulaire du 28 mars 2007 s'inscrit dans la continuité de la réglementation en amont, en venant renforcer les dispositions de la circulaire du 18 mars 2002, suite à la présentation le 27 juin 2006 du Plan solidarité grand-âge 2007-2012. Elle fait évoluer cette réglementation, particulièrement en lien avec l'axe 3 du Plan Solidarité Grand-âge,

visant à la structuration de filières gériatriques hospitalières. La filière de soins gériatriques est définie comme devant « *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* ».

Cette circulaire définit les modalités d'organisation de la prise en charge des patients gériatriques sur le territoire de santé comme au sein-même d'un établissement. Elle prévoit que les établissements de santé s'inscrivent progressivement dans cette démarche dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La structure organisationnelle de la filière de soins gériatriques est posée, comme la fédération de plusieurs éléments : le court séjour gériatrique, équipes mobiles de gériatrie, les unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD/SSR gériatriques). Des référentiels d'organisation des soins pour la filière gériatrique et chacun de ses composants, définissent les missions, les modalités de prise en charge, la place dans la filière et les moyens de fonctionnement de chacun de ces secteurs. Ces référentiels sont proposés en annexe. De même qu'une convention type relative aux modalités de coopération entre établissement de santé et EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques, engagement réciproque dans le but d'optimiser la prise en charge gériatrique par la communication, la prévention des hospitalisations, l'accompagnement des transferts, etc.

En ce sens, la circulaire du 28 mars 2007 apporte les précisions nécessaires à la mise en place effective de filières de soins gériatriques externes et internes aux établissements, en clarifiant la vocation de chacun des secteurs de prise en charge et leur articulation au sein de la filière de soins. La circulaire n'apporte cependant aucun élément concernant les USLD et leur place dans cette filière de soins gériatriques.

1.2.4 La circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n° 2011-394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Cette circulaire s'inscrit dans la continuité du Plan Alzheimer 2008-2012. Elle en prolonge les actions engagées en structurant notamment structurant l'offre diagnostique. Ce diagnostic, bien que ne pouvant être affirmé avec certitude, peut être posé

« probablement » dans le cadre de consultations « mémoire ». Les établissements bénéficient d'un financement pour mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour l'ouverture de consultations mémoire sous réserve de labellisation. Ce label est obtenu auprès des agences régionales de santé.

Les principaux critères de la labellisation s'expriment en terme d'activité (150 nouveaux patients par an), de pluridisciplinarité de l'équipe, de conditions techniques (accès à l'imagerie cérébrale, aux examens biologiques).

1.2.5 La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi d'adaptation de la société au vieillissement est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016. Cette loi a pour objet d'apporter des mesures concrètes pour améliorer le quotidien de la personne âgée, à travers notamment une revalorisation et en renforçant l'accès à l'APA. Le soutien et la reconnaissance des proches aidants est une nouveauté d'un point de vue législatif. La facilitation des temps de repos pour les aidants, l'accueil de la personne âgée en cas d'indisponibilité de l'aidant, ainsi que la modernisation des « résidences-autonomie ».

La loi prévoit un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix des EHPAD, avec l'affichage systématique, pour tous les EHPAD, des tarifs des sections « hébergement » et « soins » pratiqués.

Enfin, la réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées est une autre disposition de cette loi, avec la désignation d'une personne de confiance pour la personnes âgée, étendue à l'extérieur du cadre de l'hospitalisation.

Ainsi, la politique publique d'organisation en filières de soins gériatrique a été progressivement structurée par la réglementation, à mesure de la prise de conscience de l'enjeu et de la spécificité de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques en situation de fragilité médico-psycho-sociale, dépendantes et/ou démentes.

1.3 Une articulation de la politique publique sur le territoire

La politique publique ainsi définie, pour être mise en place de manière efficace, doit être déclinée sur le territoire en s'adaptant aux contextes et enjeux locaux, afin d'organiser la structuration en filière de la prise en charge gériatrique dans l'ensemble des établissements. Ce déploiement de la politique publique s'opère sur les délimitations géographiques administratives (région et département), puis sur le territoire de santé, et au sein-même des structures sanitaires et médico-sociales. Etant donné le positionnement du Pôle Gériatrique Rennais, nous nous intéresserons ainsi à la déclinaison de la politique de filières de soins gériatriques en région Bretagne, dans le département d'Ille-et-Vilaine, sur le territoire de santé n°5.

1.3.1 En Bretagne et en Ille-et-Vilaine

Le Plan Régional de Santé (PRS) de Bretagne 2012-2016 précise les modalités de prise en charge prévues dans son volet « prises en charge transversales SROS/SROMS », mettant ainsi l'accent sur l'interconnexion nécessaire entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux dans les prises en charges gériatriques.

Le PRS rappelle ainsi que « *l'amélioration de l'accès du patient gériatrique à un soin et à un accompagnement adaptés suppose la mise en place d'une organisation territoriale en filière(s) gériatrique(s) hospitalière et non hospitalière. Celle-ci doit répondre aux besoins évolutifs de santé, de soins et d'accompagnement couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée* ». Il rappelle également les différentes composantes de l'offre d'une filière hospitalière : un pôle d'évaluation pluridisciplinaire, une unité de court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, des soins de suite pour personnes âgées polypathologiques dépendantes, des soins de longue durée.

Sur le territoire régional, dix-sept filières hospitalières sont identifiées. Elles couvrent 80 à 85% de la population bretonne de plus de 75 ans. En reprenant les différents éléments de définition des filières de soins gériatriques²³ :

- L'accès à une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie. Parmi ces dix-sept filières, dix comprennent les cinq composantes décrites de la filière et sont donc complètes. Les sept autres manquent d'une à trois de ces composantes pour être considérées comme complètes.
- L'avis gériatrique quel que soit le service d'hospitalisation. Seize équipes mobiles gériatriques sont déployées dans 13 des 17 filières, avec des délais d'intervention

²³ Voir Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
Manon TANGHE -

satisfaisants (entre 0 et 2 jours dans les services, une semaine en extrahospitalier).

- L'accès aux plateaux techniques dans les délais requis par l'état de santé pour éviter toute perte de chance. Pour les deux tiers des filières hospitalières de la région, l'accès au plateau technique est déclaré satisfaisant.
- L'accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de réhospitalisation. Le fonctionnement des filières est très hétérogène sur la préparation de la sortie avec des répercussions sur les DMS très variables. Le taux de réhospitalisation à 60 jours (mesurés seulement dans 3 des 17 filières) varie entre 3,10% et 14%.

Les schémas gérontologiques départementaux permettent la mise en œuvre d'une coordination entre les dispositifs et entre les interventions. Le schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine prévoit ainsi la coordination entre les dispositifs, autour d'instances spécifiques, telles que le Comité Départemental des Retraités et des Personnes âgées et de l'action gérontologique (CODERPAG) et les Comités d'observation de la Dépendance et de la Médiation (CODEM)²⁴, en plus de la Direction PA-PH du Conseil Général.

Le schéma départemental gérontologique reprend la définition des filières hospitalières ; Il en identifie 5 sur le département de l'Ille-et-Vilaine, dont celle du pays de Rennes, Brocéliande et Vallons de Vilaine, portée par le CHU de Rennes en lien avec le pôle gériatrique de Chantepie et Bain-de-Bretagne.

1.3.2 Sur le Territoire de Santé n°5

En application de la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009, des territoires de santé sont définis dans chaque région, autour des besoins d'un bassin de population, d'une gradation de l'offre de soins et de la mise en œuvre de filières territoriales de santé. En Bretagne, le PRS se décline ainsi en huit Plans Territoriaux de Santé (PTS), afin d'adapter les politiques de santé au plus proche des problématiques et enjeux locaux sur chaque territoire.

L'amélioration du parcours de santé des personnes âgées est un des enjeux identifiés du territoire 5. Le PTS 2013-2016 prévoit surtout une action au niveau des filières gériatriques de territoire, dont il encourage l'identification, la structuration et l'animation

²⁴ Les CODEM consistent en le regroupement des CLIC, des représentants des Collectivités locales, des SSIAD, des ES et ESMS, des professionnels de santé, des équipes médico-sociales chargées de l'APA, des clubs de retraités et des élus, et proposent des actions à mettre en œuvre sur leur territoire pour répondre aux besoins des personnes âgées.

dans les quatre principales villes : Rennes, Vitré, Fougères et Redon, par un accompagnement des établissements supports. Le territoire de santé n°5 a d'ailleurs été choisi pour finaliser un projet de convention constitutive type, support de structuration des filières gériatriques, dans l'objectif de formaliser l'organisation, le fonctionnement et les obligations réciproques entre les établissements membres de la filière de soins gériatriques, conformément à la circulaire du 28 mars 2007 et au plan solidarité grand âge.

Le PTS prévoit d'améliorer l'accompagnement des aidants et de l'entourage dans le parcours de santé et de vie à tous les âges. Cet accompagnement concerne ainsi les proches de personnes âgées hospitalisées dans une filière de soins gériatriques en tant qu'ils sont directement concernés par le choix d'une solution d'aval, notamment dans le cas d'un retour à domicile.

La vocation du PTS demeure la coordination de l'organisation en filières gériatriques et gérontologiques à l'échelle du territoire ou des bassins de populations autour des grandes agglomérations. Il aborde ainsi essentiellement la coordination entre les établissements de santé, les professionnels de santé en ville, les dispositifs médico-sociaux et de coordination du territoire.

Parmi les dix-sept filières de soins gériatriques identifiées en Bretagne, trois se trouvent sur le territoire de santé Rennes-Fougères-Vitré-Redon : Rennes, autour du CHU, Bain-de-Bretagne, avec l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve et Chantepie, autour du Pôle Gériatrique Rennais. La couverture inégale du territoire avec un chevauchement important de ces trois filières est néanmoins relevée par le PRS.

L'étude du PRS de Bretagne, du schéma gérontologique départemental d'Ille-et-Vilaine et du PTS du territoire de santé n°5 révèle un encouragement à tous les niveaux à l'organisation des prises en charge en filières gériatriques, dans le sens d'une prise en charge de qualité au sein d'un parcours de soins fluide. Il convient donc de s'intéresser à la mise en œuvre de cette politique de santé publique au sein d'un établissement : le Pôle Gériatrique Rennais (PGR).

2 Analyse de la mise en œuvre d'une filière gériatrique de soins au Pôle Gériatrique Rennais

Une analyse de la construction de la filière gériatrique interne au PGR (2.1.) nous permettra de comprendre son fonctionnement pour en appréhender les limites (2.2).

2.1 D'une filière *de facto* à une filière effective

Si l'offre de soins est déterminante dans la mise en œuvre d'une filière de soins gériatriques, celle-ci ne suffit pas (2.1.1). Ainsi, il est nécessaire de construire le travail en filière afin d'arriver à un fonctionnement effectif et efficient (2.1.2).

2.1.1 Analyse des ressources de l'établissement

Il s'agit dans un premier temps d'analyser les ressources de l'établissement pour appréhender son potentiel et son positionnement sur le territoire, puis de comprendre la manière dont s'est structurée l'organisation de sa filière interne.

Le PGR dispose en interne de tous les éléments d'une filière gériatrique hospitalière complète, pour assurer une prise en charge médico-psycho-sociale des personnes âgées, en tenant compte du caractère imprévisible et évolutif de leurs besoins. L'établissement dispose des différentes unités fonctionnelles telles que décrites dans le PRS Bretagne 2012-2016, à savoir : un pôle d'évaluation pluridisciplinaire complet, une unité de court-séjour gériatrique, des soins de suite pour personnes âgées polyopathologiques dépendantes, et des soins de longue durée. L'absence d'une équipe mobile gériatrique semble logique de part la nature exclusivement gériatrique de l'établissement, dans lequel la culture gériatrique est présente dans tous ses services. En termes de prises en charge spécifiques, l'établissement propose une prise en charge palliative. L'établissement dispose également, en son sein, d'un pôle d'hébergement définitif (EHPAD) et temporaire. Ces ressources sont mises en perspective avec le diagnostic territorial.

A) Le pôle d'évaluation pluridisciplinaire

Cela correspond à l'offre ambulatoire de l'établissement, à savoir : des consultations mémoire labellisées, des consultations de cardiologie, de neurologie, un hôpital de jour de médecine et un hôpital de jour de soins de suite et de réadaptation.

a) *Les consultations mémoire*

Les consultations mémoire participent à un « maillage territorial satisfaisant de lieux de consultation »²⁵, comptant parmi les sept sites de consultations mémoire du TS5. L'importance de l'accès à ces consultations permet de poser un diagnostic rapide et donc de proposer une prise en charge anticipée et plus efficace de la pathologie. L'accès à ce diagnostic se fait dans des délais raisonnables.

b) *Les consultations spécialisées*

Les consultations spécialisées en cardiologie et en neurologie apportent une expertise sur les pathologies relevant de ces spécialités, dont la prévalence est particulièrement élevée chez les personnes âgées.

c) *L'hôpital de jour de médecine*

Une augmentation des capacités de l'hôpital de jour de médecine a eu lieu en avril 2016 avec l'ouverture d'un nouveau local, au même niveau que les consultations et que l'hôpital de jour de SSR, dans l'idée d'une organisation géographique d'un pôle d'évaluation pluridisciplinaire. La capacité a été augmentée ainsi de 5 à 7 places, soit 10,5 passages par jour. Des bilans pluridisciplinaires y sont proposés, dans une approche médico-psycho-sociale et environnementale.

L'augmentation récente de la capacité de l'hôpital de jour s'inscrit pleinement dans les préconisations de l'IGAS et de l'IGF concernant le développement de la médecine ambulatoire²⁶. Ces recommandations partent du constat que le virage ambulatoire en médecine n'a pas encore véritablement été engagé, notamment en raison d'ambiguïtés d'application de l'instruction frontière²⁷, alors qu'il existe un véritable potentiel à

²⁵ Extrait du Bilan mi-parcours du plan Alzheimer 2008-2012, réalisé en 2010.

²⁶ Hémery, P. *L'igas et l'IGF fournissent une feuille de route pour développer la médecine ambulatoire*. Hospimedia, juin 2016.

²⁷ L'instruction n° DGOC/R/2010/201 du 15 juin 2010 est relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée. Les conséquences d'une mauvaise application de cette instruction par les établissements génèrent un risque non-maîtrisé de requalification des actes et donc un risque financier.

Manon TANGHE -

développer. Ainsi en Bretagne, seules 20% des activités de médecine sont réalisées en ambulatoire, pour une moyenne nationale de 24%.

Les prises en charge en médecine ambulatoire sont également moins développées pour les personnes âgées. En effet, d'après le rapport « Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne, « 12 % des séjours médicaux des 75 ans et plus sont pris en charge en ambulatoire contre 25 % pour les autres adultes ».

d) L'hôpital de jour de SSR

L'établissement dispose d'un hôpital de jour de Soins de suite et de réadaptation de 20 places, offrant une prise en charge rééducative et réadaptative multidisciplinaire coordonnée et orientée. Il prend en charge des patients nécessitant :

- Une rééducation neurologique (HDJ SSR Neurologique), suite à des accidents vasculaires cérébraux ou dans le cadre d'une maladie de Parkinson.
- Une rééducation locomotrice (HDJ SSR Locomoteur), suite à des arthroplasties de hanche, de genou, d'épaule, etc.

Ces prises en charge s'effectuent par des médecins rééducateurs, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues. L'établissement dispose également d'un plateau technique riche, constitué d'une balnéothérapie, d'une cuisine thérapeutique, d'un simulateur de logement de salles et de matériels adaptés à la rééducation motrice.

Ce pôle ambulatoire permet de repérer et d'évaluer les fragilités, de les prendre en charge et ainsi d'éviter dans certains cas l'hospitalisation complète – parfois traumatisante pour la personne âgée. Il permet également d'orienter les patients directement vers le court séjour en cas de nécessité, évitant un passage ultérieur par les urgences peu adapté à la personne âgée. Enfin, la prise en charge en ambulatoire au PGR permet d'assurer le suivi en post-hospitalisation des personnes accueillies dans l'établissement, afin de limiter les risques importants de réhospitalisation.

B) Le court-séjour

Le court-séjour désigne les activités dites « MCOO », donc, dans le cas du PGR, ce sont exclusivement des activités de médecine. Le court-séjour gériatrique représente 7,7% des lits de médecine en Bretagne. L'activité de ce type de services consiste en

l'hospitalisation complète de personnes polypathologiques, porteuses de pathologies chroniques ou neurodégénératives, ou atteintes de dépendances physiques ou psychiques, souvent associées à des problématiques sociales et/ou psychiatriques. L'élément déclencheur de l'hospitalisation en médecine gériatrique est le plus souvent l'aggravation ou le développement d'une pathologie aiguë. Au PGR s'ajoutent à la prise en charge gériatrique polyvalente, les prises en charge spécialisées en cardiologie et en neurologie, affections fréquentes dans la population âgée. Il s'agit d'investigations à visée diagnostique, d'équilibrage des traitements, et d'orientation des patients après l'hospitalisation vers une prise en charge adaptée.

Malgré la volonté de favoriser les admissions directes programmées dans ces services, la moitié des admissions proviennent des urgences. Ce phénomène est légèrement plus nuancé sur le TS5 que sur l'ensemble de la région Bretagne. Les principaux modes d'entrée en court séjour, après les transferts des urgences sont : les transferts d'autres cliniques ou en suite de chirurgie, l'admission suite à une consultation dans l'établissement, ou l'admission directe (par le biais du médecin traitant).

Le pôle gériatrique rennais compte 70 lits de médecine, déclinés en deux services de 35 lits chacun : le service dit de « médecine A », correspondant à la neuro-gériatrie (19 lits) et la gériatrie polyvalente (16 lits), et le service de « médecine C » (35 lits) spécialisé en cardio-gériatrie. Le projet de soins prévoit le développement des capacités en lits de neuro-gériatrie et de gériatrie polyvalente à 20 lits chacun, permettant de les constituer en deux services distincts, en respectant le minimum fixé par la circulaire de 2007 à 20 lits par service. En augmentant sa capacité de court séjour, dont le territoire est trop peu doté, l'établissement évolue dans le sens des recommandations de l'ARS Bretagne qui préconise un rééquilibrage de l'offre médecine et de SSR (Hospimedia, 2016).

L'IP-DMS médecine en 2014 est de 1,284, et en constante augmentation entre 2011 et 2014. Cette moins bonne performance de l'établissement par rapport à la durée de séjour moyenne nationale est liée à sa spécialité gériatrique, caractérisée par des récupérations plus lentes et des situations polypathologiques complexes qui compliquent l'anticipation des sorties. Cela amène à une réflexion sur l'adaptation de cet indicateur dans le cas d'établissements spécialisés, qui sont ainsi financièrement incités à attirer et à « sélectionner » dans la mesure du possible les patients moins « lourds » en dépendance, allant à l'encontre de la mission de service public et de l'universalité qu'elle implique.

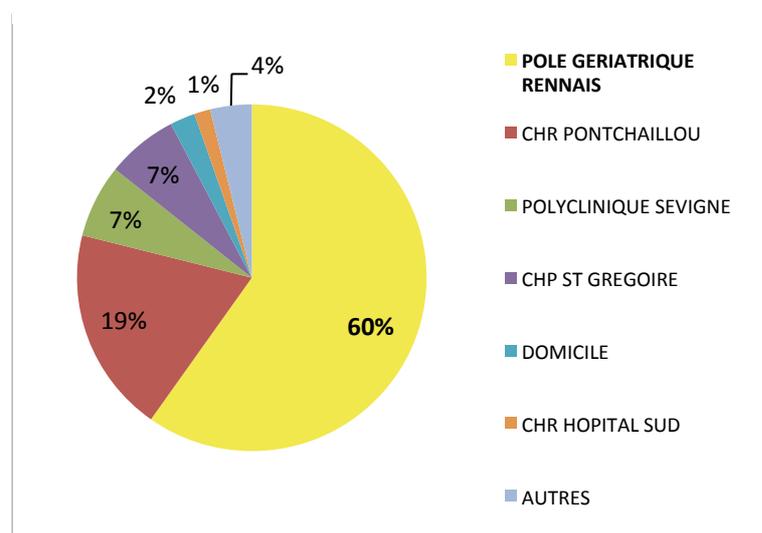
C) Les soins de suite et de réadaptation

Le projet médical et de soins de l'établissement définit les missions des soins de suite et de réadaptation comme l'adaptation des soins médicaux afin de limiter les handicaps physiques et sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient. Il s'agit également de préparer et d'accompagner le retour à domicile, en structure ou l'entrée en EHPAD ou USLD.

Le pôle gériatrique rennais compte 150 lits SSR. Ceux-ci sont spécialisés dans la prise en charge de certaines catégories d'affections, tel que rendu possible par la circulaire DHOS/01 n°2008 du 3 octobre relative aux décrets N°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation : affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance. Les capacités sont réparties de la manière suivante :

- Les soins de suite polyvalents : 30 lits
- Les soins de suite pour personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD) : 60 lits

Figure 3. Provenance des patients entrés en 2015 dans le service de soins de suite PAPD



Le service de soins de suite polyvalents et PAPD accueille prioritairement des patients issus de la filière interne (Figure 3), selon des critères définis dans le projet de soins qui porte une attention particulière à l'adaptation des profils à la vocation du service. Cela permet de limiter les admissions « sociales », sans véritable motif médical,

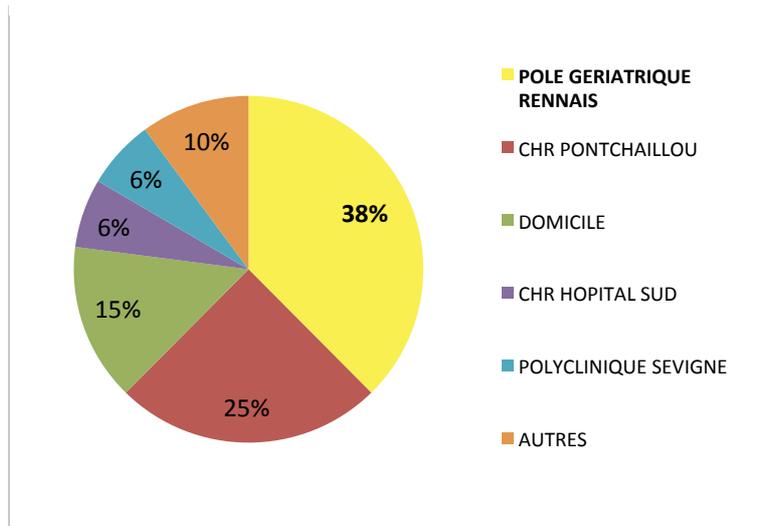
ou prématurées dans le service de soins de suite, dans le seul but de libérer les lits de médecine plus rapidement. La définition de critères clairs et leur application dans les admissions entre le court séjour et le SSR anticipe le passage à la tarification à l'activité en SSR.

- Les SSR spécialisés dans la prise en charge des affections du système nerveux : 30 lits

Le service de SSR de neurologie a pour vocation l'accueil de patients souffrant d'affections du système nerveux entraînant une dépendance. Il accueille surtout des patients issus de la filière interne (Figure 4) (service de neurogériatrie) ou de la filière Parkinson.

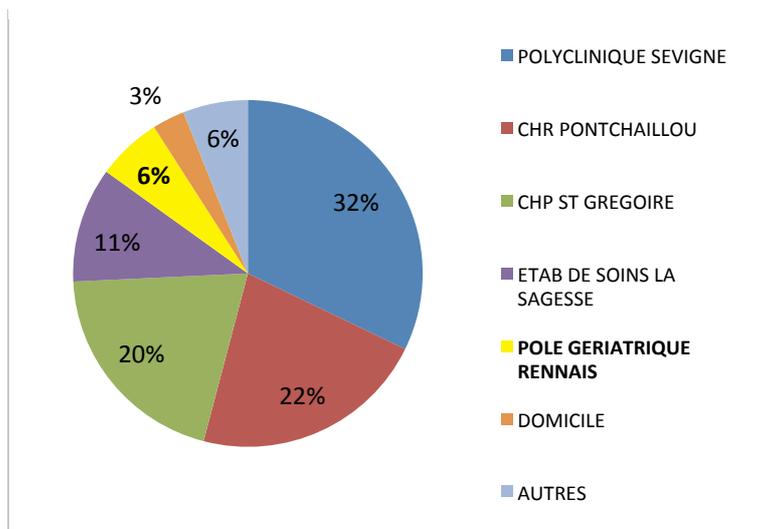
Les patients accueillis sont régulièrement orientés en filière interne vers les services de soins de suite polyvalents et PAPD dans l'attente d'une évolution, vers le secteur médico-social ou encore, dans le cadre d'un retour à domicile, vers une prise en charge en hôpital de jour.

Figure 4. Provenance des patients entrés en 2015 en rééducation neurologique



- Les SSR spécialisés dans la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur : 30 lits

Figure 5. Provenance des patients entrés en 2015 en rééducation de l'appareil locomoteur



Les objectifs spécifiques de ce service sont la mise en œuvre des procédures permettant de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences de traumatismes ou des affections de l'appareil locomoteur sur l'état physique, fonctionnel, mental et social du patient. La prise en charge vise à lui permettre de retrouver des

aptitudes de posture, d'équilibre et de coordination gestuelle, nécessaires à une mobilité des transferts et des déplacements réalisés de façon autonome et qui soient compatibles

Manon TANGHE -

avec ses habitudes de vie. En raison de ces missions particulières, le service accueille beaucoup de patients en suite de chirurgie, et donc peu en filière interne (**Figure 5**).

Pour chacun des services de soins de suite de l'établissement, les critères d'admissions sont clairement définis par le projet d'établissement, de manière à veiller à l'adaptation des profils dans l'idée d'avoir « le bon patient, au bon endroit, au bon moment »²⁸. L'observation du respect de ces critères et de l'adaptation des profils à la prise en charge proposée dans le service se fait au moyen de revues de pertinence, dont la direction de l'établissement encourage la réalisation. L'objectif est d'arriver à trois revues de pertinence chaque année.

Les personnes âgées sont les principales consommatrices de soins de suite et de réadaptation. En effet, si les personnes de 75 ans et plus ne représentent que 12% de la population française, elles consomment 54% des journées de SSR. En Bretagne, la répartition est sensiblement identique. Le taux de recours aux soins de suite du territoire de santé n°5 est supérieur au taux régional pour les personnes âgées de plus de 75 ans : on dénombre 28 765 journées d'hospitalisation de SSR pour 10 000 habitants de plus de 75 ans contre 27 514 journées pour 10 000 en Bretagne.

D) Les soins de longue durée

D'après la Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007, les soins de longue durée « accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum ». En conséquence, il s'agit de services essentiellement gériatriques, même si le critère d'âge a été aboli pour les admissions en USLD. Toutefois, seuls 3% des patients d'USLD en 2011 étaient âgés de moins de 60 ans. L'Igass préconise en ce sens de recentrer l'activité des USLD sur des activités essentiellement gériatriques.

Le taux d'équipement en USLD du territoire de santé n°5 est supérieur à celui de la région, avec des taux respectifs de 6,6 et 5,4 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et

²⁸ Cette expression est inscrite dans le discours des professionnels de l'établissement, qui l'ont mentionné spontanément au cours de la discussion dans 6 des 8 entretiens réalisés. Elle vaut pour l'ensemble de la filière.

plus. L'Unité de Soins de Longue Durée du Pôle Gériatrique compte 60 places (14,2% des 422 lits d'USLD du territoire). Elle est l'une des 7 USLD du territoire de santé, la troisième en nombre de place.

E) Les soins palliatifs

La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie définit les soins palliatifs comme visant « à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ».

La circulaire DHOS/O2 n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

décrit une gradation dans les prises en charge, dont le premier niveau correspond à un accompagnement par une équipe mobile de soins palliatifs. L'USP constitue le troisième niveau de prise en charge, accueillant les situations les plus complexes de fin de vie.

L'équipe mobile de soins palliatifs du PGR intervient au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux (EHPAD, FAM, MAS...) du secteur ainsi qu'à domicile. Sa mission repose sur le conseil, le soutien et la formation. Les formations dispensées par l'EMSP sont reconnues au titre du développement professionnel continu depuis septembre 2014.

La capacité de l'unité de soins palliatifs est récemment passée de 6 à 8 lits. La particularité de ce service est d'accueillir des personnes de tous âges, à partir de 18 ans. En pratique, le public accueilli dans le service est majoritairement gériatrique (60% ont plus de 75 ans). La priorité dans l'admission est donnée aux patients non-hospitalisés nécessitant une hospitalisation palliative, avant les patients issus de la filière interne.

F) L'offre d'hébergement

a) L'EHPAD

Le Pôle Gériatrique Rennais offre 160 places au sein de la résidence « Les Chênes ». Ces places comptent parmi les 9249 places disponibles sur les 231 EHPAD du territoire

de santé n°5. Rapportées à la population, ces places correspondent à un taux d'équipement de 148 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Le taux d'équipement du territoire de santé est ainsi supérieur à celui de la région (129 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus).

En 2014, parmi les personnes entrées à l'EHPAD, 61% provenaient de leur domicile et 9% de structures d'hébergement. Ces chiffres témoignent de l'attractivité de l'EHPAD des Chênes sur le territoire, mais révèlent également une insuffisante représentation de la filière interne, qui comptabilise 30% des entrées.

b) Une unité d'hébergement renforcée

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont un dispositif prévu par le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Leur mise en place dans les EHPAD permet une adaptation de l'accueil à ces maladies.

Le PGR compte 14 places d'unité d'hébergement renforcé. Ces places font l'objet d'une forte demande, malgré leur développement. Une réévaluation de l'adaptation des profils à l'UHR est effectuée régulièrement par la neuropsychologue. Cette réévaluation permet des transferts en interne, lorsque le dispositif ne répond plus à un besoin de la personne.

c) L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire répond à trois objectifs, décrits par le décret du 17 mars 2004, (articles D. 312-8 à D. 312-10 du code de l'action sociale et des familles) :

- prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;
- répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Les préconisations de la circulaire n° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire limitent l'accueil en hébergement temporaire à 90 jours au cours d'une période de 12 mois, afin de préserver l'autonomie de la personne et d'éviter la transformation des places d'hébergement temporaire en place d'hébergement permanent.

Le PGR propose 6 places d'hébergement temporaire, qui comptent parmi les 163 places du territoire de santé n°5. Le PRS de la région Bretagne fait état d'une répartition satisfaisante de l'offre d'hébergement temporaire sur le territoire régional. L'accès à cette offre est « possible en moins de 30 minutes pour toutes les communes bretonnes (pas de zone « blanche ») ».

L'analyse des ressources dont dispose l'établissement met en évidence un important potentiel et une expertise dans la prise en charge des besoins sanitaires et médico-sociaux des personnes âgées. Toutefois, la seule existence de cette offre ne suffit pas à palier aux besoins de parcours coordonné des personnes âgées mais nécessite d'être structurée en filière.

2.1.2 Structuration de la filière interne opérationnelle

Les différentes composantes de la filière que nous venons d'étudier peuvent simplement coexister les unes par rapport aux autres, dans une relation où chaque service peut orienter ses patients vers un autre service et réciproquement. Il existe dans ce cas une simple « liaison » entre les services. Or, pour des problématiques plus complexes, comme celles qui se posent en gériatrie où peuvent interagir pathologies aiguës et chroniques, dépendance, démence, précarité financière et sociale, la « coordination » entre les services, voire leur « intégration complète » est nécessaire pour offrir une prise en charge cohérente (Leutz, 1999)²⁹. Cette structuration de la filière s'est opérée progressivement (A). Et ce processus continue, à travers les projets de l'établissement, orientés en ce sens (B).

A) Une structuration en évolution permanente

Les acteurs interrogés s'accordent à dire que le travail en filière a été initié en 2014. Cela correspond au recrutement d'un cadre « parcours et ressources », qui a joué un rôle essentiel dans la structuration progressive, pour arriver à son fonctionnement actuel.

a) *L'introduction d'un nouveau métier : le cadre « parcours et ressources »*

²⁹ Voir annexe

A l'image des « gestionnaires de cas » des MAIA au niveau des filières territoriales de soins, un poste de cadre « parcours et ressource » a été façonné progressivement dans l'idée initiale de concilier objectifs d'activité et parcours du patient.

La terminologie spécifique de « cadre parcours et ressources » est intéressante en soi. Il ne s'agit donc ni d'un gestionnaire de cas, allant directement à la rencontre des patients, ni d'un gestionnaire de lit, attribuant les lits disponibles en fonction des profils des patients. Au sens large, son rôle est d'accompagner la politique de l'établissement en matière de coordination des parcours et de travail en filière. En pratique, le cadre parcours et ressources participe aux staffs pluridisciplinaires, en amenant les professionnels à la réflexion sur la sortie du patient. Il repère par ce biais les situations complexes qui ne peuvent être réglées dans le service, et les soumet à une concertation plus large. Le rôle du cadre parcours et ressources peut être perçu comme une articulation entre les acteurs des services de médecine, de soins de suite, les assistantes sociales et le pôle hébergement. Il encourage ainsi la communication entre les acteurs dans une logique de décloisonnement des pratiques.

« Le développement de professionnels de la coordination est révélateur des recompositions professionnelles observées dans le secteur public sous l'effet de réformes néo-managériales » (Bloch & Hénaut, 2014) du nouveau management public (NPM), visant à rationaliser l'action publique. Au Pôle Gériatrique Rennais, s'il ne s'agit pas du secteur public à proprement parler, le poste de cadre parcours et ressources semble bien s'inscrire dans une logique de recherche d'efficacité, en impulsant la concertation interprofessionnelle autour du parcours du patient.

D'après Bloch et Hénaut, ces fonctions de coordination nouvelles sont souvent occupées par d'anciens professionnels. Cela se vérifie dans l'établissement où la cadre parcours et ressources dispose d'une formation d'assistante sociale. Son parcours lui confère une légitimité auprès des services dans lesquels elle intervient pour interroger le parcours du patient et les perspectives en termes de projet de vie. C'est sur cette base que la discussion avec les professionnels s'effectue, en positionnant toujours le patient au centre, afin de fédérer autour de l'intérêt du patient. Dans le cadre d'un congé, la cadre parcours et ressource est remplacée par une infirmière coordinatrice, qui apporte un éclairage différent sur la fonction. La légitimité d'un tel profil peut s'expliquer par une proximité de la culture sanitaire, et son efficacité par une sensibilité médico-sociale.

b) Une structuration progressive autour de la cellule filière

En 2014, l'impulsion de la structuration en filière est donnée par le constat d'un important cloisonnement entre les services et les professionnels, et de la nécessité qui en découle d'engager une démarche permettant à tous les professionnels en lien avec les patients de travailler de manière plus coordonnée, dans l'intérêt du patient en termes de cohérence du parcours et d'adaptation de la prise en charge. Pour encourager le décloisonnement, une instance hebdomadaire s'est constituée, la « cellule filière », dont les contours se sont dessinés progressivement.

Dans un premier temps, des réunions hebdomadaires ont été organisées, réunissant la directrice, la cadre parcours et ressources, la présidente de CME, la directrice des soins et le directeur médical du groupe Ugecam Bretagne-Pays-de-la-Loire. Ce groupe de travail ainsi formé étudiait les situations les plus complexes, repérées en amont par la cadre parcours et ressources. L'étude des situations complexes a permis d'identifier les différents freins à leur résolution.

Dans un deuxième temps, la formation s'est élargie aux médecins, qui identifiaient eux-mêmes les situations complexes qu'ils rencontraient dans leur service et proposaient de les étudier lors de cette réunion.

Dans un troisième temps, face au constat d'une chute de l'activité au début de l'année 2015, une concertation avec la direction, les médecins et la direction des soins a permis de prendre conscience de l'importance d'introduire la logique de filière dans les services à travers la participation du cadre parcours et ressources aux staffs pluridisciplinaires. A partir de là, une recomposition de la cellule filière a été opérée. L'instance réunit depuis lors un cadre et un médecin de chaque secteur (médecine, SSR), avec toujours le cadre parcours et ressource, la directrice, la directrice des soins, mais également l'adjoint de direction sur la partie médico-sociale, pour faire le lien avec l'EHPAD et l'USLD (situé géographiquement au niveau de l'EHPAD, bien que relevant du secteur sanitaire), et parfois le directeur médical du groupe.

D'après Walter Leutz, « il est possible d'intégrer certains services tout le temps, tous les services à certains moments, mais il est impossible d'intégrer tous les services tout le temps ». Aussi, le rôle de coordination de la cellule filière est ciblé sur les situations où le besoin est le plus important. Dans cette composition, la cellule filière permet de trouver des solutions aux situations les plus complexes, et d'organiser le lien entre les secteurs sanitaire et médico-social. Le temps de réunion a pu être réduit à mesure que le travail de

réflexion sur ces situations a pu être anticipé en amont de la réunion, signe qu'il rentre progressivement dans les pratiques professionnelles.

Si la progressivité de ce changement dans les manières de travailler s'explique par des conjonctures particulières (cloisonnement, chute de l'activité), il est également conditionné par la sédimentation des décisions et structures institutionnelles héritées du passé qui orientent les choix et limitent l'ampleur du changement possible. Cette « dépendance au sentier » provoque une inertie qui oblige à une mise en œuvre graduelle plutôt que radicale (Palier, 2010).

En adoptant une approche top-down, l'effet du contexte général ne doit pas être négligé : il est à noter que l'impulsion de la structuration de la filière interne est corrélée avec l'arrivée de la Directrice dans l'établissement. Celle-ci intervient également dans une situation financière compliquée pour l'établissement.

c) Le fonctionnement actuel de la filière interne

L'organisation hebdomadaire de la filière interne est définie dans le projet d'établissement, avec la succession de plusieurs instances.

Les « **staffs pluridisciplinaires de médecine** » permettent de s'accorder sur le projet de sortie du patient et d'en arrêter les modalités (date prévisionnelle et mode de sortie). Ils permettent également la concertation nécessaire autour des situations individuelles des patients, avec les éléments que chacun peut apporter pour trouver la solution de sortie la plus adaptée à l'état de santé et aux souhaits du patient.

La **commission d'admission commune aux services de SSR** a pour but d'orienter les patients en demande de SSR vers le service adapté à sa pathologie afin d'optimiser la réadaptation du patient.

La **cellule filière** intervient ensuite pour préconiser les modes de sorties dans des situations non-réglées en staff et de proposer des profils de patients pour le SSR, USLD, EHPAD (pour l'hébergement temporaire et définitif).

La **commission d'admission du pôle hébergement** prend les décisions concernant l'admission des patients dont les profils ont été proposés lors de la filière, en fonction des places disponibles et de la charge en soins des services concernés.

Ce fonctionnement a permis de répondre de manière plus adaptée aux cas de patients qui auraient pu devenir « bed blockers », situation délétère pour l'évolution de leur santé, pour les professionnels du service qui ne peuvent plus fournir une prise en charge adaptée à sa situation, et en termes de conséquences économiques qui en découlent.

B) Les perspectives d'évolution pour la filière interne

Au vu des ressources de l'établissement, de la relative nouveauté du travail en filière interne et de l'inertie d'une telle organisation, des perspectives d'évolution sont déjà envisagées par l'établissement. Il s'agit d'une part de l'identification de trois filières spécialisées (a) et d'une amélioration de l'accompagnement du parcours du patient à l'intérieur de la filière (b).

a) *La spécialisation des filières*

Les ressources de l'établissement permettent l'identification de trois filières internes spécialisées : la filière gériatrique, la filière cardio-gériatrique et la filière neuro-gériatrique. La mise en œuvre de ces filières spécialisées est l'une des ambitions fortes du projet d'établissement. Cette spécialisation des filières permet à l'établissement d'offrir une prise en charge complète des principales pathologies de la personne âgée. Elle constitue également un facteur d'attractivité de part l'expertise unique qu'elle offre dans ces spécialités.

Chaque filière a des modalités d'entrées bien définies qui correspondent au mode d'entrée dans chacun des services de médecine aigue décrits précédemment. Chacune d'elle comprend en outre un recours possible à l'EMSP ou l'USP. Les modalités de sortie sont les mêmes que pour la filière interne, à savoir : USLD, EHPAD (temporaire et définitif) et retour à domicile, en lien avec les dispositifs existants pour coordonner et faciliter le retour à domicile (SAAD, SIAAD, HAD, ESA, MAIA, CLIC).

- La filière gériatrique intègre le service de médecine aigue gériatrique, les soins de suite polyvalents et PAPD, l'HDJ médecine et SSR.
- La filière cardiogériatrique intègre le service de médecine cardiologique, les soins de suite polyvalents et PAPD, les consultations cardiologiques et l'HDJ médecine

- La filière neurogériatrique intègre le service médecine aiguë neurogériatrique, les soins de suite affections du système nerveux, polyvalents et PAPD ainsi que les consultations en neurologie et l'HDJ de médecine et de SSR.

La perspective à terme est de parvenir à créer une organisation architecturale de ces filières en dédiant, par exemple, un étage par filière. Le risque de cette organisation géographique est d'atténuer les frontières entre médecine et soins de suite et de voir des transferts d'un service à l'autre prématurés, encouragés par une réversibilité perçue. Le risque de confusion entre les services de soins de suite et de court séjour est à considérer, mais le projet semble réalisable avec une vigilance à la pertinence de la présence des patients dans chaque service et sous condition, sine qua none, de l'adhésion des acteurs au projet.

b) L'accompagnement des personnes dans leur parcours

La question du transfert des patients issus de la filière interne d'un service à l'autre de l'établissement se pose. Une attention particulière est demandée aux cadres dans la programmation des admissions et des sorties, afin d'une part que celles-ci puissent coïncider, optimisant ainsi le taux d'occupation des lits, et d'autre part qu'elles ne soient pas trop nombreuses dans la même journée de manière à être réalisées dans de bonnes conditions. En effet, l'admission et la sortie du patient d'un service impliquent l'intervention du cadre de santé et du médecin. Ainsi, le nombre d'admissions et de sorties par jour est limité à deux pour les services de soins de suite. Mais au-delà des conditions médicales et administratives de la sortie, le changement, dans un environnement peu familier au patient, peut être source d'angoisse. Pour y remédier, des solutions sont envisagées par l'établissement.

Dans le cadre du dispositif expérimental de mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (Monalisa), l'établissement pilote pour le groupe Ugecam BRPL l'accueil de jeunes volontaires en service civique en son sein. Ces jeunes « accompagnateurs volontaires » ont pour mission d'apporter convivialité et lien social dans les services de SSR, USLD et EHPAD à travers des animations collectives et des accompagnements individualisés des personnes âgées isolées. Les accompagnateurs volontaires participent aux transferts des patients d'un service à un autre de l'établissement et accompagnent les patients seuls à leurs examens et consultations. Dans le cadre de l'évaluation du dispositif expérimental, les patients interrogés se sont

dits rassurés et désangoissés d'avoir une « présence attentionnée » à leur côté dans leurs déplacements à l'intérieur de l'établissement où ils craignent de se perdre.

Si la prise en charge des patients accueillis au sein de la filière interne est de plus en plus organisée et coordonnée, certaines limites et résistances restent à dépasser afin d'arriver à une intégration complète des différents composants de la filière.

2.2 Les limites rencontrées dans la mise en œuvre de la filière

La mise en œuvre d'un fonctionnement effectif de la filière gériatrique interne depuis 2014 a montré de nombreux avantages en termes de coordination du parcours du patient et de fluidité. Les entretiens réalisés et la participation à la filière laissent toutefois entrevoir certaines limites, liées d'une part à une gestion sensible des ressources humaines (2.2.1), et d'autre part à une communication qui n'est pas encore optimale (2.2.2).

2.2.1 Une gestion compliquée des ressources humaines

Dans la mise en œuvre du fonctionnement en filière, l'une des premières difficultés identifiées par les acteurs interrogés concerne les ressources humaines et leur adhésion à cette organisation. Une approche top-down permet de mettre en évidence les distorsions qui peuvent apparaître dans la mise en œuvre d'une politique en raison de moyens humains. L'évolution du fonctionnement de la filière interne se heurte à certaines résistances au changement (A). Cette évolution peut également bouleverser les identités professionnelles des acteurs (B). Enfin, l'établissement rencontre des difficultés dans le recrutement des professionnels (C).

A) Des résistances aux changements

L'introduction du travail sur la filière interne induit un changement dans les pratiques quotidiennes des professionnels participant à la filière : cadres de santé, médecins, soignants, paramédicaux. Or, le changement n'a lieu que si les acteurs s'y impliquent (Bernoux, 2014).

Aussi, les blocages rencontrés à certaines étapes de la mise en œuvre de la filière interne sont en partie imputables à la résistance des acteurs à accepter ce changement. Les

résistances opposées ne peuvent cependant être interprétées comme le seul attachement des professionnels à une certaine routine, mais plutôt comme une appréhension face à l'incertitude des conséquences de ce changement sur le quotidien, ou comme un manque de confiance dans la plus-value que peut apporter la nouvelle organisation. Cela se ressent dans le discours des professionnels pleinement investis dans le fonctionnement de la filière, percevant l'intérêt pour le patient, pour les services et pour l'établissement qu'il implique. Pour les acteurs qui ne semblent pas en percevoir l'intérêt, la motivation est moindre et le changement est perçu comme imposé, et peu investi en conséquence. Cela peut s'expliquer par le fait que les finalités d'un changement font sens au niveau où elles sont vécues, et que les acteurs sont prêts à changer s'ils perçoivent un intérêt dans les « jeux qu'on leur propose » (Crozier & Friedberg, 1977).

Or, selon les acteurs de la filière concernés, les finalités d'une telle organisation ne peuvent être perçues que comme une contrainte médico-économique ou une surcharge de travail. Il est pourtant nécessaire que les acteurs impliqués comprennent la logique, pour qu'ils trouvent un sens à leur travail dans cette nouvelle organisation. D'après Bernoux, les possibilités de mettre en place le changement sont conditionnées par l'autonomie des acteurs (capacité à négocier) et la légitimité qu'ils accordent à ces décisions.

La construction de l'organisation en filière interne au PGR s'inscrit ainsi dans une logique de négociation, et se réalise progressivement, à mesure que des consensus peuvent être trouvés avec les acteurs, au cours d'échanges réguliers. Les relations sociales concrètes et le contexte dans lequel elles se déroulent influent également sur le succès du fonctionnement introduit³⁰.

Les résistances opposées au fonctionnement en filières internes peuvent ainsi être levées petit à petit, en intégrant les acteurs dans un processus de négociation, déjà bien entamé par la Direction. Le changement doit être accompagné d'une communication afin de faire percevoir aux acteurs leur intérêt dans le changement de logique de fonctionnement initié.

B) Des évolutions bouleversant les identités professionnelles

L'identité professionnelle est un point de repères pour chaque individu et le travail fait partie de la définition de soi. A ce titre, le changement dans les pratiques professionnelles peut bouleverser cette identité construite.

³⁰ Théorie de l'embeddedness (Bernoux, 2014)

Le travail d'un médecin en ce sens a beaucoup évolué dans le temps. Le raisonnement du médecin est très centré sur la pathologie, son identification (diagnostic), et son traitement. Aussi, l'intégration croissante de considérations administratives (traçabilité des actes) et médico-économiques dans ses pratiques peut remettre en cause cette identité et expliquer ainsi les résistances évoquées précédemment. Or, le travail en filière interne et la fluidité qu'il permet ont aussi pour but également de permettre l'adaptation à des contraintes médico-économiques croissantes en termes d'activité, de taux d'occupation, de DMS, pour lesquels le médecin est pleinement impliqué. En pratique, cela implique que le médecin se préoccupe de la sortie du patient dès l'entrée, dans une logique d'anticipation. Cela se traduit par la définition d'une date de sortie prévisionnelle avant que le patient ne soit stabilisé et donc considéré comme sortant, dans les services de médecine aiguë. Cela implique également pour le médecin ou le cadre d'amener les familles, lorsqu'il les rencontre, à la réflexion sur les modalités de sortie d'hospitalisation et non plus de se limiter à une description de la situation médicale du patient. Le travail en filière intègre l'ensemble des professionnels dans la construction du parcours du patient, et invite donc à une attention de chacun des professionnels sur la situation médico-psycho-sociale du patient. L'intégration de ces nouvelles dimensions dans le travail quotidien du médecin bouleverse en ce sens l'identité professionnelle historique du médecin.

L'identité professionnelle définie à travers le positionnement par rapport aux autres acteurs de la filière peut sembler bouleversée par un tel fonctionnement, faisant évoluer les lignes des relations professionnelles. Dans un établissement sanitaire comme le Pôle Gériatrique, les relations sociales s'inscrivent dans la concurrence entre une hiérarchie médicale, légitimée par la connaissance dont elle dispose et une hiérarchie administrative dont la légitimité réside dans la recherche de l'intérêt général. Outre la différence de « culture » entre les deux, l'introduction de la dotation globale a raréfié les ressources financières et a ainsi érigé la hiérarchie administrative, gestionnaire, en ordre dirigeant, induisant une lutte de pouvoir entre personnel médical et administratif (Holcman, 2006).

La progression des logiques managériales dans les organisations provoque une réaction vive des professionnels dans les structures hospitalières (Bloch & Hénaut, 2014). Cette emprise perçue de la hiérarchie administrative est particulièrement bouleversante dans le cas de médecins. Leur position au sommet de la hiérarchie médicale ne les soumet à aucune autorité légitime, par rapport aux soignants, déjà subordonnés (Abbott, 1995). De plus, de par les caractéristiques de cette profession – prestige, monopole d'exercice,

hauts revenus – l’incitation à la coordination à travers le travail en filière peut être perçue comme une menace à leur autonomie professionnelle (Freidson, 1984).

Par ailleurs, au-delà de l’identité professionnelle liée au corps médical, la rationalisation économique du fonctionnement du pôle gériatrique est une composante assez nouvelle à intégrer, en raison d’un historique lourd de l’établissement, où la gestion des ressources financières semble assez nouvelle.

C) D’importants mouvements de personnel médical et des difficultés de recrutement

Comme nous l’avons présenté, le bon fonctionnement de la filière interne tient tant à son offre qu’à la coordination de celle-ci. Or, le maintien de l’offre est conditionné à la présence d’effectifs suffisants à assurer la qualité et la sécurité des soins, tandis que la stabilité de ces effectifs est nécessaire à la construction et l’évolution du projet de filière. Or l’établissement fait actuellement face à des difficultés dans le maintien de ses effectifs, notamment concernant les effectifs médicaux.

a) *Démissions de médecin*

Depuis le début de l’année 2016, de nombreuses démissions sont à déplorer dans les effectifs médicaux. Ce phénomène oblige l’établissement à diminuer temporairement ses capacités en lits, afin de pouvoir assurer la sécurité des soins. La fermeture temporaire de lits au service de soins de suite est liée à ces démissions, corrélées avec la période estivale durant laquelle les effectifs sont déjà réduits par les départs en vacances. Aussi, les lits fermés devraient pouvoir rouvrir d’ici à la fin du mois de septembre, sous réserve de recrutements pérennes.

b) *Difficultés de nouveaux recrutements*

Suite aux nombreuses démissions évoquées, le recrutement de médecins est un enjeu pour l’établissement.

La démographie médicale d’Ille-et-Vilaine est plutôt favorable, avec 300,3 médecins pour 100 000 habitants (Conseil national des médecins, 2013), soit légèrement supérieure à la moyenne nationale. De plus, la zone géographique d’implantation de l’établissement est plutôt attractive en raison de sa proximité avec l’agglomération rennaise.

Aussi, les difficultés de recrutement de médecins par l'établissement peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs.

D'une part, la gériatrie est une discipline jeune, reconnue en tant que spécialité médicale depuis 2005. Cette spécialité n'est pas des plus prisées, car considérée moins prestigieuse que les spécialités d'ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, ORL, gastro-entérologie et néphrologie, les plus prisées. L'attrait de cette spécialité pour les jeunes médecins est d'autant moins fort que les représentations de la vieillesse sont souvent associées au déclin d'énergie, à une perte des capacités affectives et cognitives. Cette image se construit sur l'âgisme – préjugés négatifs en raison d'un sentiment défavorable à l'égard de la vieillesse – et les mythes de la vieillesse, de la non-productivité, du désengagement, de l'inflexibilité ou de la sénilité (Butler, 1975). Ainsi, la spécialité gériatrique attire peu les médecins, et crée une certaine rareté de la ressource médicale.

D'autre part, les médecins spécialistes en cardiologie et neurologie que l'établissement recherche pour alimenter ses filières spécialisées ont tendance à être plus attirés par les grands CHU, avec les activités de recherche et de formation qui peuvent y être développées.

Enfin, les médecins recrutés en intérim dans l'établissement ne cherchent pas à s'y stabiliser. L'intérim peut être choisie comme période transitoire entre deux postes, auquel cas, au terme de son contrat d'intérim, le médecin s'oriente vers le poste qu'il attendait. Mais l'intérim peut également être choisie comme mode d'exercice à plus long terme pour certains médecins dont la mobilité le permet. La rémunération de la situation de précarité conduit à des différences salariales importantes³¹, peu incitatives à l'exercice en salariat.

Ces difficultés de recrutement se limitent essentiellement à la profession médicale, expliquées par la relative rareté des ressources. Le défi à relever pour l'établissement réside ainsi dans sa capacité à se rendre attractif pour les professionnels médicaux.

2.2.2 Un renforcement nécessaire de la communication

Lorsque l'on interroge les acteurs du pôle gériatrique rennais sur les améliorations possibles à apporter au fonctionnement en filière, la réponse la plus fréquente est : la communication. En effet, la filière repose sur la fluidité de la circulation de l'information et

³¹ D'après un témoignage, un médecin intérimaire peut toucher une rémunération jusqu'à 70% plus élevée qu'un médecin salarié.

implique ainsi une meilleure communication, pour permettre aux acteurs de se comprendre et de se coordonner (A), et des outils à adapter au fonctionnement en filière (B).

A) Une meilleure communication pour une coordination renforcée

Malgré les efforts déjà fait, force est de constater qu'une sectorisation demeure entre les secteurs de prise en charge des patients en filière interne. Avec la mise en place d'un seul cadre chargé d'organiser les entrées et les sorties du SSR, ainsi que le recrutement d'un cadre sur la médecine A, la communication a progressé entre les deux services, dont les cadres témoignent d'échanges plus réguliers. En revanche, le lien entre les services du secteur sanitaire et le pôle hébergement semble encore insuffisant. L'intégration d'un représentant de ce pôle dans les réunions de cellule filière a pour but de créer ce lien. Suite à la réunion de cellule filière, le représentant du pôle hébergement se tourne plutôt vers le cadre parcours et ressources dans le cas de dossier incomplètement transmis, et non directement à l'assistante sociale l'ayant constitué. De même, peu d'échanges ont lieu entre professionnels médicaux. Dans le cas d'une demande d'hébergement, il n'y a pas de lien direct entre le médecin du service d'origine du patient et le médecin du pôle hébergement qui oriente le patient entre EHPAD et USLD. Cela peut s'expliquer par la taille importante de l'établissement, ainsi que par la séparation géographique en deux bâtiments proches mais distincts, entre le pôle dit « sanitaire » et le pôle hébergement.

Néanmoins, pour fonctionner de manière satisfaisante, une filière gériatrique nécessite une bonne coordination entre les acteurs. La fluidité du parcours du patient repose sur l'articulation entre les acteurs de la prise en charge. Le manque d'échanges d'information peut avoir des conséquences directes sur la qualité de la prise en charge du patient. De nombreuses informations communiquées peuvent aider le service qui reçoit le patient à diagnostiquer certains troubles ou à trouver le traitement adapté.

Une des explications possibles à ces difficultés de communication réside dans le positionnement de chaque service relativement aux autres. La modélisation de la filière en tant que regroupement trajectoires fréquentes place certains services en position d'aval et d'autres en position d'amont. En l'occurrence, les services de médecine constituent l'amont des services de SSR qui en sont donc l'aval. Les services d'hébergement se placent en aval des soins de suite. Il est nécessaire, pour la fluidité de la filière de soins, que les services d'aval prennent en charge rapidement les patients du service d'amont, pressé par des contraintes de DMS. Ainsi, les services d'aval peuvent se sentir à la

disposition des services d'amont, avec un sentiment d'inégalité entre les professionnels. Ce phénomène est observé de manière très claire entre les services de médecine et de SSR, où le SSR semble être à la disposition de la médecine. Ce phénomène est moins prononcé dans l'interface sanitaire/hébergement, dans la mesure où les disponibilités en hébergement sont plus rares et l'admission des patients est soumise à une sélection pour adapter la charge en soins. Pour y remédier, une valorisation des SSR et de leur rôle dans la filière est nécessaire. Ce travail est initié dans le projet de soins de l'établissement et mérite d'être poursuivi dans le déploiement du projet au sein des services.

La mobilité des professionnels entre les différents secteurs et services doit être encouragée, afin que chacun puisse comprendre les enjeux et problématiques des autres secteurs. Les relations interpersonnelles qui se lient à l'intérieur des services peuvent favoriser le lien entre ces services en cas de mutation d'un ou plusieurs professionnels du service vers un autre. Cette mobilité ne peut toutefois qu'être encouragée, et ne correspond pas forcément au souhait de tous les salariés.

Les temps de formations constituent également une opportunité de rencontre entre les professionnels des différents secteurs, pour encourager cette communication. L'établissement propose aux salariés un certain nombre de formations en format « flash », c'est-à-dire sur des temps courts. Si le format est peu favorable à un échange plus approfondi, la régularité de ces formations permet des rencontres régulières. La possibilité d'organiser des temps de formation plus longs et plus réguliers, éventuellement à l'extérieur de l'établissement sur un format « séminaire », se heurte pour l'instant à des contraintes budgétaires importantes.

Une autre piste à étudier pour favoriser le développement de la logique de coordination provient de la circulaire de 2007, relative à la filière de soins gériatriques. Celle-ci évoque la nomination d'un « gériatre référent » au niveau de la filière. Ce dispositif pourrait être appliqué au pôle gériatrique, afin de favoriser la coordination au niveau médical par un regard transversal sur tous les secteurs de l'établissement. A l'image du cadre parcours et ressources, le gériatre coordinateur peut encourager la communication entre ses confrères, vis-à-vis desquels il dispose d'une légitimité en tant que pair.

B) Une optimisation nécessaire des outils de communication

Des outils de communication existent au pôle gériatrique rennais. Du point de vue de la communication d'informations générales sur le fonctionnement de l'établissement, une

lettre d'information mensuelle est éditée chaque mois par la direction de l'établissement. Il n'existe en revanche pas d'intranet pour poster les informations en direct. L'utilisation de listes de mailing de diffusion générale permet de communiquer en tant réel sur des évènements ponctuels. Cependant, le personnel soignant ne dispose pas d'une boîte mail et ces informations sont donc intermédiées par le cadre de santé du service aux équipes présentes.

Le réseau partagé interne peut être utilisé à des fins de communication. Un tableau des mouvements est mis en place par exemple, sur le SSR, pour programmer les entrées et sorties. Ce tableau permet de faire correspondre les sorties avec de nouvelles entrées, mais également de limiter dans la mesure du possible ces mouvements à deux par jour. Le partage sur le réseau permet aux services de médecine, lorsqu'ils fixent des dates de sorties prévisionnelles, de vérifier directement la possibilité d'accueil du patient dans le service de SSR. Ce tableau, bien qu'utile, vient se s'ajouter à d'autres démarches d'admissions. Le travail en filière interne invite à une réflexion partagée des acteurs sur la rationalisation des démarches effectuées dans le cadre du passage du patient d'un service à l'autre.

Le système d'information de l'établissement, porté par le logiciel Hôpital Manager, constitue un outil de communication privilégié. Les documents concernant le patient y sont disponibles (certificats médicaux, évaluations, ...) et le portail « coordination » permet de tracer les informations médicales (motif de l'hospitalisation, description de la pathologie et des antécédents, transmissions ciblées, rendez-vous médicaux extérieurs) et sociales (interventions du service social, conditions de vie de la personnes précédent l'hospitalisation) relatives au patient. Dans le travail en filière interne, cet outil est ainsi particulièrement intéressant. La configuration du logiciel permet de rassembler et ainsi confronter, les données médicales et sociales, base de la réflexion pluridisciplinaire autour du parcours du patient. Ces informations restent disponibles dans le système d'information lorsque le patient change de service. Aussi, le renseignement de ces informations doit faire l'objet d'une grande attention afin de permettre à l'outil d'être exploité au mieux de ses possibilités. Or, en étudiant plusieurs dossiers de patient sur la base de cette interface, les onglets sur la connaissance du patient sont encore trop peu souvent remplis. L'outil n'est pas non plus toujours investi lors des staffs pluridisciplinaires où les informations transmises oralement ne sont pas forcément recensées dans le dossier informatique. Il permettrait pourtant d'avoir une même information, tracée, partagée par tous les professionnels intervenant. Pour définir le parcours du patient, les informations sur sa situation antérieure à l'hospitalisation permettent d'anticiper, au regard de la situation médicale du patient, les situations qui pourraient poser des difficultés à la

sortie. Cette anticipation est essentielle pour l'enclenchement de démarches sociales. Ainsi, une utilisation optimisée des possibilités du système d'information permettrait une meilleure fluidité de la filière, par une communication plus efficace quant à la situation des patients.

Au niveau du système d'information, aucun onglet n'est actuellement dédié au projet du patient envisagé. Le système actuel permet de visualiser les différents séjours du patient dans l'établissement. Mais le parcours envisagé pour le patient n'apparaît pas. La mise en place d'un onglet dédié, ou l'utilisation d'un onglet existant pour y formaliser le projet du patient est à envisager, afin de partager cette information. Une extraction de cette information serait ainsi rendue possible, allégeant le travail chronophage de « copiage » de ces informations pour la préparation de chaque cellule filière. Ces possibilités d'évolution du logiciel sont à étudier en fonction du coût que peut représenter un développement du logiciel hôpital manager.

De même, le projet du patient n'est pas précisé sur les fiches médicales d'admission, remplies dans le cadre de demandes de SSR. La cadre se santé des admissions du SSR témoigne d'une discussion eu avec un de ses confrères de médecine, sur le dossier d'un patient dont elle souhaitait connaître le projet suite à la réception d'une FMA : « il n'y a pas la case projet du patient, alors je ne le renseigne pas ». Cette réaction met en évidence l'importance de la formalisation des outils de communication autour du parcours de la personne au sein des filières et vers la sortie.

D'un point de vue de la communication des informations médicales, le compte-rendu d'hospitalisation du service de médecine est transmis au SSR par un courrier. Celui-ci résume les principaux antécédents médicaux, actions diagnostiques, et traitements mis en place au cours de la prise en charge en médecine. En pratique, ces courriers sont rarement transmis à l'arrivée du patient dans le service ou incomplets. Une évolution vers une transmission effective et exhaustive de ces données est nécessaire.

Ainsi, des outils de communication variés existent au sein du PGR. Néanmoins ceux-ci sont parfois perçus comme une surcharge de travail pour les acteurs et non pleinement investis. Une adaptation de ces outils, dans l'optique du fonctionnement en filière interne, peut permettre d'encourager la réflexion sur le parcours du patient et d'optimiser l'utilisation des outils de communication.

Conclusion

Le Haut Conseil en Santé Publique, dans son rapport sur la santé en France, réaffirmait l'année dernière que « Réduire la fragmentation des dispositifs professionnels (sanitaire, médico-social et social), tant au niveau de leur organisation, de leur financement que de la fourniture de prestations, est un enjeu majeur si l'on veut maintenir l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des personnes, le plus longtemps possible et au meilleur coût. D'où l'insistance sur le passage d'une médecine d'organe à une médecine plus globale et l'importance de la thématique du parcours de soin ». (HCSP, 2015)

A partir d'un constat généralisé d'un cloisonnement important entre les différents acteurs du parcours du patient gériatrique, et face au défi que constitue le vieillissement de la population, la mise en place de fonctionnements en filières coordonnées, sinon intégrées a été encouragée. L'organisation des filières de soins gériatriques réaffirme encore aujourd'hui la nécessité d'un lien plus intense entre les différents secteurs de prise en charge. Si cette coordination apparaît plus intuitive dans le cadre de filières internes, de par la proximité des acteurs, l'utilisation d'outils communs, et l'appartenance à une même entité, celle-ci reste à construire.

Au Pôle Gériatrique Rennais, la structuration de la filière interne a débuté en 2014. Le projet initial s'est adapté aux contraintes rencontrées en pratique et a évolué progressivement. A l'heure actuelle, certains obstacles à la fluidité du parcours du patient à l'intérieur de la filière interne de l'établissement persistent. Les plus importants relèvent d'une part d'une gestion délicate des ressources humaines et d'autre part d'un défaut de communication et de coordination. Ces obstacles sont surmontables par la poursuite du travail d'intégration de la filière interne, entre tous les secteurs de prise en charge, du court-séjour à l'hébergement. Ce travail permet à terme une meilleure prise en soin pour le public accueilli, une optimisation des ressources de l'établissement et son positionnement en tant que « pôle de référence et d'expertise »³².

La réalisation de ce travail m'a permis de comprendre les articulations et blocages de la mise en œuvre d'un fonctionnement effectif en filière interne. Cela travail ouvre de nouvelles perspectives de réflexion sur l'avenir de la filière gériatrique de l'établissement.

Un premier axe de réflexion concerne l'articulation de la filière interne avec l'amont et l'aval de l'hospitalisation, sur la filière territoriale. Le développement d'outils communs

³² Projet d'établissement 2016-2018.

avec les partenaires du domicile peut être envisagé, sur le modèle du Plan Personnalisé de Soins (PPS) proposé par la HAS dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Un autre axe de réflexion porte sur la prise en charge psychiatrique des personnes accueillies dans l'établissement. A travers les maladies neurodégénératives, les personnes âgées peuvent développer des troubles psychiatriques à mesure du vieillissement. L'Igas recommande le développement d'UHR, qui existent déjà au pôle gériatrique, ainsi que d'USLD pour personnes âgées à orientation psychiatrique. Si le développement d'une filière psycho-gériatrique semble ambitieux en l'état actuel de la prise en charge psychiatrique proposé, un développement progressif est envisageable. Il peut prendre la forme d'une équipe mobile psychiatrique, sous conditions de ressources humaines. Plus simplement, l'encouragement de la communication et des échanges de pratiques avec les professionnels intervenant au sein des UHR constituerait une première étape accessible.

Bibliographie

Textes réglementaires

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Décret du 17 mars 2004, (articles D. 312-8 à D. 312-10 du code de l'action sociale et des familles) .

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007, les soins de longue durée.

Circulaire DHOS/O2 n°2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Circulaire DHOS/O1 n°2008 du 3 octobre relative aux décrets N°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

Circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n° 2011-394 du 20 octobre 2011 relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Plans, rapports, enquêtes

AQUINO, Dr. J.-P. « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Rapport du comité « avancée en âge, prévention et qualité de vie » ». *La Documentation Française*, Février 2013.

ARS Bretagne, « Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne », Les rapports de l'ARS Bretagne, mars 2016, 61 p.

ARS Bretagne, « Plan régional de santé 2012-2016 »

BOUVIER, G. « L'enquête Handicap-Santé. Présentation générale ». *INSEE*, Direction des Statistiques Démographiques et Sociales N°F1109, 2011, 61 p.

Centre d'analyse stratégique, « Vivre ensemble plus longtemps ». *La Documentation Française*, Rapports et Documents, n°28, 2010, 306 p.

DATAR, « Des facteurs de changement 1 », *La Documentation française*, Territoires 2040 n°6, 2012, 131p.

Département d'Ille-et-Vilaine, « Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2015-2019 », *Département d'Ille-et-Vilaine*, Direction personnes âgées, 2015, 312 p.

DREES, « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014 », *DREES*, Dossiers solidarité et santé, n°63, juin 2015, 128 p.

HAS, « Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 », *HAS*, mai 2015, 74 p.

HCSP, « Santé en France 2015. Problèmes et politiques de santé », Paris, *La Documentation Française*, HCSP, 2015.

IGAS, « Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1 : rapport définitif », *IGAS*, RM2010-109P, 2010, 177 p.

JEANDEL, C., PFITZENMEYER, P., VIGOUROUX, P. « Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir », avril 2006, 54 p.

LARCHER, G. « Rapport final de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher », *Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative*, 2008, 102 p.

Manon TANGHE -

OR, Z., THOMAS, R., « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », *IRDES*, Document de travail, DT n°23, mars 2009, 24 p.

Ouvrages

Bernoux, P., *Sociologie du changement. Dans les entreprises et dans les organisations*. Paris, Seuil, 2010, 368 p.

Belorgey, N. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. La découverte, 2010, 336 p.

Bloch, M.-A., Hénaut, L., *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et medico-social*. Dunod, 2014, 304 p.

Hassenteufel, P., *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin, coll. U Sociologie, 2008, 294 p.

Hile, M., Hupe, P. *Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice*. SAGE Publications Ltd., 2002, 232 p.

Articles

Martin, C. « Prendre soin des personnes âgées dépendantes : Le défi européen et le modèle français ». *Swiss Journal of Sociology*, 32, 2006, 495-509.

Cordelier, B. « Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations », *Communication et organisation* [En ligne], 30, 2006.

Hémery, P. « L'Igas et l'IGF fournissent une feuille de route pour développer la médecine ambulatoire », *Hospimedia*, offre de soins, 30/06/2016

Moret, A. « Deux enquêtes livrent les attentes des personnes âgées en matière d'accompagnement de la dépendance », *Hospimedia*, offre de soins, 29/06/2016.

Rabeux, C. « L'ARS Bretagne prône le rééquilibrage de l'offre médecine et SSR pour la prise en charge des âgés », *Hospimedia*, offre de soins, 19/07/2016.

Rabeux, C. « La programmation des places personnes âgées suivra la croissance démographique jusque 2018 », *Hospimedia*, politique de santé, 22/07/2016.

Rabeux, C. « Les équipes mobiles de gériatrie relèvent des difficultés d'intégration dans le parcours de soins », *Hospimedia*, politique de santé, 01/07/2016.

Schweyer, F.-X. « L'hôpital sous pression », *Sociologie* [En ligne], Comptes rendus, 2012.

Manon TANGHE -

Tregogat, J.-J. « De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'Etat et de son administration territoriale », *Gérontologie et société*, n°126, 2008/3, p.45-63.

Mémoires EHESP

Etchetto, C. *La création d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye. Vers une prise en charge globale qualitative et cohérente de la personne âgée sur le territoire de la Haute Gironde*. EHESP, DESSMS, 2009.

Lebee, E., *La mise en place des filières gériatrique hospitalières de l'hôpital Charles Foix*. EHESP, DH, 2009.

Trieste, P. *De la filière intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le Centre Hospitalier de Gonesse*. EHESP, DESSMS, 2009.

Van De Velde, A. *Alternatives à l'hospitalisation d'urgence des personnes âgées : quelles solutions pour la Fédération inter-hospitalière gériatrique de l'agglomération rennaise ?*, EHESP, PPASP, 2015.

Sites internet

HAS

DREES

INSEE

Monalisa

Liste des annexes

Annexe 1 : Entretiens réalisés

Annexe 2 : Grille d'entretien pour les professionnels de l'établissement

Manon TANGHE -

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

Annexe 1 : Entretiens réalisés

Date	Nom	Fonction, service	Durée
13/07/2016	DUVAL Aurélie	Cadre Parcours et Ressources	21 :06
15/07/2016	CHALUMEAU Anne	Directrice des Soins	36 :16
08/08/2016	GARDIN Isabelle	Cadre de santé, SSR	53 :38
11/08/2016	CARAES Sylvie	Infirmière coordinatrice Parcours et Ressources	44 :49
19/08/2016	BORDRY Benoît	Directeur adjoint, PMS	20 :44
19/08/2016	BURLLOT-TUAL Sophie	Directrice	29 :18
24/08/2016	LOTTIEAU Frank	Médecin intérimaire, SSR	45 :56
24/08/2016	GOMES Margarita	Médecin, SSR	56 :22

Annexe 2 : Grille d'entretien pour les professionnels de l'établissement

NB : Ce document est une grille générale de questions adressées aux professionnels de l'établissement. Des questions ont été ajoutées ou supprimées pour chaque entretien, en fonction de la personne interrogée. La grille a été adaptée au rôle et à l'ancienneté de chacun dans la filière.

Contexte

Date :

Nom :

Fonction :

Durée de l'entretien :

Autorisation d'enregistrement

OUI NON

Questionnaire

Thème 1 : Rôle dans la filière

Quel est votre rôle dans la filière ?

Comment le percevez-vous ?

Depuis combien de temps participez-vous à la filière ?

Avez-vous le sentiment que cela a modifié votre manière de travailler ?

Quelles évolutions avez-vous constaté depuis sa mise en place ?

Thème 2 : Fonctionnement de la filière

Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la filière interne ?

Quel est, selon vous, le rôle de la filière interne ? (théorique et pratique)

Manon TANGHE -

Pensez-vous qu'elle remplit son rôle ?

Pouvez-vous identifier des dysfonctionnements de la filière dans sa forme actuelle ?

Lesquels ?

Quelle est la valeur ajoutée de l'organisation en filière...

...pour l'établissement ?

...pour les services ?

...pour les patients ?

Quels sont les obstacles à cette valeur ajoutée ?

Quelles solutions pour lever ces obstacles ?

Disposez-vous des outils nécessaires au bon fonctionnement de la filière interne ?

Sinon, que vous manque-t-il ?

Thème 3 : Pistes d'évolution

Y a-t-il des améliorations nécessaires au fonctionnement de la filière interne à l'établissement ?

Si oui, en quoi consistent-elles ?

Quels en seraient les bénéfices ?

Comment percevez-vous l'avenir de la filière interne à l'établissement ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

NOTE D'OBSERVATION

Cette partie vise à analyser le déroulé de la mission dans la structure d'accueil de stage. Dans un premier temps, nous décrivons l'évolution de la mission initiale de stage, en quoi cette mission s'inscrit dans une politique ou action de santé publique, ainsi que son intérêt et ses limites (1). Les apports du stage en termes de compétences acquises et de construction du projet professionnels seront approfondis (2). Enfin, l'analyse s'achèvera par une mise en perspective du travail au plan de la santé publique et au plan personnel (3).

1 Les missions de stage et leur évolution

1.1 Une mission initiale inscrite dans une politique de santé publique

Les activités confiées, telles que décrites dans la convention de stage, étaient définies ainsi:

- Mise en œuvre de la V2014 : processus parcours patient
- Conception de tableaux de bord suivi activité Pôle Médico-Social et mise à jour des tableaux existants
- Missions ponctuelles complémentaires

La mission de stage principale, évoquée lors de l'entretien de recrutement, était relative au parcours patient. Le parcours patient est un des objectifs de la certification V2014, que l'établissement prépare. Cette certification est prévue au courant de l'année 2017. Cette mission a logiquement été encadrée par la cadre parcours et ressources de l'établissement.

La HAS définit ainsi les parcours de santé : « Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels ».

Manon TANGHE -

L'amélioration du parcours du patient est un enjeu de santé publique et une priorité stratégique pour la HAS, qui l'a ainsi intégré à la certification des établissements. Dans le processus parcours patient, la HAS entend se centrer sur l'amélioration des parcours intra-hospitalier en articulation avec l'amont et l'aval de l'hospitalisation, et sur l'amélioration de l'articulation entre sanitaire et médico-social, en ciblant particulièrement les parcours des personnes vulnérables comme les personnes âgées.

Le travail sur le processus patient avait déjà été entamé à mon arrivée entre le cadre parcours et ressources et la qualitiennne chargée du processus par des temps de travail réguliers. J'ai ainsi pu assister dès la première semaine à un temps dédié au travail sur le processus parcours patient. Ces temps n'ont toutefois pas pu se perpétuer en raison de l'intervention de priorités plus urgentes dans l'agenda. Le départ en congés de la cadre parcours et ressources a mis un terme à ce travail, que je n'ai pu réinvestir en son absence.

Les missions qui m'ont été confiées intègrent néanmoins directement ou indirectement la thématique du parcours du patient, en cohérence avec la politique de l'établissement, plaçant le patient au cœur de la prise en soins.

1.2 Une évolution dans les missions : intérêt et limites

Les missions complémentaires se sont précisées et ont pris le relai sur la mission initiale qui n'a pu se concrétiser. De nombreuses missions m'ont été confiées, présentant l'intérêt majeur de me faire découvrir des aspects divers du fonctionnement d'un établissement sanitaire et médico-social, en lien avec ses différents services et professionnels. Ces missions concernaient :

- L'accueil de jeunes volontaires en service civique dans l'établissement
- Le remplacement ponctuel du cadre parcours et ressources
- L'archivage dans l'établissement
- Le projet d'établissement
- L'analyse du bilan social
- La réponse aux enquêtes médico-sociales

J'ai fait le choix de développer la première mission, la plus continue dans le temps. Elle a été entamée dès le premier jour du stage et s'est terminée le dernier.

Manon TANGHE -

L'accueil de jeunes volontaires en service civique dans l'établissement s'inscrit dans le dispositif national de lutte contre l'isolement des âgés (Monalisa). Ce dispositif expérimental, déployé dans trois régions pilotes dont la Bretagne, soutient les initiatives en matière de lutte contre l'isolement. Pour les structures accueillant des personnes âgées ou agissant auprès des personnes âgées, cela se traduit notamment par la possibilité de proposer à des jeunes des missions de service civique au sein de ces structures à des conditions avantageuses. Dans le cadre de ce dispositif, l'établissement a fait l'expérience depuis le mois de mars 2016 de l'accueil de jeunes volontaires en tant que pilote pour le groupe Ugecam. Les volontaires ont intégré l'établissement pour une mission de 6 à 7 mois.

La mission dans le cadre du déploiement de ce dispositif venait en suppléance du chargé de mission. Elle se déclinait en trois temps :

- La préparation de l'accueil

Il s'agissait avant l'arrivée des volontaires de participer au recrutement des derniers volontaires, d'élaborer les trames et les plannings, d'organiser la contractualisation (signature, pièces du dossier), et de communiquer sur l'arrivée des volontaires dans l'établissement.

- Le suivi

Le suivi administratif des volontaires consistait à l'organisation de rencontres régulières (avec les volontaires, les cadres de santé référents pour les volontaires, la direction), à la gestion courante du planning en lien avec les cadres, au lien avec l'organisme d'intermédiation du dispositif Monalisa, et à la gestion des comportements (rédaction de rapports circonstanciés, recueil de témoignage, entretiens de recadrage).

- L'organisation du renouvellement

L'organisation des modalités de renouvellement avait pour objet la redéfinition des missions en lien avec l'organisme d'intermédiation, puis l'organisation du recrutement en fonction des candidatures reçues.

Le déploiement de ce dispositif est particulièrement intéressant pour l'établissement, en ce qu'il permet d'offrir un accompagnement disponible et attentionné aux personnes accueillies. L'intégration dans les services des jeunes volontaires constituait un double défi qui a pu être relevé. D'une part, l'introduction d'une nouvelle « fonction » d'accompagnateur, assimilable à aucune fonction préexistante, au sein des équipes et

Manon TANGHE -

auprès des patients et résidents. D'autre part, l'intégration de jeunes peu ou pas expérimentés dans une organisation complexe, où ils sont confrontés à la vieillesse, à la maladie et à la dépendance.

Dans le cadre de cette mission, la formalisation d'un bilan à mi-parcours ainsi que la rédaction d'un rapport d'évaluation du dispositif ont permis d'encourager le déploiement de ce dispositif dans d'autres établissements du groupe Ugecam.

L'évaluation s'est déroulée mi-août, auprès des patients, des équipes et des volontaires. Quelques patients ont été interrogés individuellement sur l'accompagnement dont ils ont bénéficié, en prenant en compte la fréquence de leurs échanges avec les accompagnateurs volontaires, ce qu'ils avaient apprécié et ce qui ne leur avait pas plu. Des focus groupes ont été composés dans plusieurs services afin de recueillir la perception des équipes. Enfin, le suivi régulier des accompagnateurs, leurs bilans de fin de mission, et la dernière réunion les rassemblant tous leur ont permis de s'exprimer sur leur vécu de l'expérience de service civique. La conclusion de l'évaluation est manifestement positive, pour les patients/résidents, pour les équipes comme pour les volontaires.

Enfin, la participation de l'établissement au partage d'expérience organisé par la chargée de mission du dispositif Monalisa a permis de faire part des apports constatés ainsi que des difficultés rencontrées. L'évaluation ainsi réalisée du dispositif permettra probablement de l'adapter en vue d'un déploiement élargi à la France.

Les limites d'un tel dispositif se situent dans le recrutement des volontaires. Il s'agit essentiellement de jeunes (entre 16 et 25 ans), peu ou pas diplômés et avec peu ou pas d'expériences du monde professionnel antérieur. Cela implique de disposer de ressources capables d'assurer un management de proximité et un suivi régulier.

1.3 L'appréhension du sujet de mémoire

1.3.1 Le choix du sujet

Le fait que la rédaction du mémoire ne fasse pas partie de mes missions de stage m'a donné une grande liberté de choix dans le sujet. Mon souhait était d'opter pour un sujet en lien avec le parcours patient, afin de pouvoir enrichir le mémoire de l'expérience de

terrain et réciproquement, bénéficier d'un apport théorique dans mes missions. Après plusieurs échanges avec la cadre parcours et ressources, ainsi qu'avec le directeur de master, le sujet s'est précisé : la mise en œuvre de la filière interne. Il a été soumis à la directrice de l'établissement au cours d'un entretien, afin de s'assurer que la rédaction de ce mémoire avait un intérêt dans le cadre de l'établissement.

La particularité de l'établissement, d'offrir une prise en charge complète, sanitaire et médico-sociale de la personne âgée, est ce qui avait motivé le choix de cette structure pour effectuer mon stage. L'étude de la filière interne m'a permis de comprendre l'articulation entre les différents secteurs de prise en charge et d'en identifier un certain nombre de limites, ainsi que des pistes d'évolution pour dépasser ces limites vers une prise en charge optimale.

1.3.2 Les limites et difficultés du sujet

La limitation du sujet à la filière interne était nécessaire en raison de contingences techniques. Cela n'en attire pas moins la curiosité vis-à-vis de l'articulation avec les acteurs de la filière de territoire, et des différents partenaires. Le choix de ce sujet

L'une des difficultés rencontrées pour appréhender le sujet sur la durée du stage est relative à son évolution permanente. Comme l'analyse livrée le révèle, la filière interne progresse constamment. Or, d'après Philippe Bernoux, le « Le changement résiste à toute tentative de description... Ce que l'on peut décrire et analyser n'est finalement rien d'autre qu'un flux de transformations, jamais terminées, jamais vraiment spécifiques les unes par rapport aux autres » (Bernoux, 2014).

Ce flux de transformation était difficile à décrire, tellement les contours en ont évolué, dans un cadre temporel fini. De plus, le temps de l'analyse est un temps long, permettant d'observer le changement. Le parti-pris par rapport au sujet a donc été de l'analyser dans le « moment du passage » plutôt que de manière statique (Alter, 2006).

2 Apports du stage au projet professionnel

Le stage, dans les différentes missions, est venu compléter la formation théorique par l'application pratique des connaissances acquises (2.1). Celui-ci a également permis l'acquisition de nombreuses compétences (2.2), dans la confrontation avec les situations concrètes. L'expérience de stage m'a permis en outre de préciser mon projet professionnel (2.3).

Manon TANGHE -

2.1 Les apports à la formation

L'expérience d'un stage de six mois, réalisé dans un établissement, a permis de compléter l'apport théorique de la formation par une mise en pratique indispensable à la professionnalisation.

Les connaissances théoriques acquises durant la formation ont permis une meilleure compréhension de la structure d'accueil du stage. Celle-ci ont été développées à mesure de la découverte des différents services et secteurs de l'établissement.

Les apports méthodologiques de la formation ont pu être mis en pratique dans le cadre des missions de stage. La méthodologie de la gestion de projet a permis de structurer la réalisation des missions de stage. Une telle méthodologie a pu être appliquée, entre, dans la coordination de la réponse aux enquêtes médico-sociales de la DREES ont de l'ARS. La mobilisation de nombreux acteurs dans un délai contraint a nécessité, entre autre, la réalisation d'un diagramme de type GANTT et de s'assurer de l'obtention des réponses à temps. La méthodologie de la recherche documentaire, a permis d'identifier les sources pertinentes dans la constitution de la bibliographie du mémoire. Enfin, la méthodologie relative aux entretiens individuels ou de groupe a été mise en pratique non seulement dans le cadre du mémoire, pour les entretiens semi-directifs, mais aussi dans la conduite de l'évaluation du dispositif d'accueil des volontaires en services civiques, à travers les entretiens et les focus *group* organisés pour recueillir l'avis des personnes sur le dispositif.

2.2 Les compétences acquises

Les missions qui m'ont été confiées ont été intéressantes dans l'ensemble, et riches en enseignements. L'intérêt pour les missions est vecteur de motivation. De plus, dans sa politique d'accueil des stagiaires, le Pôle Gériatrique Rennais accorde une grande confiance aux stagiaires dans les missions confiées. Cette confiance est perçue comme une marque de considération, stimulante et responsabilisante. Dans ce contexte, l'expérience de stage a pu être optimisée en termes d'apprentissage.

L'intégration dans le service et la conduite de missions diverses m'a permis de développer des compétences en termes polyvalence, d'adaptabilité, d'organisation et

d'efficacité. L'urgence des missions, et l'urgence de certaines situations requiert réactivité et autonomie.

Outre les qualités nécessaires pour mener à bien les missions confiées, l'expérience de stage m'a permis d'acquérir des compétences dans des domaines nouveaux. Il s'agit notamment des ressources humaines et du management. D'une part, travers la réalisation d'une note de synthèse sur le bilan social de l'établissement, j'ai été confrontée aux indicateurs de ressources humaines permettant de décrire la situation de l'entreprise. La rédaction de cette note a fait l'objet d'échanges avec la responsable des ressources humaines qui a pu m'expliquer le calcul de certains de ces indicateurs. D'autre part le suivi des jeunes volontaires m'a sensibilisé à la gestion d'équipe, l'organisation de la communication, la gestion des comportements déviants.

2.3 Les apports au projet professionnel

La variété des missions en Direction m'ont permis de prendre la mesure du fonctionnement d'un établissement et m'ont conforté dans mon projet professionnel. Si les modalités de la mise en œuvre de ce projet restent à définir (formation, concours de la fonction publique hospitalière), une orientation vers les métiers de direction se concrétise.

3 Mise en perspective du travail sur le plan de la santé publique et sur le plan personnel

Dans un contexte où l'on se préoccupe de plus en plus de la prise en soin de la personne âgée, et de son accompagnement : l'absence de reconnaissance de la spécialité gériatrique. Le label « filière gériatrique » est jusqu'alors réservé aux établissements de santé siège d'un service support, conformément au programme pour la gériatrie³³.

Malgré une organisation en filière coordonnée et optimisée, l'imprévisibilité et la fragilité de l'état de santé du patient gériatrique demeure. Ces composantes ne sont pas prises en compte dans la tarification des établissements, et les objectifs en termes de DMS sont identiques à ceux des services de médecine traditionnelle. Cela a pour conséquence un

³³ JEANDEL, C., PFITZENMEYER, P., VIGOUROUX, P. « Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir », avril 2006, 54 p.

effet désincitatif à la prise en soins des personnes âgées, qui se retrouvent aux urgences, puis dispersées dans des services non-spécialistes.

Une adaptation au public accueilli est nécessaire, afin de faciliter les prises en charge des personnes âgées, par une adaptation du PMSI aux pathologies du sujet âgé et par la prise en compte dans la cotation de l'état physiologique du patient.

3.1 Sur le plan personnel

L'étude du sujet des filières gériatriques a une résonance particulière à travers l'expérience d'aidant dans le parcours d'un proche. Ce sujet m'a permis de comprendre les contraintes qui pèsent sur la prise en charge de la personne âgée, mais également d'en voir les opportunités, en terme d'accompagnement.

Bibliographie

BERNOUX, P., *Sociologie du changement. Dans les entreprises et dans les organisations*. Paris, Seuil, 2010, 368 p.

JEANDEL, C., PFITZENMEYER, P., VIGOUROUX, P. « Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir », avril 2006, 54 p.

Site internet :

HAS

Manon TANGHE -

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

TANGHE

Manon

22/09/2016

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Les conditions concrètes de la mise en œuvre de la filière gériatrique interne au pôle gériatrique rennais

Promotion 2015-2016

Résumé :

La politique de mise en place de filières gériatriques en France s'inscrit dans une volonté d'offrir une prise en charge cohérente et coordonnée aux personnes âgées dans des situations médico-psycho-sociales précaires. Le Pôle Gériatrique Rennais « Les Grands Chênes » à Chantepie est un établissement spécialisé en gériatrie, qui comprend tous les secteurs de prise en charge de la personne âgée, de la médecine aigue à l'EHPAD. La mise en œuvre d'un fonctionnement en filière gériatrique interne est constituée une opportunité pour l'établissement pour concilier prise en soins, dynamiques professionnels et logiques gestionnaire. La filière interne rencontre cependant des résistances et des limites dans sa mise en œuvre vers une véritable intégration des services de l'établissement. Ce travail s'attache à décrire cette mise en œuvre, ses limites et les perspectives dont dispose l'établissement pour les dépasser.

Mots clés :

Gériatrie ; filière de soins gériatriques ; filière ; neurogériatrie ; cardiogériatrie ; coordination.

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.