



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

**Le Centre Hospitalier de la Basse-
Terre face aux enjeux du
vieillessement de la population en
Guadeloupe**

Youri BANGOU

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans la confiance qui m'a été accordée par mon maître de stage de professionnalisation. Je tiens donc remercier Mme Marie-Lillian MALAVIOLLE, chef d'établissement du Centre Hospitalier de la Basse-Terre.

Mme Nicole BOHIC m'a accompagné dans l'élaboration et la méthodologie. Je l'en remercie.

Je remercie le responsable de la filière DESSMS, M.LEDEUN pour sa disponibilité et ses conseils avisés, ainsi que son équipe pour sa réactivité.

A titre personnel, je tiens à remercier ma famille pour son inestimable soutien.

Sommaire

Introduction	1
1. Un Centre Hospitalier MCO au centre d'un territoire dont la population est âgée	7
1.1. Malgré des efforts pour s'adapter au vieillissement de la population, l'offre sanitaire et médico-sociale accuse des lacunes.....	7
1.1.1. La Guadeloupe, troisième département le plus âgé de France dans moins de 10 ans.....	7
1.1.2. Les autorités responsables des politiques sanitaires et médicosociales, mobilisées bien que la coordination de l'action manque d'assise	10
1.1.3. Le Centre Hospitalier de la Basse-Terre, au carrefour de l'offre médicosociale et sanitaire.....	12
1.2. L'impact du vieillissement de la population sur le CHBT : Un sujet dont le directeur s'est saisi et qu'il doit appliquer en dépit des résistances	13
1.2.1. Lutter contre l'impact du vieillissement de la population au CHBT	13
1.2.2. Si le chef d'établissement peut créer des conditions favorables pour fluidifier le parcours... ..	15
1.2.3. ...Son action peut être freinée ou ralentie.....	17
2. D'une logique de métier à une logique de système, la conduite du changement à l'épreuve de la « bureaucratie hospitalière ».....	23
2.1. L'analyse stratégique adaptée à l'hôpital	23
2.1.1. Rappel méthodologique	23
2.1.2. Pertinence de la démarche appliquée au CHBT.....	25
2.1.3. Synthèse des entretiens et observations des acteurs impliqués : la cartographie des acteurs.....	31
2.2. La compréhension des résistances.....	31
2.2.1. Les ressources internes et externes sont travaillées par des jeux de pouvoir: les enjeux des acteurs, quelques cas en interne et en externe.....	32
2.2.2. Diagramme de synthèse	34
3. Propositions pour un management du parcours de la personne âgée au CHBT	41
3.1. Modélisation des relations par le « système d'action concret »	41
3.1.1. Schéma et typologie du système d'action concret.....	41
3.1.2. Synthèse de l'analyse.....	43
3.2. Actions transversales.....	47
3.2.1. Sur les professionnels et les pratiques.....	47
3.2.2. Sur les politiques et les dispositifs.....	50
3.3. Actions ciblées.....	51

3.3.1. A l'entrée.....	51
3.3.2. Pendant le séjour jusqu'à la sortie.....	53
3.3.3. Avec les partenaires extérieurs.....	55
Conclusion.....	59
Bibliographie.....	63
Liste des annexes.....	67

Liste des sigles utilisés

- ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- ANI : Accord National Interprofessionnel
- ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- APA U : Allocation Personnalisée d'Autonomie d'Urgence
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AS : Aide Soignante
- ASH : Agent de Service Hospitalier
- CAP Excellence : Communauté d'Agglomération du Centre de la Guadeloupe
- CAP : Cadre Administratif de Pôle
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CD : Conseil Départemental
- CDU : Commission des Usagers
- CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale
- CHBT : Centre Hospitalier de Basse-Terre
- CHCBE : Centre Hospitalier Capesterre Belle Eau
- CHGR : Centre Hospitalier Gériatrique du Raizet
- CHLDB : Centre Hospitalier Louis Daniel Beauperthuy
- CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIC : Centre d'Investigation Clinique
- CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
- CMS : Centre Médico Social

- CTE : Commission Technique d'Etablissement
- DAF : Directeur des Affaires Financières
- DG : Directeur Général
- DMI : Dispositif Médical Implantable
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- EDD : Espaces De Discussion
- EHPAD : Etablissement d'hébergement de Personnes Âgées Dépendantes
- EMG : Equipe Mobile de Gériatrie
- EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- EPP : Evaluations des Pratiques Professionnelles
- EPS : Etablissement Public de Santé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IEDOM : Institut d'Emission des Départements D'Outre-Mer
- INED : Institut National d'Etudes Démographiques
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MIG : Mission d'Intérêt Général
- OS : Organisations Syndicales
- PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PMP : Projet Médical Partagé
- PRE : Plan de Retour à l'Equilibre
- PUPH : Professeur des Universités Praticien Hospitalier
- QVT : Qualité de Vie au Travail

- SGGG : Société Gériatrique et Gérontologique de Guadeloupe
- T2A : Tarification A l'Activité
- UF : Unité Fonctionnelle
- SSIAD : Services de soins Infirmiers A Domicile
- SSR : Soins de Suite et Réadaptation
- URCV : Unité de Rééducation Cardio Vasculaire
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
- SWOT : Strength (Forces) Weakness (Faiblesses) Opportunities (opportunités)
Threats (Menaces)

Introduction

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. L'espérance de vie augmente, grâce notamment au progrès médical. La France ne fait pas exception. Au contraire, c'est l'un des pays où le phénomène est le plus remarquable. Selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)¹, au 1er janvier 2050, les chiffres représentant la part de population âgée seront en hausse : 1 habitant sur 3 serait âgé de 60 ans et plus ; contre 1 habitant sur 5 en 2005. La France est également réputée pour son système de santé. Ce système de santé est contraint de s'adapter au phénomène de vieillissement de la population : y faire face aujourd'hui et anticiper les besoins de demain. Au-delà des aspects strictement médicaux, les champs du transport, de l'économie, de l'urbanisme, de la sociologie, de la famille et bien d'autres encore sont concernés. Cependant, les besoins sanitaires des personnes âgées (60 ans et plus) et très âgées² (80 ans et plus) attirent particulièrement l'attention tant ils représentent un potentiel problème de santé publique. Se pose la question des services à même de répondre à ces besoins et de leur financement. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dans *L'état de santé de la population – Rapport 2017*- « Le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population qui, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de poly pathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du XXIe siècle ».

Afin d'adapter le système de santé à ces nouvelles données, le législateur³ n'a de cesse de réorganiser l'existant et de proposer de nouveaux dispositifs. La notion de parcours s'est imposée dans ce contexte. La loi de modernisation de notre système de santé a de nouveau consacré cette idée. Le parcours s'entend aujourd'hui comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ce qui nécessite de réunir prévention, soins, suivi médico-social voire social. Mais les différents champs

¹ Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Isabelle Robert-Bobée,

² Comme les progrès médicaux et les perceptions sociales progressent, la définition de la personne âgée et très âgée est évolutive. En France les personnes âgées sont définies par l'INSEE comme les 60 ans et plus. Par ailleurs, le National Institute on Aging distingue les « old », les « old-old » et les « oldest-old ». selon les auteurs et les institutions les frontières de ces catégories varient.

³ Les plus récentes étant la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et la LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

d'intervention sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont traditionnellement cloisonnés. Certes, les dispositifs de coopération mis en place depuis 1996 jusqu'aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) aujourd'hui tendent à atténuer ce cloisonnement. Il n'en demeure pas moins que l'idée de parcours se fait pressante. Entre les professionnels de santé hospitaliers, au sein des GHT cela se traduit par la notion de filière. Notion introduite par les ordonnances Juppé en 1996, la filière de soins se définit comme les différentes modalités de recours aux soins et les trajectoires suivies par les patients. En outre, les circulaires du 18 mars 2002, le plan de solidarité grand âge 2007-2012 puis la circulaire du 28 mars 2007 ont défini la notion de filière gériatrique. Les personnes âgées bénéficient d'un continuum de prises en charge entre la ville et l'hôpital à mesure de la gradation de soins requis. Les médecins de ville (traitant ou spécialistes) sont le premier recours, l'hôpital de proximité le deuxième recours et le CHU le troisième recours.

Ces constats nationaux se vérifient également en Guadeloupe. Ils s'y manifestent avec leurs singularités. Singularité du public, avec un vieillissement accéléré, des maladies chroniques en proportion plus élevées que la moyenne nationale, une forte précarité, des familles déstructurées (en dépit d'une tradition de solidarité). Et singularité de la réponse au besoin, avec des politiques publiques inégalement abouties et une offre de soins impactée par les contraintes territoriales et médico économiques. En 2025 la Guadeloupe sera le 3ème plus vieux département de France. Selon une étude de l'INSEE parue en janvier 2017⁴, Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent actuellement plus de 28 % de la population totale guadeloupéenne (contre 15% en 2013). Alors qu'en 2013, la Guadeloupe comptait 54 seniors pour 100 jeunes, en 2030, cette proportion serait de 134 seniors pour 100 jeunes. En plus de l'amélioration de l'espérance de vie, ce vieillissement de la population est la conséquence de la baisse du nombre de jeunes. Ceux-ci émigrent pour des raisons économiques. Le chômage en Guadeloupe est de 23.7%⁵. La Guadeloupe est particulièrement touchée par les phénomènes de précarité. Les indicateurs relatifs aux minima sociaux sont plus élevés que ceux observés dans l'hexagone.

Notre terrain d'observation est le Centre Hospitalier de la Basse-Terre (CHBT). Aujourd'hui, les hospitalisations d'urgence des personnes âgées au CHBT, se multiplient. Prenons pour l'illustrer la situation de crise survenue le 30 janvier 2017. Suite à un afflux de patients, le service des urgences a été saturé. Cette situation a été exclusivement provoquée par des personnes âgées. La plus jeune ayant 78 ans, la plus âgée 94 ans. Il

⁴ INSEE Analyses Antilles Guyane, janvier 2017, Croissance démographique vers une inversion de tendance.

⁵ En 2014 selon l'INSEE

ne s'agissait pas d'une épidémie mais de plusieurs causes non liées entre elles. Cet afflux aux urgences se répercute sur les services de médecine. De façon globale, l'accueil et le parcours de ces personnes au sein de l'établissement n'est pas satisfaisant car les motifs d'arrivée à l'hôpital et la durée d'hospitalisation apparaissent souvent injustifiés. Ce qui est préjudiciable pour la qualité de la prise en charge des personnes. Par surcroît, la durée de séjour excessive et injustifiée d'une personne hospitalisée a également un impact sur l'équilibre financier de l'Etablissement dans un contexte de tarification à l'activité.

Ce constat interpelle la directrice. L'impact du vieillissement sur le CHBT et la recherche de solutions, montrent que les frontières entre les secteurs hospitalier et médico-social sont parfois inopérantes. Pour répondre au besoin des personnes une fois rétablies, l'approche médico-sociale est la plus adaptée. Mais il ne faut pas nier le passage par les hôpitaux. Ces établissements Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) doivent pour leur part bien connaître et comprendre les exigences de ce public. Les considérer pour une prise en charge adaptée. Dans ce schéma, il va de soi qu'une connaissance mutuelle des institutions médico-sociales, des professionnels de ville, et des hôpitaux est nécessaire. Pourtant, nous le verrons, cette connaissance mutuelle requiert une démarche positive, pro active pour se concrétiser.

Le directeur d'établissement confronté au vieillissement de la population doit concevoir une stratégie à double entrée. D'une part, il doit positionner l'établissement parmi le foisonnement de partenaires extérieurs qui participent au parcours de la personne âgée. D'autre part, il doit adapter l'organisation interne de l'établissement pour atteindre les objectifs de qualité et d'efficience. Dans les deux cas, le directeur de l'établissement sera confronté à des résistances et des jeux d'acteur. Les partenaires externes de l'hôpital sont le Conseil Départemental, l'Agence Régionale de la Santé (ARS), l'Assurance maladie, la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), la Communauté d'agglomération, les associations d'usagers, les services de soins à domicile, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Ils sont nombreux et ont des enjeux différents. Les collaborations sont plus ou moins développées et efficaces en fonction de la confrontation de ces enjeux. Par ailleurs, à l'intérieur de l'établissement, l'articulation et le pilotage des ressources internes est complexe : beaucoup de métiers se côtoient. Chacun est expert dans son domaine ! En sociologie des organisations, l'on peut se

référer au modèle de Mintzberg et parler de bureaucratie professionnelle⁶. Nous reviendrons plus en détail sur cette typologie, importante pour analyser les marges de manœuvre managériales du directeur d'établissement. Enfin, il faut considérer la communication entre les acteurs internes et externes. Elle est déterminante pour la fluidité du parcours. Ainsi, en externe comme en interne, le directeur est exposé à des jeux d'acteur. Ces acteurs, bien qu'ayant pour objectif commun la réponse aux besoins de la personne âgée, peuvent échouer dans la mise en œuvre coordonnée de cette réponse tant leurs enjeux diffèrent.

Le directeur d'établissement sanitaire social et médico-social (D3S) doit comprendre les problématiques de l'utilisateur, et les problématiques institutionnelles relatives à l'accompagnement de la personne âgée. Comprendre la problématique de l'utilisateur revient à maîtriser les contraintes et opportunités de son environnement institutionnel et social. Comprendre la problématique institutionnelle permet la compréhension des résistances et la découverte de voies d'action possibles. Notre travail a pour ambition de faire ressortir, à partir d'une analyse, des propositions concrètes. Notre mémoire apportera un éclairage sur la fonction de directeur dans sa dimension de manager et de stratège.

Sur notre terrain d'étude, le problème à résoudre consiste à fluidifier le parcours de la personne âgée. La problématique étant la suivante : si les solutions techniques et juridiques sont connues, il faut plus qu'une simple boîte à outil pour que le directeur de l'établissement obtienne des réponses opérantes à son problème. Pour fluidifier le parcours de la personne âgée au sein de l'établissement, il faut comprendre les résistances à l'action, les analyser pour obtenir des moyens de les surmonter. Des entretiens, de l'observation et une analyse de la situation, nous permettront de vérifier le constat, de rechercher les causes du problème et de faire des préconisations.

Sur le plan méthodologique, nous aurons recours à la sociologie. En effet, le problème que nous avons ciblé concerne une des questions fondamentales de la sociologie politique : comment les acteurs impliqués agissent-ils ? *L'Analyse stratégique* permet d'y répondre. Cette méthode également connue sous le terme sociologie des organisations, permet d'étudier les relations de pouvoir entre des acteurs concernés par un même sujet. Cette méthode a pour avantage d'être tournée vers l'action. Nous étudierons avec des

⁶ Thèse, L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital, chapitre 2, L'hôpital comme terrain d'étude, l'analyse stratégique des organisations comme modèle d'analyse, Robert Holcman, 2008

concepts sociologiques une situation réelle pour en tirer des enseignements pour des préconisations opérationnelles et circonstanciées.

La réalisation de ce travail d'étude tourné vers l'opérationnel a fait appel à plusieurs méthodes d'investigation. L'entretien semi-directif a été souvent utilisé. A la fois pour des acteurs externes et des acteurs internes. Dans les premiers temps de l'investigation des entretiens exploratoires ont été nécessaires. De plus, notre positionnement de stagiaire a permis la réalisation d'entretiens de groupe. Lors de ce stage, nous avons contribué à l'amélioration du parcours de la personne âgée à travers plusieurs sous objectifs : réaliser un projet de service social, accompagner la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie (EMG), travailler sur le parcours patient dans le cadre de la certification. Ce positionnement au cœur du sujet nous a donné l'opportunité de réaliser une observation participante⁷. Il s'agit de découvrir par l'observation la réalité des rapports sociaux et des pratiques. Lors de notre stage, nous avons pratiqué une observation participante semi-ouverte (ou semi-clandestine) dans la mesure où les acteurs sont informés de notre mission mais non de notre étude. Enfin, notre travail se fonde également sur un recueil documentaire. L'exploration des publications et travaux locaux renseigne sur d'éventuelles spécificités par rapport à l'ensemble national.

Le résultat de notre étude se décline en trois parties. La première partie présente la situation globale en Guadeloupe et comment le CHBT s'y situe. La deuxième partie se concentre sur le CHBT. Notre hypothèse étant que des outils existent mais qu'ils sont difficiles à mettre en œuvre, l'analyse stratégique permettra de comprendre et d'expliquer l'engorgement des services. L'approche se fera par les acteurs (internes et externes). Dans une troisième partie, à partir de l'analyse, nous développerons les différentes actions opérationnelles en cours ou potentielles pour fluidifier le parcours de la personne âgée au CHBT.

⁷ C'est une démarche inductive introduite par Pratt (1983). Elle donne accès au chercheur sociologue immergé activement dans son terrain, le chercheur sociologue a accès à des informations peu accessibles autrement

1. Un Centre Hospitalier MCO⁸ au centre d'un territoire dont la population est âgée

Le vieillissement de la population en Guadeloupe est alarmant tant il est rapide et important. Ce phénomène est bien identifié par les pouvoirs publics, cependant, l'absence ou la faiblesse de certains dispositifs provoquent des ruptures dans le parcours de la personne âgée (1.1). Dans ce contexte l'hôpital reste un repère pour les usagers et les professionnels. C'est le cas du CHBT, impacté lui aussi par la situation. L'organisation de la réponse viendra du directeur (1.2).

1.1. Malgré des efforts pour s'adapter au vieillissement de la population, l'offre sanitaire et médico-sociale accuse des lacunes

1.1.1. La Guadeloupe, troisième département le plus âgé de France dans moins de 10 ans

Les caractéristiques du vieillissement en Guadeloupe méritent de s'y attarder (1.1.1.1). La mobilisation des acteurs sanitaires et médico-sociaux est indéniable mais souffre de manques cruciaux (1.1.1.2). Cependant, des filières personnes âgées sont en cours de finalisation sur les territoires Centre et Sud Basse-Terre (1.1.1.3).

1.1.1.1. Les raisons d'un vieillissement accéléré

La Guadeloupe a achevé sa transition épidémiologique⁹. L'espérance de vie est élevée (76.1 pour les hommes, 83.4 pour les femmes). Les causes de mortalité les plus fréquentes sont des maladies chroniques.

Malgré un taux de fécondité de 2.2%¹⁰, la population de la Guadeloupe diminue tous les ans. Le solde migratoire est régulièrement négatif (-1793 en 2013). Il y a plus de départs que d'arrivées et ce déséquilibre n'est pas compensé par l'accroissement naturel qui demeure modéré.

Les départs concernent principalement les jeunes. Un taux de chômage élevé (23.7%), en particulier chez les jeunes provoque une émigration économique vers l'hexagone¹¹ et

⁸ Médecine Chirurgie Obstétrique

⁹ Définition transition épidémiologique de l'INED : Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.

¹⁰ Les indicateurs démographiques et économiques sont tirés du rapport annuel de l'IEDOM paru en 2016

¹¹ Dans ce travail, nous privilégierons l'expression « hexagone » plutôt que « métropole ». Même si ce dernier terme est couramment employé, il a pour origine un contexte colonial qui n'a plus lieu d'être.

l'étranger. Les jeunes partent massivement après l'obtention du baccalauréat, pour poursuivre des études supérieures que l'offre sur place ne permet pas de satisfaire¹², ou pour trouver un emploi stable. Par ailleurs, les arrivées viennent pour l'essentiel de l'hexagone et de la Caraïbe (immigration Dominiquaise, dominicaine et haïtienne). Ces arrivées sont pour partie le fait de retraités (d'origine antillaise ou non), ce qui augmente la moyenne d'âge de la population guadeloupéenne.

Ce constat de vieillissement accéléré s'inscrit dans un environnement qui se distingue de l'ensemble national, tant sur le plan géographique que sur le plan économique et social.

1.1.1.2. Le profil de la personne âgée en Guadeloupe

1.1.1.2.1. Précarité et maladies chroniques

L'ensemble des acteurs interrogés pour notre étude est unanime. La précarité est la caractéristique observée la plus spécifique et la plus problématique. On peut ajouter à cette difficulté un isolement renforcé par le caractère insulaire et outre-mer guadeloupéen et des maladies chroniques très largement répandues.

L'environnement économique et social

L'environnement familial

Jusqu'à une époque récente dont on ne saurait affirmer qu'elle soit complètement révolue, la famille guadeloupéenne était réputée solidaire. En son sein, la personne âgée y était respectée et considérée, quand ce n'était pas le pilier de la structure familiale. Les femmes étant comme ailleurs implicitement dévolues à l'accompagnement du parent vieillissant voire dépendant, les enfants accueillant leur parent âgé à domicile. Mais ce schéma ne résiste pas à la modernité qui consacre l'individualisme et qui voit les femmes rattraper les hommes en matière d'employabilité. Se rajoute à cela pour la Guadeloupe la déstructuration des familles liée à l'exil économique. Cette migration de jeunes de la Guadeloupe vers l'hexagone a été massive durant les années 1970 avec le Bureau pour la Migration des Départements d'Outre Mer (BuMiDOM). Ce sont les parents de ces jeunes qui sont les personnes très âgées guadeloupéennes d'aujourd'hui. Avec des enfants à près de 7200 kms, qui ne sont parfois pas revenus depuis des années, avec le décalage horaire, ces personnes âgées se retrouvent de fait isolées sur le plan familial.

D'autre part, nos entretiens nous ont permis d'identifier un rapport genré à la personne âgée dépendante. Les pères peu présents dans la vie de leurs enfants sont peu considérés par ces derniers en fin de vie.

¹²La faculté de médecine des Antilles et de la Guyane, par exemple, ne propose en Guadeloupe que les premier et troisième cycle.

Difficultés de transport

La faiblesse des transports publics en Guadeloupe rend tout déplacement difficile. Par exemple, il n'existe que très peu de rotations journalières du seul autobus menant au CHBT. Or l'hôpital se situe à l'extérieur du centre ville sur une côte de 10% de dénivelé. Il n'existe pas de métro, de tramway, de réseau de transport en autobus public généralisé.

Vie chère

La situation insulaire, l'orientation hexagonale de l'import/export, la sur rémunération des fonctionnaires (40%) et l'Octroi de mer provoquent une inflation structurelle. Or la majorité des personnes âgées guadeloupéennes a de faibles revenus. En 2014, la richesse par habitant à la Guadeloupe s'élève à 20 101 euros (en euros courants), inférieure de 37,5 % à celui de la France entière¹³.

Les maladies chroniques

En plus de maladies cardiovasculaires très répandues telles que le diabète et l'hypertension, les personnes âgées guadeloupéennes souffrent d'atteintes mentales avec un profil particulier. C'est ce qu'a permis d'identifier une étude¹⁴ rétrospective, longitudinale, mono centrique menée à partir de l'activité de la consultation mémoire gériatrique du CHU de 2006 à 2010:

“La part majeure des démences mixtes et/ou vasculaire dans notre population reflète l'importance des pathologies cardiovasculaires et du diabète dans notre région, ce qui suggère la nécessité d'investir auprès du grand public dans des politiques de prévention en santé publique”.

Nous le voyons, la réponse aux besoins de cette population fait appel à divers champs des politiques publiques. Cependant, pour cette étude, notre positionnement d'élève directeur justifie que nous nous concentrons sur le champ sanitaire et médico-social.

¹³ IEDOM, 2016, Guadeloupe Rapport annuel 2015, Pointe-à-Pitre.

¹⁴ L. Rinaldo ; S. Belson ; T. Basileu Zozio ; B. Tressières ; A. Lannuzel. Equipe Mobile Gériatrie, Service de Neurologie. CHU Guadeloupe, 2016, Consultation Mémoire Gériatrique au CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes : Quelles particularités locales pour les démences des patients adressés en consultation mémoire gériatrique en Guadeloupe, Centre d'Investigation Clinique (CIC) Antilles Guyane, Pointe-à-Pitre.

1.1.2. Les autorités responsables des politiques sanitaires et médicosociales, mobilisées bien que la coordination de l'action manque d'assise

Les dispositifs mis en œuvre témoignent de la prise de conscience du vieillissement en Guadeloupe (1.1.2.1), mais les déséquilibres budgétaires et les difficultés de coordination freinent l'émergence d'un maillage efficace du territoire et d'une réponse adaptée (1.1.2.2). La notion de parcours se traduit sur le plan de la prise en charge médicale par la construction de filières gériatriques (1.1.2.3).

1.1.2.1. Points forts

La réponse au vieillissement de la population compte en Guadeloupe plusieurs points positifs :

La conférence des financeurs :

Conformément aux dispositions de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, la conférence des financeurs a bien été instaurée. Elle permet doré et déjà une bonne entente des financeurs de la perte d'autonomie en Guadeloupe.

Le schéma départemental de l'autonomie :

Produit pour la période 2016-2020 ce schéma très complet et précis voit déjà ses premières préconisations mises en œuvre. A travers par exemple la publication d'une étude approfondie des modes de vie des personnes âgées commandée à l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG).

Des EHPAD et des HAD en nombre :

Les précédents textes structurant de l'offre que sont le schéma départemental de l'autonomie et le Projet Régional de Santé Publique (PRSP) ont doté la Guadeloupe de nombreuses places d'EHPAD (plutôt privés) et d'HAD (plutôt publics). Selon l'entretien que nous avons mené avec une responsable du Conseil départemental, sur le plan quantitatif cette offre est jugée suffisante et d'autres créations ne sont pas envisagées dans le moyen et le long terme.

Les MAIA :

L'appel à projet lancé par l'ARS en 2015 a permis le lancement de deux MAIA en Guadeloupe dont les premiers résultats apparaissent concluants.

- Société de gérontologie et de gériatrie de la Guadeloupe :

Cette association permet de rassembler les compétences publiques et privées. Elle se positionne sur le plan de la formation continue mais aussi sur celui de la publication d'études. Elle améliore notamment la connaissance du public.

- Les EMG :

Il y en a désormais deux en Guadeloupe, une par hôpital MCO. Elles tendent vers une collaboration et le déploiement du champ de leur activité.

1.1.2.2. Points faibles

- Absence de Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et de Réseau gérontologique :

Ces dispositifs servent généralement de coordination des efforts en matière d'accompagnement des personnes âgées. Si elles ont bien été lancées en Guadeloupe il y a une dizaine d'année, elles n'ont pas eu le rayonnement escompté.

- La démographie médicale

La démographie médicale de la Guadeloupe est de 321 pour 100 000 habitants en 2016, alors que la moyenne nationale est de 421.4 pour 100 000 habitants¹⁵. Toutes les spécialités sont touchées. Facteur aggravant, l'absence de court séjour gériatrique a empêché jusqu'ici la formation sur place de médecins spécialisés en la matière.

- Etablissements publics en cours de restructuration

Les coopérations inter établissements publics sont rendues complexes par la situation précaire des établissements, qui sur le plan budgétaire affichent un déficit cumulé de plusieurs millions. Les plus importants d'entre eux ayant à réaliser un plan de retour à l'équilibre (PRE). De plus, les établissements doivent pour la plupart revoir leurs infrastructures. Les hôpitaux de Capesterre Belle-Eau, de Beaufort, du Raizet sont en passe d'achever leurs reconstructions. La reconstruction du CHU et la mise aux normes du CHBT sont en cours.

¹⁵ Source INSEE

1.1.3. Le Centre Hospitalier de la Basse-Terre, au carrefour de l'offre médicosociale et sanitaire

La situation de la Guadeloupe illustre bien les effets des déséquilibres de l'offre sanitaire et médico-sociale sur un territoire. Pour en faire un bref panorama :

Il y a d'abord le CHU au centre de l'archipel, avec à proximité deux petits CH publics dont un Centre hospitalier gériatrique. De nombreux EHPAD privés et deux cliniques viennent compléter l'offre du territoire centre.

Ensuite, sur le Sud Basse-Terre, nous avons notre terrain d'étude, le CHBT, un CH MCO de taille très modeste, qui est entouré de trois petits hôpitaux publics avec une forte orientation médicosociale et un hôpital psychiatrique. A cela se rajoute des EHPAD privés et une clinique.

En synthèse, l'on peut dire qu'il y a beaucoup d'EHPAD privés, que la plupart des hôpitaux sont de petites tailles et à orientation médicosociale, et qu'à part le CHU, l'établissement MCO de recours est le CHBT.

Ce paysage est singulier par rapport à une région ou un département type de l'hexagone où la gradation des soins est d'autant plus rationnelle que l'on retrouve dans le public, un CHU, des CH de taille importante, puis des CH de proximité et des EHPAD.

Le Centre Hospitalier de la Basse-Terre présente ainsi des singularités. Sa taille, modeste masque son importance dans l'offre de soins en Guadeloupe. Distant d'1h20 du CHU de Point-à-Pitre, c'est le seul CH MCO pour la moitié du territoire guadeloupéen. Mais comme nous l'avons décrit en Introduction, on y constate le vieillissement du public accueilli. Il est vrai que la densité des personnes âgées est particulièrement importante dans ce bassin de vie.

Pourtant, la politique territoriale tend principalement à orienter les moyens disponibles vers le centre.

Une filière gériatrique en cours de constitution

Le projet d'établissement du CHBT exprime le souhait de l'instauration d'une filière gériatrique. Dans le cadre du GHT Sud Basse-Terre, le projet médical partagé (PMP) prévoit une filière personne âgée. Néanmoins c'est bien le CHU qui détient l'autorisation de court séjour gériatrique, pierre angulaire de la filière gériatrique. Ce court séjour gériatrique du CHU verra le jour en cette fin d'année 2017, porté par le recrutement d'un PU-PH en gériatrie. En préparation depuis de nombreuses années, ce court séjour permettra de combler une lacune évidente dans le parcours de la personne âgée en Guadeloupe. Et il viendra consacrer l'ancrage sur le territoire centre de la filière. Car le

lien sera fait avec le Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet (CHGR) situé à proximité du CHU pour compléter la filière. Par surcroît, le dispositif Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) sera également déployé sur le territoire centre. Nous y reviendrons.

La considération pour la personne âgée en Guadeloupe, dans un contexte de moyens insuffisants de l'ensemble des acteurs, amène l'hôpital à conserver un rôle important dans le parcours. Pourtant, l'offre publique hospitalière connaît elle aussi des difficultés financières et organisationnelles. Quel que soit le niveau de l'offre de soin atteint, l'hôpital y tient un rôle majeur. La préoccupation du vieillissement se constate également au sein des établissements de santé. La patientèle vieillit et la recherche de solutions se fait pressente.

Face à la progression d'une population âgée en grande partie isolée et précaire, le système de santé et les dispositifs médicosociaux guadeloupéens apparaissent distancés. Dans ce panorama, le CHBT se positionne comme un établissement MCO à ce point stratégique sur son territoire qu'en dépit de sa mission sanitaire, il doit se saisir de la problématique du vieillissement.

1.2. L'impact du vieillissement de la population sur le CHBT : Un sujet dont le directeur s'est saisi et qu'il doit appliquer en dépit des résistances

Malgré les problèmes posés par le vieillissement de la population hospitalière (1.3.1), la prise en compte du phénomène au CHBT est progressive. Le positionnement du chef d'établissement est mis en exergue par cette problématique. Nous verrons que s'il est bien placé pour mesurer l'impact du phénomène sur l'établissement (1.3.2), sa capacité à répondre efficacement au problème dépend pour beaucoup des acteurs concernés (1.3.3).

1.2.1. Lutter contre l'impact du vieillissement de la population au CHBT

1.2.1.1. Un impact sur l'ensemble de la chaîne de soins et des recommandations de La HAS pour y remédier

Cet impact est reconnu et documenté¹⁶. Les « Bed blocker » sont des patients qui « bloquent » un lit. Leur séjour étant prolongé pour des motifs non médicaux.

¹⁶ <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>

Il ne s'agit donc pas d'opposer le sanitaire et le médicosocial. Il n'en demeure pas moins que les services hospitaliers de médecine sont inadaptés à l'accompagnement de la personne âgée. Cependant, ils sont très sollicités. Cette situation entraîne des difficultés pour les établissements puisqu'ils ne répondent pas aux besoins des personnes et ne sont pas a priori organisés pour gérer ces situations de façon massive. Or l'ensemble de la chaîne de soins est concernée. Les personnes âgées affluent aux urgences ; une fois prise en charge, elles peuvent engorger des services de court séjour ; qui effectueront des sorties d'une qualité bien souvent inférieure aux références en la matière¹⁷.

La question de la performance est omniprésente à l'hôpital. L'organisation sanitaire consacre le modèle des processus internes sans heurts, sans tensions excessives. Chacun excellent dans son domaine et chaque patient étant au bon endroit au bon moment. Mais la réflexion en tuyaux d'orgue n'est plus possible, en particulier dans un hôpital sans court séjour gériatrique et jusqu'à il y a quelques mois sans EMG.

Garant de la performance globale, le chef d'établissement apparaît avoir une position privilégiée pour saisir les enjeux transversaux.

1.2.1.2. Prise de conscience et identification de l'enjeu au CHBT

Le rôle du chef d'établissement

Le directeur d'établissement est le responsable de l'activité et de son organisation. Il n'est pas le producteur de l'activité mais il a le pouvoir de décider quel type d'activité est viable ou non : il décide des moyens alloués, il oriente les organisations. Il est responsable de la qualité de la prise en charge des patients : c'est lui qui prononce leur admission et leur sortie. Le directeur de l'établissement se doit pour atteindre ses objectifs et assumer ses responsabilités d'avoir une vision globale de la vie de son établissement. Le directeur est tenu de produire annuellement des documents de synthèse sur la vie de l'établissement tels que le projet d'établissement et le rapport d'activité. Il analyse les informations qui lui sont fournies sur l'activité de l'établissement. Ce qui lui permet de s'assurer du maintien d'un niveau de sécurité et de qualité requis et dont il est le garant.

Or, au CHBT, les dysfonctionnements du parcours de la personne âgée ont un coût qualitatif et quantitatif élevé. Ces dysfonctionnements ne peuvent être ignorés par le chef d'établissement.

Ainsi, la directrice du CHBT, alertée par :

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patiente-au-profil-particulier>

¹⁷ Nous évoquerons cette situation ultérieurement. Avec par exemple les Evaluations des pratiques Professionnelles (EPP) pour éviter les ré-hospitalisations.

- les moyennes d'âges des patients,
- la progression de la durée moyenne de séjour pondérée (DMS) dans certains secteurs,
- l'augmentation de certains consommables,

Considère aujourd'hui le vieillissement de la population comme un sujet qui impacte directement l'établissement qu'elle dirige.

Le traitement du vieillissement du public reçu peut être une opportunité

Toute la chaîne de soins est impactée, c'est un sujet transversal. Mais le fonctionnement hospitalier en tuyaux d'orgue ne permet pas une appropriation de ce sujet par d'autres détenteurs de pouvoir dans l'établissement tels que le sont la Communauté Médicale d'Etablissement (CME) ou le Comité Technique d'Etablissement (CTE). Au CHBT, c'est la directrice de l'établissement qui semble le mieux avoir pris conscience des enjeux immédiats du sujet. Mais ce n'est pas un hasard, tant il est vrai que, le vieillissement de la population est un facteur externe de baisse de la performance générale. Performance générale dont le directeur est précisément le garant.

Trouver des solutions à ce problème transversal devient alors une opportunité pour la directrice d'améliorer la performance générale de l'établissement.

1.2.2. Si le chef d'établissement peut créer des conditions favorables pour fluidifier le parcours...

1.2.2.1.1. Revoir les organisations sans modifier pour autant le projet d'établissement : La notion de parcours repose sur la notion de coordination

Pour faire face au vieillissement, la direction n'envisage pas de modifier le projet de l'établissement, en créant ou supprimant des activités. Il faut néanmoins créer les conditions pour que les personnes âgées réellement concernées par l'offre de l'hôpital y soient accueillies, que cet accueil soit de qualité, et une fois accueillies, que le parcours de ces personnes soit favorisé par un cheminement fluide de l'entrée à la sortie.

Il s'agit pour l'essentiel de problèmes de coordination. A partir de l'entrée des personnes âgées dans l'établissement, les difficultés surviennent en effet dans les transferts d'un service à l'autre, et dans les transmissions d'un corps de professionnel à un autre. A la sortie de l'établissement, les difficultés surviennent dans les orientations du CHBT vers un autre établissement et également vers les professionnels de ville.

Puisqu'il s'agit de problèmes qui relèvent de l'organisationnel et de la communication, l'action du chef d'établissement est légitime.

1.2.2.1.2. Une boîte à outils à plusieurs entrées

La directrice du CHBT dispose au moment où nous faisons notre étude d'une boîte à outils à plusieurs entrées. Nous avons pu observer l'introduction de la problématique du vieillissement dans trois thématiques : celle de la qualité, celle de la prise en charge médicale et soignante et enfin celle de l'accompagnement social.

Qualité et parcours de la personne âgée

La qualité du parcours est un des aspects de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS), recherchée en 2017 à travers la finalisation du compte qualité de la V2014.

Le manuel de certification de la HAS confirme notre approche. Il indique (critère 19a), d'une part que les personnes âgées sont à l'hôpital une population spécifique car particulièrement vulnérable. Et d'autre part que la prise en charge de cette population relève du « management des établissements de santé ». **Des « organisations » doivent être mises en place pour répondre à ces besoins spécifiques.** Le management des organisations et l'orientation de ses organisations repose bien en grande partie sur le directeur.

Le CHBT recevra la visite d'experts visiteurs de la HAS pour sa certification en novembre 2017. Une cellule de coordination a été mise en place pour s'y préparer. Le groupe parcours patient inclus le parcours du patient âgé, dont l'analyse doit conduire à des améliorations de sa qualité.

L'amélioration de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital

L'établissement a obtenu le financement d'une Mission d'intérêt général (MIG) pour une Equipe mobile de gériatrie (EMG). L'équipe a été lancée au CHBT en septembre 2016, peu de temps avant le début du stage de professionnalisation. Une des missions du stage consistait en l'intégration de l'EMG.

L'équipe médicale et soignante permet de prodiguer des conseils aux services concernés par l'afflux de personnes âgées. L'EMG comprend également un volant social qui renforce cet aspect de l'accompagnement. En fonction des besoins et des moyens, les EMG développent tantôt les avis aux urgences, tantôt les consultations, tantôt les avis sur demande dans les services. Au CHBT, l'EMG est présente tous les matins dans le service des urgences et elle répond également aux demandes ponctuelles des services. Elle a également une fonction de formation et de sensibilisation.

Par ailleurs, après quelques mois d'exercice, l'EMG fait le constat suivant : il manque de liens entre les médecins traitants et les services de l'hôpital. Les acteurs ambulatoires sont en demande d'orientation et de conseils. En conséquence, l'EMG va développer une activité de conseil et d'orientation à destination des personnes âgées, et de leur

entourage familial et professionnel. Cela se traduit par une ligne téléphonique, une adresse mail et une communication sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

L'enjeu de l'accompagnement social de la personne âgée hospitalisée

Nous avons identifié la notion de coordination entre établissements comme l'un des facteurs de la fluidité du parcours de la personne âgée. Cette coordination, rendue nécessaire lors du transfert des patients âgés du CHBT à un autre établissement, repose pour partie sur l'action des assistantes sociales. Les assistantes sociales ont été l'objet d'une attention particulière pendant la durée de notre observation, car deux de nos missions les concernaient : la réalisation d'un projet de service social et l'articulation des assistantes sociales avec l'EMG.

Au CHBT, quatre assistantes sociales se répartissent le travail pour l'ensemble des services, la PASS et les équipes mobiles (EMG et EMSP).

1.2.3. ...Son action peut être freinée ou ralentie

1.2.3.1. Des outils au service d'acteurs dont la synergie n'est pas une évidence

Nous considérons l'hôpital comme une organisation au sens de *l'Analyse stratégique*. Selon cette approche sociologique, défendue notamment par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, une organisation est une construction sociale fondée par des relations de pouvoir entre les acteurs. Les acteurs du parcours de la personne âgée au CHBT sont les personnels des urgences, les assistantes sociales, les équipes mobiles, les personnels des différents services qu'elles fréquenteront et le personnel administratif. Ce personnel hospitalier sera plus ou moins en lien avec des acteurs externes que sont les médecins traitants, les Centres communaux d'Action Sociale (CCAS), les familles, le Conseil Départemental et la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Etablissements d'Hébergements de Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les Soins de Suite et Réadaptation (SSR) situés dans d'autres établissements. Cette pluralité d'acteurs pose la question de leurs relations. **En interne comme en externe la qualité de ces relations est hétérogène et disparate. Nous aurons recours à *l'Analyse stratégique* pour dépasser cette vision confuse et arriver à une description précise des liens entre les acteurs qui pourra être mise à profit pour le management de la situation.**

Les objectifs individuels peuvent rentrer en contradiction avec l'objectif collectif

L'hôpital, en plus d'être analysé en tant qu'organisation, peut être considéré comme un système bureaucratique. Le terme « bureaucratique » étant entendu au sens que Max

Weber lui a donné. C'est-à-dire une organisation d'une efficacité supérieure, grâce à l'impersonnalité des règles, la compétence des professionnels et à une hiérarchie structurée. L'hôpital est organisé en services répondant à une prise en charge découpée par spécialisations pour gagner en efficacité. Les urgences traitent les diverses entrées dans l'hôpital, puis l'on compte les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Au sein de chacune de ces catégories, la prise en charge est découpée en Unités fonctionnelles (UF) correspondant à des organes ou des spécialités médicales. D'autre part, l'activité est produite par des corps professionnels jouissant chacun d'une certaine autonomie vis-à-vis des autres corps. Chaque métier a sa hiérarchie, son système de formation et de recrutement. En outre, la technicité accrue de la médecine en fait une activité pour partie protocolaire. De même les organisations soignantes s'appuient pour beaucoup sur des procédures. Le but recherché étant de reproduire une qualité et un effort de prise en charge identiques quel que soit le patient. L'hôpital apparaît bien comme une organisation bureaucratique au sens sociologique du terme. C'est-à-dire une organisation au sein de laquelle les tâches sont segmentées et protocolisées pour gagner en efficacité et en sécurité.

Cependant, cette méthode d'organisation, tandis qu'elle atteint son objectif d'efficacité et de sécurité pour traiter des problèmes de santé de plus en plus aigus, se trouve limitée pour appréhender des sujets transversaux. Nous faisons deux constats. Premièrement, l'hyper spécialisation des tâches à l'hôpital rend vulnérable la coordination entre services, entre professionnels et entre établissements. Nous entendons par **vulnérabilité de la coordination** la difficulté d'adaptation à tous cas particuliers, à tous cas demandant une précision accrue dans l'exécution des liens inter acteurs. C'est la conséquence d'un fonctionnement en « tuyaux d'orgue » ou en « silos ». Deuxièmement, l'hôpital évolue aujourd'hui dans un environnement complexe. Michel CROZIER fait l'analyse que la complexité croissante de l'environnement dans lequel évoluent les salariés dans les organisations pousse l'individu à s'approprier les règles du jeu et à les utiliser à son profit. Cela peut s'observer à l'hôpital. L'organisation hospitalière est soumise à deux exigences majeures : l'excellence de la qualité de la prise en charge et l'excellence de la gestion. Les évaluations de l'organisation et des producteurs de soins se multiplient à un rythme toujours plus soutenu. Parallèlement, les contraintes budgétaires se font de plus en plus pressantes. **Chaque service, chaque professionnel, l'administration comme les soignants réagissent à cette double contrainte en redoublant d'efforts, certes, mais aussi en se focalisant un peu plus sur leurs cœurs d'activités. Ce qui laisse un peu moins de temps et d'énergie consacrés aux liens, à la communication, à la compréhension de l'autre, en somme, ce qui rend un peu plus vulnérable les coordinations.** Et nous l'avons vu, la personne âgée est selon

l'HAS, une « population spécifique », un cas particulier qui sollicite les organisations et les professionnels de manière accrue.

Prendre en compte le vieillissement de la population au CHBT entraîne des changements. Cette prise en compte vient remettre en question des consensus et des fonctionnements de fait. Cela force l'organisation à revoir les points faibles de ses processus et à repérer les points forts sur lesquels s'appuyer. Mais, changements et remises en question ne s'opèrent pas sans la perte de certains avantages explicites ou induits glanés dans le fonctionnement quotidien par les acteurs. Le fonctionnement en silos ou en tuyaux d'orgue permet à chacun de maîtriser son domaine tout en ignorant les problématiques en amont et en aval du processus. Dans la sociologie des organisations, les individus se créent et exploitent des espaces de liberté, c'est ce que nous avons pu observer au CHBT. **C'est ainsi qu'en dépit d'une volonté générale de prise en compte des personnes âgées, les modifications d'organisation proposées par la direction générale pour la prise en compte de cette population spécifique, peuvent ne pas recueillir l'assentiment de tous.**

Dans ce contexte le directeur doit élaborer une stratégie et identifier des alliés.

La stratégie est un ensemble de comportements rationnels orientés par les enjeux qu'un acteur adopte. La directrice du CHBT a bien identifié ses enjeux et les ressources déjà employées. C'est pour aller plus loin face à des résultats mitigés qu'elle mobilise sur le sujet un élève directeur en stage dans l'établissement. C'est l'opportunité pour l'établissement de disposer d'une ressource ponctuelle et extérieure au jeu des acteurs déjà présents.

La fluidité du parcours de la personne âgée au CHBT dépend de modifications de comportements des acteurs en interne et en externe. Le succès de **la mise en œuvre de ces changements dépend de deux aspects : agir de façon systémique et établir une stratégie tenant compte des réticences parfois inconscientes des acteurs.**

Recourir à *l'Analyse stratégique* offre une méthodologie pour réussir ces deux aspects. C'est ce que nous nous proposons de faire en prenant comme point de vue celui du directeur de la structure. Pour la directrice, la question est la suivante : Comment fluidifier le parcours de la personne âgée pour un hôpital MCO décentralisé au centre d'un territoire vieillissant ? Une fois identifiés les ingrédients du parcours, il faut repérer les ressources et les obstacles au déploiement de sa stratégie. Et ce dans **un contexte contraint.**

En effet, pour le directeur, les moyens sont limités et ne permettent pas un fonctionnement idéal. Il doit faire avec les enjeux externes de la maîtrise de la dépense publique, du respect de la réglementation de la fonction publique hospitalière, de la démographie médicale.

Ce que nous soutenons avec l'approche de la sociologie des organisations c'est que le directeur doit également tenir compte d'enjeux internes avec les usagers, qui de part leur profil contraignent l'organisation à s'adapter à leurs besoins, et avec les personnels.

Le deuxième chapitre de notre mémoire propose une analyse de ces jeux d'acteurs à l'aide de la théorie des organisations. Cette méthode doit nous permettre d'identifier les marges de manœuvre du directeur dans son contexte.

2. D'une logique de métier à une logique de système, la conduite du changement à l'épreuve de la « bureaucratie hospitalière »

Pour fluidifier le parcours de la personne âgée au sein de l'établissement, il faut comprendre les résistances à l'action. Les outils existent mais leur mise en œuvre est difficile. C'est notre hypothèse. *L'Analyse stratégique* est une méthode pour appréhender ces difficultés. L'analyse fournira les moyens de surmonter les résistances.

Il s'agit d'une sociologie de l'action. Son objectif est de produire une connaissance pratique, une aide à la résolution des problèmes. Nous commencerons par expliquer comment nous avons appliqué cette méthodologie à notre sujet d'étude, le parcours de la personne âgée au CHBT (2.1). Il résultera de cette analyse la marge de manoeuvre réelle du directeur (2.2). Nous permettant ainsi de dégager un plan d'action réaliste des points à travailler pour arriver à fluidifier le parcours de la personne âgée.

2.1. L'analyse stratégique adaptée à l'hôpital

2.1.1. Rappel méthodologique

L'analyse stratégique est une méthode sociologique d'observation de la relation des acteurs à une organisation. Ce paradigme de la théorie des organisations peut s'appliquer au CHBT dans sa recherche d'efficacité du parcours de ses patients dans un environnement contraint. Nous nous sommes appuyés pour cela sur l'observation participante, des entretiens et l'étude bibliographique.

Les matériaux récoltés sont utilisés pour alimenter les réflexions et les préconisations. Ils permettent à la fois d'appuyer nos arguments et de pondérer les conclusions, celles-ci étant tirées d'un contexte particulier.

Lors de notre arrivée au CHBT, la directrice avait identifié la problématique de la personne âgée au sein de son établissement. Il nous a été confié pour mission d'analyser cette situation et de mettre en œuvre des actions correctives. Parmi ces actions, nous devons aider à l'installation d'une EMG nouvellement lancée. Pour mener à bien cette mission notre démarche a consisté à mener des entretiens avec des acteurs clés et à observer le déroulement des processus de prise en charge aux trois étapes du parcours du patient : l'entrée, le séjour et la sortie.

2.1.1.1. Choix et contexte des entretiens

Il était important de croiser les regards des acteurs internes et d'avoir également le point de vue des acteurs externes. Avoir en commun le thème du parcours de la personne âgée pour notre mémoire et pour notre mission principale a facilité les choses. Nous avons mis à profit cette opportunité pour multiplier les entretiens.

En interne, les entretiens ont été réalisés dans un premier temps avec des responsables de processus : les deux chefs de pôle, le directeur des soins, le cadre administratif de pôle, le cadre de santé du pôle urgence. Dans un deuxième temps, les entretiens ont été réalisés avec les professionnels les plus directement concernés par les personnes âgées : une interne en gériatrie du service de cardiologie, le responsable du service des médecines, les assistantes de service social. De plus, nous avons eu des entretiens réguliers avec le médecin de l'équipe mobile de gériatrie dans le cadre de la mission d'intégration de cette équipe.

En externe, les entretiens ont été réalisés avec le Conseil départemental (directrice de l'autonomie et cadre responsable de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)), l'ARS (responsable de l'offre médicosociale), l'EMG et la MAIA du territoire centre. Nous avons également pu échanger brièvement avec le président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML).

2.1.1.2. Conditions de réalisation de l'observation participante,

Le positionnement et le discours de certains acteurs clés de la prise en charge ont pu être observés à travers la participation à des réunions de travail et aux instances. C'est le cas pour les organisations syndicales lors des instances, le Conseil départemental lors d'une rencontre avec l'EMG et les assistantes sociales, les assistantes de service social au cours de réunions de travail, les médecins au cours d'une présentation d'un support portant sur la thématique, et l'équipe de direction en comité de direction. Nous avons également assisté à une réunion de travail et de négociation avec un EHPAD privé, à une réunion organisée par l'ARS rassemblant tous les responsables SSR privés et publics, de la Région. Enfin nous avons assisté à une conférence sur le thème de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital.

Il est important de noter que l'élève stagiaire que nous avons été est lui-même un acteur du jeu. L'observation de la directrice, acteur clé, a été réalisée également à l'occasion des nombreux échanges informels réalisés tout le long du stage.

2.1.2. Pertinence de la démarche appliquée au CHBT

L'Analyse stratégique permet de tenir compte à la fois de « l'acteur » et du « système ». La définition des concepts sera **complétée de l'intérêt de leur application au cas du CHBT.**

2.1.2.1. L'hôpital comme terrain d'étude : Le directeur d'hôpital entre pouvoir, et contre-pouvoirs

L'acteur stratégique : le cas du service social

L'acteur stratégique est un individu ou un groupe capable de coordination. Cet acteur est concerné par le problème et est capable d'intervenir sur celui-ci. La stratégie de l'acteur consiste en son action essentielle. Le fonctionnement en tuyaux d'orgues et les contraintes qui pèsent sur le CHBT incitent les acteurs à se focaliser sur leur cœur de métier. De plus, CROZIER et FRIEDBERG estiment que les acteurs stratégiques sont également tiraillés entre un objectif d'action pour développer des ressources pour guider la conduite des autres acteurs et un objectif d'autonomie, pour échapper au pouvoir d'autrui. La situation du service social au CHBT permet d'illustrer ces notions d'objectif d'action et d'objectif d'autonomie.

Concernant l'objectif d'action, cela se manifeste à travers l'exercice des missions de chacune des assistantes sociales. Ainsi, pour obtenir une Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou une APA d'Urgence (APA U) pour un patient, les façons de procéder diffèrent d'une assistante sociale à l'autre. La procédure de demande et d'obtention de cette APA manque de clarté de la part du Conseil départemental. Cela étant certainement dû à l'évolution des moyens disponibles, aux réorganisations internes et aux changements de politique interne. Mais aussi au manque de dialogue entre les deux institutions. C'est ce qui nous est apparu à l'observation de plusieurs acteurs de la distribution de l'APA. Mais nous verrons que cela pourra faire l'objet d'actions correctives. Ainsi, les différents interlocuteurs du CHBT pour l'APA ont chacun leur modèle et dans un souci d'efficacité et de rapidité ont développé un réseau au sein du Conseil départemental pour atteindre cet objectif d'action.

Concernant l'objectif d'autonomie, le projet de service doit déterminer la limite de leur autonomie hiérarchique et fonctionnelle. Pour ce qui est de leur rattachement hiérarchique, la réglementation¹⁸ précise qu'elles sont sous l'autorité de la direction générale qui peut déléguer cette responsabilité. Ce point sera clarifié. Les assistantes sociales seront sous la responsabilité du directeur des affaires financières. Ce point ne souffre pas de résistance. Au contraire, en l'absence de cadre, les agents du service social sont demandeurs d'un rapprochement de leur management, ce qui est difficilement possible avec la direction générale. En revanche, les assistantes sociales sont également vigilantes sur l'interprétation

¹⁸ Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

de leur mission. Si elles acceptent de bon gré d'être rattachées aux « affaires financières », elles sont farouchement opposées à un rapprochement du bureau des entrées responsable de la facturation. Elles ne veulent pas que leur mission soit réduite à un aspect recouvrement mais qu'elle garde bien sa dimension sociale en faveur du patient.

Sur le plan fonctionnel le changement souhaité est de passer d'une logique de service (ou de pôle) à une logique de système. Jusqu'à présent, les assistantes sociales sont nominativement réparties par pôle. Chacune étant responsables d'un groupe de service. Ce principe est remis en question par la refonte du dispositif polaire (passage de quatre à deux pôles) et par le besoin exprimé par les services d'exprimer leurs demandes à un service et non à une personne. L'idée est de créer un numéro et une messagerie uniques pour le service social. Libre à celui-ci de s'organiser en interne pour apporter une réponse la plus rapide possible. **Il s'agit bien du passage d'une logique de métier à une logique de système.** Ce changement ne provoque pas, là non plus de résistance manifeste. Si ce n'est que l'objectif d'autonomie n'est plus individuel mais collectif. Si le groupe réussit sa coordination, c'est le service social qui devient un acteur stratégique et non plus chacune des assistantes sociales.

Le système d'action concret

L'Analyse stratégique permet de modéliser le réseau de relations des acteurs concernés par un même enjeu dans l'organisation. C'est le système d'action concret. **Les acteurs sont reliés dans un schéma selon qu'ils sont alliés, opposés ou en négociation.** En terme sociologique ce sont des idéaux types. Dans notre cas, il s'agira d'établir un « système d'action concret » pour les relations internes et un pour les relations externes.

Il existe trois types de systèmes d'action concrets¹⁹. Nous faisons l'hypothèse qu'en interne le modèle est celui de la social-démocratie et qu'en externe c'est celui de la suprématie professionnelle. Nous testerons ces hypothèses ultérieurement, après l'analyse des stratégies des acteurs.

Le changement : le cas de l'équipe mobile de gériatrie

Pour qu'il y ait changement il faut que tout un système d'action se transforme. De nouveaux rapports humains et de nouvelles formes de contrôle social se mettent en place. La mise en

¹⁹ Systèmes d'action concrets : technostructure, social-démocratie, conflit social, suprématie professionnelle. In : CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil.

place de l'EMG au CHBT peut nous en fournir l'illustration. Cette mise en place apporte du changement.

Premièrement, le fonctionnement d'une équipe mobile, pluri professionnelle , concertative est radicalement différent de celui d'un service pour lequel le fonctionnement est strictement pyramidal à partir de l'avis médical. Deuxièmement, l'action de l'EMG se veut transversale. Elle répond aux demandes des services au jour le jour. Mais sur ce point les constats sont nuancés. Car en fonction de leur orientation les EMG peuvent être considérées comme une mission d'un service. C'est le cas lorsqu'elles sont exclusivement positionnées aux urgences par exemple. Au CHBT, bien que présents tous les matins aux urgences, l'équipe résiste à l'inclinaison de ne jouer que ce rôle. Cependant, une autre inclinaison les guette, celle d'être une UF de la médecine B. L'EMG y intervient fréquemment et une partie du secrétariat est mutualisée avec ce service. Les activités de la médecine B et de l'EMG partagent des patients et souffrent d'un manque ressenti de moyens ce qui les encourage à « s'allier ». Nous y reviendrons. Troisièmement, l'EMG s'inscrit dans une démarche de mutualisation de moyens.

Ainsi, l'EMG est porteuse de changements car elle ne fonctionne pas sur un mode territorial auquel les organisations et les professionnels sont rodés.

La zone d'incertitude

L'hôpital est confronté à un mouvement permanent, à la fois de par l'évolution des besoins et celui de son cadre réglementaire. Cet environnement est propice à créer des « zones d'incertitudes ».

La zone d'incertitude est la part d'indétermination de son comportement que détient un acteur vis-à-vis des autres. Elle offre à l'acteur une plus ou moins grande liberté d'agir. Plus cette zone d'incertitude est cruciale plus l'acteur détiendra du pouvoir.

Comment les médecins vont-ils réagir au vieillissement de la population au CHBT ? Cela représente une zone d'incertitude des médecins vis-à-vis du directeur général par exemple. Ils peuvent nier le phénomène, ne pas l'ignorer mais attendre que des mesures soient prises, ou bien s'emparer du sujet et développer des réponses avec leurs propres ressources.

Mais là encore, la complexité de l'environnement influencera ce positionnement. De ce que nous avons pu observer, la communauté médicale se sent concernée par le sujet. A certains égards dans la limite de ses moyens, elle est impliquée dans une forme de réponse. Enfin, elle se montre sensible aux apports de l'EMG. Illustrons ces propos : d'abord, en juin 2017, s'est tenue une présentation du « parcours de la personne âgée au CHBT ». Cette

présentation était surtout destinée aux médecins et infirmiers libéraux. Cependant le « top management » et le « middle management »²⁰ ont été invités. Le président de la CME, les chefs de pôle et d'autres responsables d'unité sont venus à cette présentation et à travers leurs remarques et leurs questions se sont montrés concernés et intéressés. Ensuite, certains services sont plus directement concernés que d'autres. C'est le cas de la médecine B. Son responsable d'UF se montre particulièrement volontaire pour répondre au phénomène. Le responsable d'UE se dit prêt à réaliser une EPP prévention des sorties dès qu'il aura un temps de PH supplémentaire. Autres exemple de zone d'influence allant dans l'intérêt de la volonté de la directrice de fluidifier le parcours de la personne âgée, le comportement des urgentistes. Ils se montrent en effet réactifs aux sensibilisations de l'EMG en matière d'orientation des patients, par l'utilisation du logiciel Via trajectoire par exemple.

2.1.2.2. Le directeur est souvent dans une position de négociation: le cas des relations avec les partenaires extérieurs

Jeu et pouvoir

Le pouvoir s'entend ici comme la conséquence de la relation sociale. A a du pouvoir sur B si son action a une influence sur B. A et B négocient leurs comportements respectifs. Chaque joueur a sa stratégie et ses contraintes. Mais s'il veut gagner il doit accepter la nature du jeu et respecter ses règles.

Dans notre cas, prenons le CHBT et ses partenaires institutionnels sur le sujet, soit : le Conseil départemental, l'ARS, la CGSS, les mairies. Tous sont préoccupés par la réponse au besoin de l'utilisateur. Et nous avons vu que dans le sud Basse-Terre de la Guadeloupe, cet usager a bien souvent un profil cumulant les difficultés : isolé, peu de ressources et un habitat en mauvais état. Mais chacun des partenaires pré cités est également préoccupé par ses contraintes financières. Le Conseil départemental par exemple, a une petite assiette fiscale et une demande d'allocations considérable de la population. Avec le vieillissement de la population du département, la part des actifs donc de leurs contributions via les impôts locaux diminue. En revanche, la part des prestations demandées augmente, d'autant plus que la majorité de la population a des revenus modestes. Autre exemple, l'ARS : ses moyens limités sont sollicités par l'ensemble des établissements publics de santé de la Région pour des aides ponctuelles voire structurelles.

Cela a pour conséquence **un double « jeu »**. **D'un côté l'association des forces et de l'autre le renvoi par chacun aux responsabilités des autres**. L'association des forces se traduit par des conventions entre ces partenaires dans un but commun d'amélioration du

²⁰ Ces termes font référence au schéma de MINTZBERG de l'organisation que nous présenterons par la suite

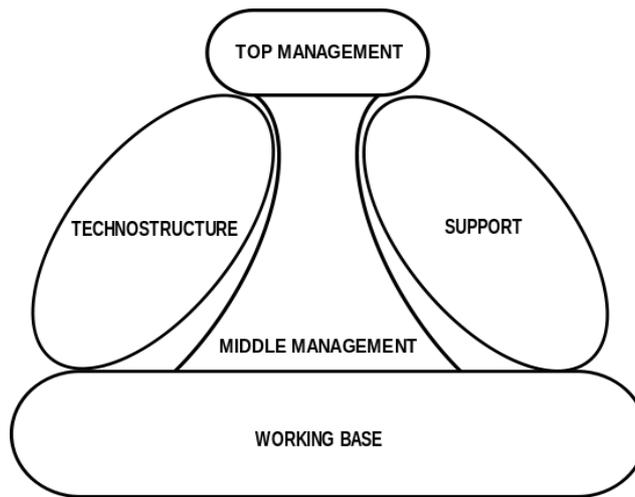
parcours de la personne âgée. L'exemple le plus flagrant est le projet « sorties difficiles ». Il s'agit de favoriser les sorties d'hôpital de personnes âgées dont l'état est stabilisé mais dont la sortie est rendue difficile du fait de difficultés sociales et administratives. Une convention entre le CHBT, le Conseil départemental et la CGSS doit permettre de faciliter ces sorties. Cette convention conjointement élaborée par les parties prenantes est en cours de finalisation.

La marge de liberté du directeur

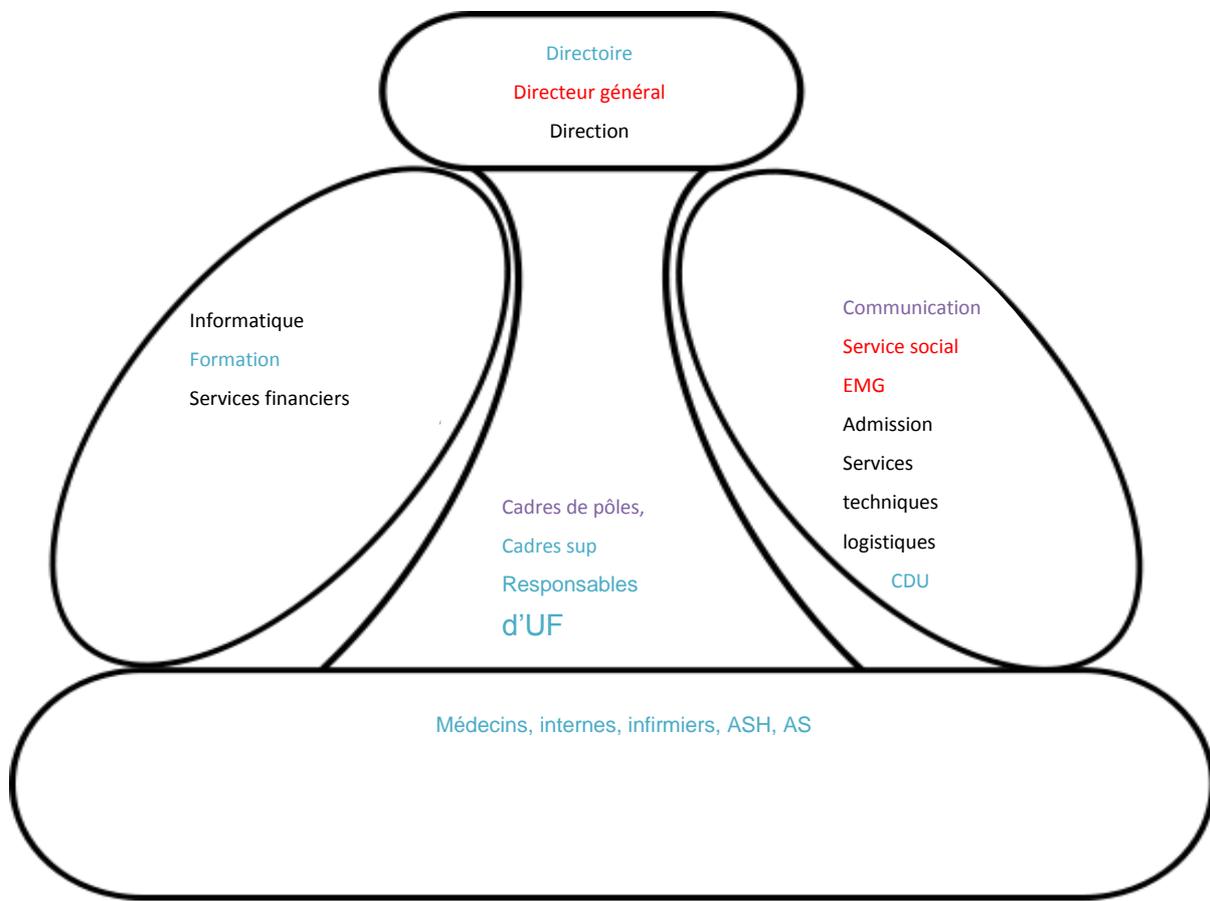
« Une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Celui-ci garde toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (qui signifie source d'incertitude pour ses partenaires comme pour l'organisation dans son ensemble) chaque acteur dispose ainsi du pouvoir sur les autres acteurs »¹⁸. Le directeur semble isolé et esseulé dans la résolution du problème qu'il a identifié. Isolé car en interne comme en externe il doit faire face à des mouvements contradictoires de ses partenaires. Esseulé car il est le responsable de l'organisation et le garant de sa performance. Mais *l'Analyse stratégique* nous permettra d'aller plus loin que ce constat dont nous pressentons à travers les subtilités dans les relations que nous venons de présenter, qu'il peut être nuancé. De plus, le directeur d'établissement partage le pouvoir d'organisation et de coordination et nous souhaitons aborder ce point à travers le schéma de Mintzberg.

2.1.2.3. Le modèle de la bureaucratie organisationnelle de Mintzberg appliqué à l'hôpital

Nous proposons maintenant d'observer le schéma de l'organisation de Mintzberg appliqué à l'hôpital. Pour appliquer ce schéma à la problématique qui nous occupe nous avons employé un code couleur pour repérer les acteurs les plus directement concernés. Cependant, nous insistons sur le fait qu'il s'agit **d'abord d'un problème de coordination et ensuite de résistance au changement**. D'autre part, la limite du schéma dans notre cas est qu'il ne s'intéresse qu'à l'aspect interne du sujet.



Modèle de l'organisation selon Mintzberg



Application du schéma de Mintzberg à l'hôpital

Code couleur :

Rouge : directement concerné, très impliqué

Violet : indirectement concerné, impliqué

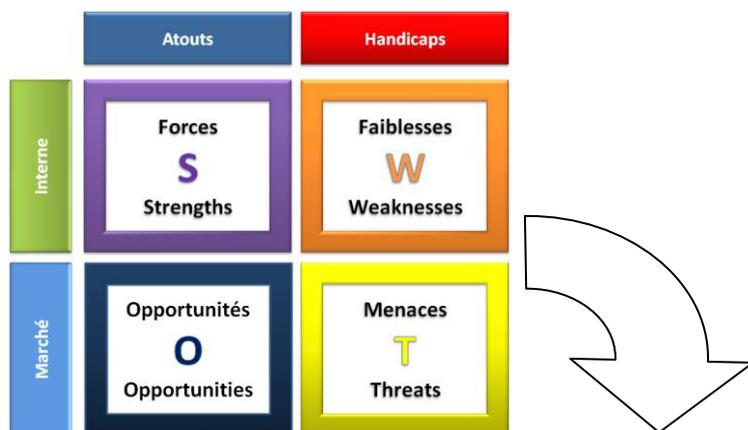
Bleu clair : concerné, à impliquer

Ce schéma nous servira dans notre analyse des résistances (2.2.1).

2.1.3. Synthèse des entretiens et observations des acteurs impliqués : la cartographie des acteurs

L'utilisation de la matrice SWOT a aidé pour qualifier les acteurs :

Nous avons distingué les acteurs internes et externes. A partir de la matrice, renseignée à la suite d'entretiens ou de l'observation participante, nous avons dans un second temps conçu et renseigné un tableau plus complet.



Caractéristiques	Acteurs interrogés	Enjeux	Atouts (Ressources)	Handicaps	Stratégie

Ce tableau rempli pour les acteurs internes et externes est consultables en ANNEXE 2.

2.2. La compréhension des résistances

L'ensemble des acteurs souhaite une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement de la personne âgée. Mais chacun de son « point de vue ». En effet, chacun défend ses intérêts et son positionnement dans la réalisation de cette mission. La sociologie des organisations se propose d'adopter le regard de l'autre, de se mettre à la place de l'acteur, pour comprendre la rationalité de ses choix, de sa stratégie.

La cartographie des acteurs réalisée a mis en évidence ces stratégies et ces zones d'incertitude. Nous pouvons désormais croiser les enjeux de ces acteurs en interne et en externe (2.2.1). A l'issu, un diagramme de synthèse permettra d'identifier les groupes d'acteurs plutôt favorables ou plutôt défavorables aux changements potentiels (2.2.2).

Lorsque l'on regarde le schéma de Mintzberg appliqué à notre sujet¹⁸, nous nous apercevons que les sphères les plus cruciales sont celles du top management et du support.

Au sein de ces sphères, nous avons déjà analysé les positionnements de certains acteurs clés comme les médecins, les assistantes sociales ou encore l'EMG en interne et l'ARS et le CD en externe. Nous nous proposons d'aller plus loin dans l'analyse en étudiant les relations entre ces acteurs, en discernant en quoi à travers ces relations ils sont plus ou moins résistants à la stratégie de la directrice. D'abord en interne (2.2.11). Puis en externe (2.2.1.2).

2.2.1. Les ressources internes et externes sont travaillées par des jeux de pouvoir: les enjeux des acteurs, quelques cas en interne et en externe

2.2.1.1. En interne

Entre EMG et assistantes sociales :

Alors qu'elle est cruciale pour l'accompagnement de la personne âgée, cette relation est difficile. Le point d'achoppement réside dans un conflit de territoire sur les compétences sociales du médecin et de l'infirmière contre celles des assistantes sociales. Ces dernières vivent l'intervention de l'EMG dans leur champ de compétence comme une intrusion. Or l'EMG a besoin d'une approche sociale. Cette approche sociale étant issue du médecin, de l'infirmière dans la limite de leurs prérogatives et de l'assistante sociale. Mais certains aspects se chevauchent. Et au CHBT, le temps d'assistante sociale est prélevé sur le personnel existant. Il en résulte une collaboration mitigée en ce sens qu'elle est freinée par des soupçons d'accaparement de la compétence sociale par le duo médecin/infirmier. Régulièrement la coopération est interrompue pour cause d'incompréhension de part et d'autre.

Entre direction générale et Organisations syndicales :

Les organisations syndicales prêtent aux autorités de santé l'intention cachée de transformer à moyen terme le CHBT en établissement médicosocial. Conscients du vieillissement de la population sur le territoire sud Basse-Terre et observant une tendance à concentrer les moyens sur le territoire centre où se situe le CHU, ils craignent que le CHBT perde son statut de MCO. Le chef d'établissement dans ses orientations pourrait être le relais des autorités. Ainsi, toute action dans ce sens vient renforcer ces soupçons. Par exemple, le fait que notre mission de stage porte sur le parcours de la personne âgée a soulevé une inquiétude. « Ah, mais de toute façon, on le savait, on veut transformer le CHBT en EHPAD ». Autre exemple, un représentant syndical interprète l'installation de l'EMG comme un moyen d'amener l'établissement vers la gériatrie, peut être la première étape vers le SSR gérontologique, puis l'EHPAD. Pourtant, la volonté de la direction est inverse. Elle est dans une recherche de moyens de fluidifier le parcours de la personne âgée. Le CHBT doit

pouvoir jouer pleinement son rôle de MCO et pour cela il faut éviter les hospitalisations injustifiées de personnes âgées et une fois traitées que ces personnes retournent à leur domicile ou vers un dispositif adapté.

2.2.1.2. En externe

Entre les services et les partenaires extérieurs :

Le logiciel Via trajectoire peut être un bon outil d'orientation des patients vers des structures adaptées (SSR, HAD, EHPAD) à leur sortie. Mais hormis par la médecine B, ce logiciel n'est que peu utilisé, voire presque pas du tout par le service des urgences. Deux raisons sont classiquement évoquées :

- D'abord le temps de remplissage de la demande estimé trop long
- Et ensuite le fait que les établissements partenaires ne soient pas réactifs à cet outil ou insincères dans certaines déclarations.

Mais le temps de remplissage est seulement de huit minutes. De plus, le CHBT en tant qu'établissement MCO de référence sur le territoire est influent en matière d'organisation et de validation d'outil. Nous le verrons ultérieurement, mais en tant qu'établissement pilote du Groupement hospitalier de territoire (GHT), le CHBT peut être initiateur d'une stratégie commune en la matière.

Entre l'établissement et ses partenaires institutionnels :

Selon les entretiens menés, l'ARS et le CD ne semblent pas comprendre pourquoi il y a un tel afflux de personnes âgées aux urgences. Ce constat surprenant de prime abord, ne l'est plus lorsque l'on resitue dans un phénomène plus vaste, celui du déni du vieillissement par la population générale, y compris les personnes les plus concernées par le sujet. Deux observations nous ont interpellées dans ce sens lors de notre étude. La première est un sondage sur les préoccupations des guadeloupéens²¹. A la question « Quand vous pensez à la Guadeloupe, quelles sont vos préoccupations majeures ? », seize sujets sont cités, la question du vieillissement n'y apparaît pas. La seconde est le constat de la responsable de la MAIA centre, qui est en lien étroit avec les médecins du CHU. La responsable de la MAIA Centre à propos des professionnels de santé du CHU avec qui elle est en lien pour le repérage de cas complexes : « ... 65% de leurs patients ont plus de 70 ans. Mais ils ne voient pas que la plus part de leur public sont des personnes âgées. Il y a un manque de formation et un déni ».

²¹ LAVENTURE M T. (2016) le chômage et l'emploi : première préoccupation des Guadeloupéens, *France-Antilles*, 13 décembre 2016, p.3

Alors que le vieillissement de la population est connu, répéré et massif, la société semble inconsciemment dénier le phénomène.

Entre l'établissement et le Conseil départemental

Il pourrait y avoir une divergence entre la performance sectorielle (hospitalière d'un côté, médico-sociale de l'autre) et la performance globale (la qualité du parcours de la personne âgée. Du point de vue du Conseil départemental, la personne âgée hospitalisée n'est pas négligée. Et en attendant qu'elle soit placée dans une structure adaptée il pourrait s'agir d'un moindre mal par rapport à un domicile inadapté et dans lequel elle serait isolée.

Entre l'établissement et les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Le SSIAD situé dans l'environnement immédiat du CHBT offre des résultats mitigés. Le profil des patients inclinerait à ce qu'un Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) soit proposé. Il existe bien un appel à projet de l'ARS et du CD. Mais celui-ci n'a pas donné de résultat à ce jour. Pendant les 8 mois de stage il n'a pas été relancé. Il semblerait manquer de candidats satisfaisant aux critères exigés

2.2.2. Diagramme de synthèse

Si tous les acteurs affichent la volonté d'améliorer le parcours de la personne âgée, l'impact des changements opérés au CHBT peut les amener à montrer des réticences quant à l'aboutissement du projet. Les fonctionnements observés s'avèrent plus ou moins favorables au changement que souhaite la direction de l'établissement, consciemment ou non.

Soutiens au projet

Engagés

Ils partagent d'avoir un intérêt direct à ce que les projets en matière de personnes âgées aboutissent. La réussite de ces projets rejaillirait sur eux.

- Service communication du CHBT
- EMG
- médecine B
- élève directeur

Concertatifs

Prêts à apporter une aide. Le succès des projets a une influence indirecte sur leurs objectifs stratégiques.

- CME et chefs de pôle
- CDU

Antagonismes au projet

Opposants

Ils sont défavorables au projet. Mais pas de façon aveugle ni irréversible.

- Organisations syndicales

Irréductibles

Entre deux

Passifs

Ils ne sont pas défavorables au projet. Mais cela ne semble pas faire partie de leurs priorités pour l'instant.

- Mairies
- Responsables d'UF hors médecine B

Hésitants

Ils ont un véritable intérêt pour le sujet mais des contingences extérieures freinent une adhésion et un soutien plus important.

- ARS
- Conseil départemental et CGSS

Déchirés

Ils aimeraient adhérer pleinement au projet mais sont tiraillés par un conflit de valeur.

- Assistantes sociales

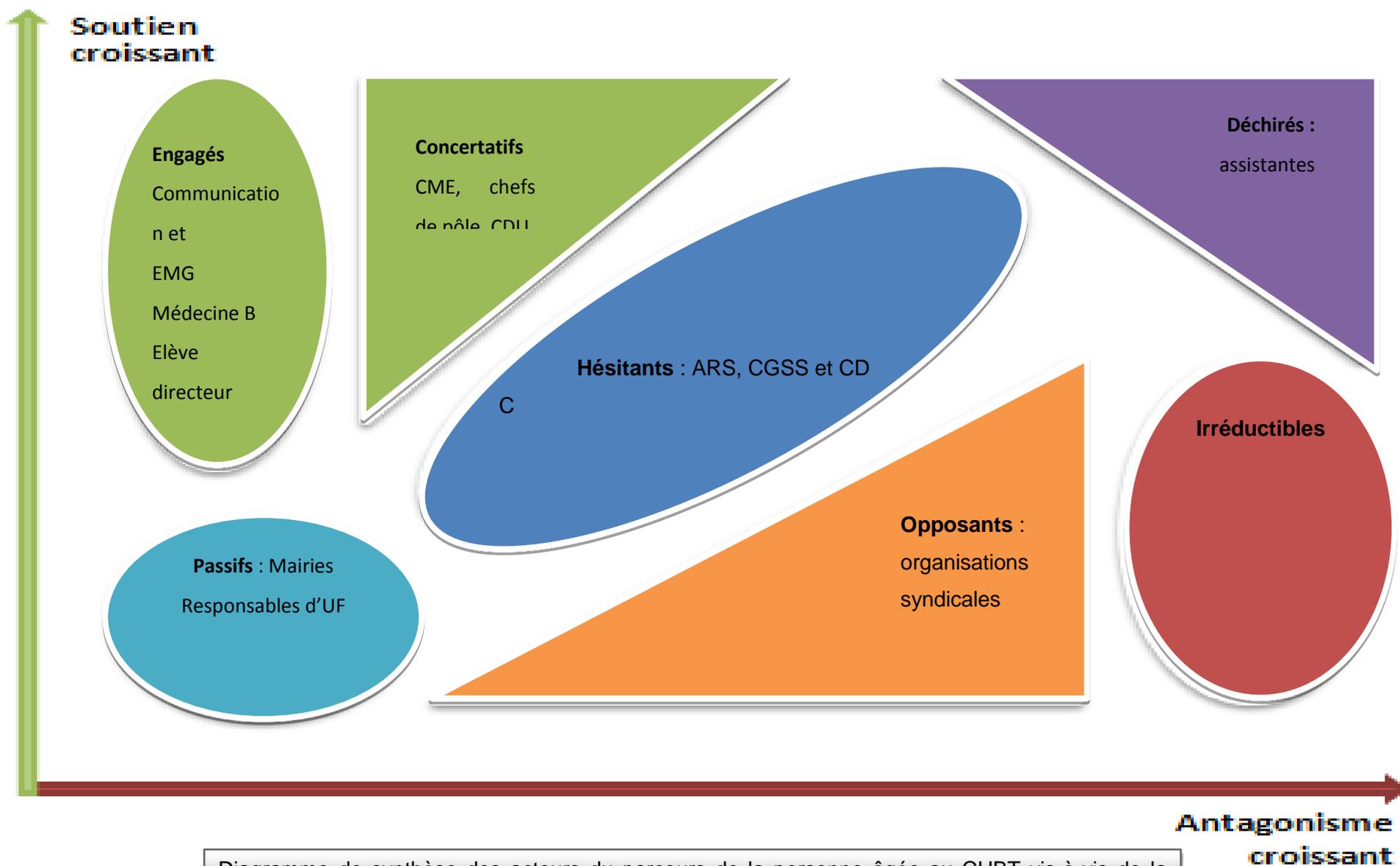


Diagramme de synthèse des acteurs du parcours de la personne âgée au CHBT vis-à-vis de la

Ce diagramme complété, permet de mieux cerner les acteurs concernés et capables d'intervenir pour faire évoluer le parcours de la personne âgée au sein de l'hôpital.

Plus un acteur peut mobiliser de ressources (techniques, relationnelles, blocages, financières, ...) plus il sera influent sur le succès du projet. Dans notre cas, il apparaît nécessaire de travailler avec les assistantes sociales notamment. Compte tenu de leurs ressources, il est important qu'elles passent de « déchirés » à « soutien au projet ». Il faudra pour cela travailler le conflit de valeur qui les tire.

L'analyse stratégique permet un niveau de lecture de la situation à même de servir le changement, tant il révèle au manager le fonctionnement réel de l'institution et de ses partenaires. Grâce à la cartographie des acteurs nous allons dans une troisième partie proposer des grilles de lecture de la situation et un plan d'action concret.

3. Propositions pour un management du parcours de la personne âgée au CHBT

L'étape suivant le diagramme de synthèse est celle du « système d'action concret ». Il s'agit de représenter schématiquement le jeu des relations entre les acteurs. Cette prise de recul offre au manager une meilleure lisibilité pour déployer son plan d'action (3.1). Le plan d'action est partiellement mis en œuvre. Des actions sont en cours aux trois étapes du parcours de la personne âgée au sein de l'établissement. D'autres pourraient l'être et c'est ce que nous allons exposer. Ces actions, soumises à des écueils potentiels, pourront bénéficier de l'apport de l'analyse stratégique effectuée. Nous verrons les actions transversales que nous recommandons (3.2) et les actions ciblées à chaque étape du parcours (3.3). **Les recommandations managériales attachées à ces actions se veulent réalistes, avec pour objectif l'efficacité.** Il s'agit d'avoir avec soi les acteurs et d'utiliser les ressources sur le territoire.

3.1. Modélisation des relations par le « système d'action concret »

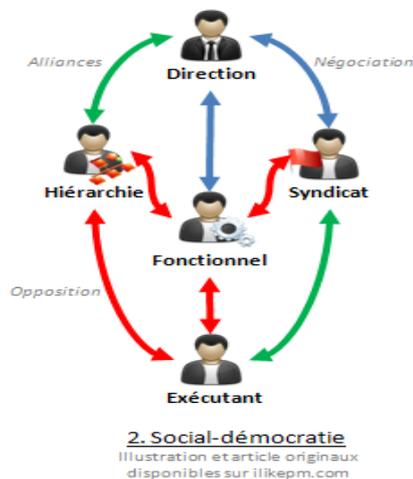
Le « système d'action concret » présente les coalitions, les alliances, les oppositions entre les acteurs. Une fois ces liens identifiés, le directeur peut établir un plan d'action hiérarchisé en fonction du degré de difficulté dans sa réalisation.

3.1.1. Schéma et typologie du système d'action concret

Les systèmes d'action concrets sont obtenus par la somme des stratégies. Afin de trouver le système d'action concret le plus adapté, il faut transposer les acteurs concernés.

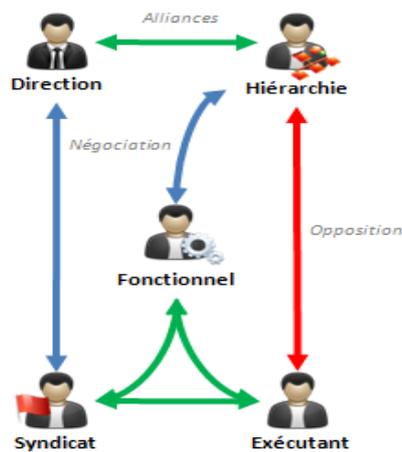
En interne un modèle de type « social-démocratie »

- Direction : directrice de l'établissement
- Syndicats : représentants du personnel
- Hiérarchie : CME, chefs de pôle
- Fonctionnel : chefs de service
- Exécutant : médecins, assistantes sociales, soignants, bureau des entrées



En externe une suprématie professionnelle : le cas des SSR

- Direction : directrice de l'établissement
- Hiérarchie : ARS
- Fonctionnel : directeurs des institutions et établissements partenaires
- Exécutant : médecins, assistantes sociales, soignants, bureau des entrées
- Syndicats : représentant du personnel



4. Suprématie professionnelle

Illustration et article originaux disponibles sur ilikepm.com

3.1.2. Synthèse de l'analyse

3.1.2.1. La marge de manœuvre du directeur de l'établissement

Les deux schémas montrent à quel point la marge de manœuvre peut être tenue pour la directrice.

Dans le premier, alors qu'elle doit négocier avec les syndicats pour imposer ses vues, et malgré son alliance avec la hiérarchie médicale et soignante, son action peut être diminuée par ce que Jeremy Rifkin nomme « l'abîme du DG »²² : « la pensée systémique n'en reste pas moins un art difficile dans un environnement bureaucratique où l'on est fortement poussé à rester sur son territoire et à protéger son domaine. Telle est l'origine de ce qu'on appelle l'abîme du DG : les idées globales, acceptées au niveau ministériel et même plus haut à celui des chefs d'Etat, perdent de leur poids, rapetissent et rétrécissent progressivement leur champ de vision et d'action quand elles descendent dans les directions générales et les services, pour n'être à la fin que l'ombre d'elles-mêmes et languir dans les minutes dont la finalité devient de plus en plus énigmatique, même pour ceux qui sont chargés de les gérer ».

Le deuxième schéma illustre les relations avec les SSR partenaires. C'est un enjeu pour la sortie des patients. Celle-ci est souvent retardée faute de place en SSR ou de longueur dans le traitement des dossiers des patients pour le transfert. La directrice de l'établissement est en accord avec l'ARS sur l'utilisation effective de l'outil Via trajectoire pour les placements dans les SSR. Mais les directeurs des établissements proposant des SSR ont une posture de négociation vis-à-vis de l'ARS. En accord avec leurs médecins, ils ne joueront le jeu de la

²² RIFKIN J., *La troisième révolution industrielle*, 2012, Paris : éditions Broché.

transparence et de l'utilisation totale de l'outil que dans la mesure où ils ont des garanties en matière d'autorisation et de financement de cette activité.

Le schéma permet de visualiser en quoi la marge de manœuvre du directeur demeure faible pour ce qui concerne l'application généralisée de Via trajectoire. Or, la généralisation de l'emploi de Via trajectoire pourrait faciliter les transferts des patients vers les SSR et par conséquent fluidifier le parcours des personnes âgées. Alors, dans son intérêt, la « direction » pourrait négocier directement avec le « Fonctionnel ». Par exemple en passant une convention de bonnes pratiques en matière d'usage réciproque de Via trajectoire avec ses homologues directeurs d'établissements. A eux ensuite d'inciter leurs « exécutants » de jouer le jeu.

3.1.2.2. Un plan d'action hiérarchisé (préconisations opérationnelles).

L'hôpital doit trouver parmi les dispositifs existant les moyens adaptés à sa situation singulière pour traiter efficacement la question du vieillissement de ses patients. Ces outils seront d'autant plus efficaces qu'ils seront maniés en tenant compte des contingences intra et extra hospitalières analysées précédemment.

Le tableau suivant monte comment classer quelques-unes des actions possibles. Nous verrons ensuite comment tenir compte des contingences en interne et en externe.

Domaine	Administratif et juridique		Relations internes		Communication avec les partenaires		Technique	
	Objectifs	Actions	Objectifs	Actions	Objectifs	Actions	Objectifs	Actions
Court terme	Améliorer la coordination inter établissements publics dans le bassin de population	Utilisation du GHT	Renforcer le service rendu par les assistantes sociales	Projet de service social	Accès téléphonique Et par mail à l'EMG	Création de la ligne et du mail et diffusion aux acteurs externes	Relancer l'idée d'un court séjour gériatrique	Etude médico économique à l'échelle du GHT
	Accélérer l'obtention des APA d'urgence	Convention sorties difficiles					Preparer à la sortie en anticipant les lenteurs	Sensibiliser les internes à Viatrajectoire et par les EPP
Moyen terme	Créer des solutions de sortie et de maintien à domicile	Création d'un SSIAD	Améliorer la coordination	Utiliser la certification	Informers les usagers	Plaquette	Davantage de moyens de l'ARS dans le cadre de la filière personnes âgées GHT	Déployer l'EMG en extra hospitalier
	Prévenir les hospitalisations	Participation au PAERPA			Informers les professionnels	Plaquette		

Ebauche de plan d'action hiérarchisé pour améliorer la fluidité du parcours de la personne âgée au CHBT

3.2. Actions transversales

3.2.1. Sur les professionnels et les pratiques

3.2.1.1. L'équipe mobile de gériatrie

Après un an, l'EMG est bien installée et identifiée au CHBT. Sur cette base, il s'agit maintenant d'aller plus loin. Une consultation mémoire pourrait être envisagée mais ce n'est pas une priorité dans la mesure où un acteur privé à proximité (Centre médico social (C.M.S) Basse-Terre clinique assure déjà cette activité. En revanche, en partenariat avec la médecine B, un hôpital de jour pourrait proposer de la prévention des chutes sous forme d'éducation thérapeutique par exemple. En outre, l'EMG doit continuer à se tourner vers l'extérieur. Premièrement en tant que conseil des médecins traitants des personnes âgées. Ce qui devrait être le cas grâce à une ligne téléphonique et un mail dédié à cet usage mis à disposition en juin 2017. Deuxièmement en se déplaçant dans les EHPAD publics membre du GHT. Cela serait un bon moyen d'établir des liens et **d'assurer une cohérence dans la prise en charge sans dénaturer le cœur de l'activité du CHBT.**

3.2.1.2. Le service social

A moyen terme, le service social pourrait évoluer sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif. La montée en charge de l'EMG s'accompagnera de moyens financiers supplémentaires qui permettront le recrutement d'un temps d'assistante sociale supplémentaire. Ce temps supplémentaire ne serait pas rattaché à un service ou une MIG. Il viendrait en appui du service social, pour répondre plus rapidement à l'ensemble des demandes.

Le service social pourrait alors se doter d'un cadre de proximité. Avec cinq agents dont les missions sont cruciales et dont l'activité les amène à avoir de l'autonomie, le besoin d'un management de proximité apparaît nécessaire. Cela déchargera alors le directeur des affaires financières (DAF) de cette mission. Une des assistantes sociales du service social occuperait une partie de son temps à ce qui serait d'abord une mission, puis, une fonction. Ces évolutions rendront optimales le service social qui achèvera ainsi sa modernisation. **La fluidité du parcours s'en trouvera améliorée.**

3.2.1.3. Les soignants

L'Agence Nationale pour l'Améliorations des Conditions de Travail (ANACT) propose d'expérimenter un dispositif, « les Espaces De Discussion (EDD) », qui aident les salariés faisant face à de nombreuses incertitudes économiques et managériales. Au CHBT, dans le cadre du Plan de retour à l'équilibre (PRE) les effectifs soignants sont limités au strict

nécessaire. **Les EDD s'inscrivent dans la recherche de la performance.** Ce qui est l'objectif du chef d'établissement. Ils sont parallèlement une aide pour les soignants. La résolution des problèmes du quotidien qui en résulte doit provoquer **une amélioration de leurs conditions de travail.** « Si l'organisation du travail est de la seule responsabilité de l'employeur, la possibilité donnée aux salariés de s'exprimer sur leur travail, sur la qualité des biens et services qu'ils produisent, sur les conditions d'exercice du travail et sur l'efficacité du travail, est l'un des éléments favorisant leur perception de la qualité de vie au travail et du sens donné au travail. »²³.

Ces espaces seraient à penser :

- dans le cadre du pôle,
- en pluri professionnel,
- avec pour objectif la fluidité du parcours de la personne âgée,
- sur le temps de travail, en dehors des formes existantes d'espaces de discussion (instances, staffs, transmissions).

Ils pourraient être mis en place au détour de la certification, comme un élément d'amélioration continue du parcours dans le compte qualité.

3.2.1.4. Recommandations managériales tirées de l'analyse

La relation EMG/Service social

Le point de départ des tensions entre ces deux groupes réside dans le démarrage de l'activité de l'EMG. A leur arrivée, ces nouveaux professionnels au rayonnement transversal n'ont pas été présentés aux assistantes sociales qui s'en sont trouvées déstabilisées. Ce point a été corrigé. Sur le plan de la répartition des compétences, il y avait une ambiguïté. Une clarification est prévue dans le projet de service social. Néanmoins, une méfiance tenace s'est installée. Elle s'est manifestée par exemple en juin 2017 lors d'une présentation publique réalisée par l'EMG et au cours de laquelle une assistante sociale a manifesté son désaccord sur les périmètres de chacun. Lorsque leur souci de qualité empiète sur la stratégie de l'établissement, il s'avère nécessaire de recadrer les assistantes sociales. Parallèlement, le dialogue est requis. Avec leur responsable hiérarchique (le Directeur des Affaires financières (DAF)) pour les aider à prendre la perspective générale de l'établissement et replacer leur action dans une stratégie globale, celle de la directrice, pour la réalisation du projet de l'établissement. Avec l'EMG, nous recommandons de provoquer des temps d'échanges thématiques. Cela a été le cas pendant le stage. Cela a contribué à apaiser les tensions en se concentrant sur des discussions techniques.

Au-delà des éléments de contexte nous pensons que les difficultés proviennent du passage pour les assistantes sociales d'un fonctionnement de service à un fonctionnement

²³ Accord National Interentreprises (ANI) Qualité de Vie au Travail (QVT)

systémique. Elles ne sont pas opposées à ce changement, néanmoins, un accompagnement est nécessaire pour que leur tension ne se manifeste pas par ailleurs. Ce changement est une opportunité de valorisation de leur travail et de leur rôle.

Pédagogie avec les organisations syndicales

Pour remédier à l'incompréhension d'un représentant syndical sur le rôle de l'EMG, nous suggérons une présentation en instance du dispositif, de son fonctionnement, de ses résultats. La direction pourrait profiter de cette occasion pour réaffirmer son positionnement vis-à-vis du vieillissement de la population. Non pas qu'elle y soit tenue, mais cela pourrait être une tactique pour couper court au discours stipulant que l'établissement serait voué à être rétrogradé en EHPAD. Nous avons pu entendre ce discours de la part des OS mais aussi, inopinément de la part de personnels aussi variés qu'une secrétaire médicale, un cadre administratif ou encore un infirmier.

Communication avec les partenaires

En juin 2017, à l'initiative de la directrice, s'est tenue une réunion de communication sur le parcours de la personne âgée au CHBT. L'EMG a présenté son activité et nous avons présenté un document de synthèse à destination des professionnels et des usagers. Cette communication avait pour cible principale les professionnels libéraux entourant la personne âgée (médecin traitant, infirmier). Elle avait pour cible secondaire les autorités partenaires (ARS et CD). Enfin, y étaient conviées la communauté hospitalière et la presse. Peu de médecins et d'infirmiers étaient présents et le Conseil départemental non plus. En revanche, la communauté hospitalière, le président de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et le DGARS accompagné d'un chargé de mission sur le médicosocial étaient présents. Ce type d'action est à renouveler. Certes, toutes les cibles n'étaient pas présentes, mais l'impact de la réunion peut se mesurer aux réactions des présents :

- Le chef de pôle de la chirurgie souhaite associer l'EMG à un programme de prévention des ré hospitalisations
- Le chef de pôle des urgences témoigne de l'impact du travail déjà effectué avec les urgentistes et souhaite que cela se poursuive
- Le président de l'URML se dit très intéressé et prêt à relayer l'information auprès de ses collègues
- Le DGARS se dit satisfait des résultats et souhaite que l'EMG étende son action hors les murs. Ce qui pourrait pallier à l'absence de leadership en matière de coordination sur le territoire sud Basse-Terre

Ces réactions montrent à quel point ce type de communication peut faire basculer des « hésitants » et des « concertatifs » vers les « engagés »²⁴. La même démarche pourrait fonctionner avec des « passifs » comme les mairies.

3.2.2. Sur les politiques et les dispositifs

3.2.2.1. PAERPA Guadeloupe

Le dispositif « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), encore appelé *Parcours santé des aînés*, sera lancé en Guadeloupe en 2018. Il s'agira d'un PAERPA Antilles puisqu'il sera partagé entre la Martinique et la Guadeloupe. Les moyens ne seront pas suffisants pour couvrir l'ensemble de la Guadeloupe et l'ARS a choisi de privilégier la zone centre (Communauté d'agglomération du centre de la Guadeloupe –CAP Excellence²⁵). Le CHBT est donc a priori exclu (il fait partie de l'Agglomération Sud Basse-Terre). Le dispositif y sera supervisé par le Centre hospitalier gériatrique du Raizet (CHGR).

Le PAERPA se décline en cinq actions clés dont deux concernent directement l'hôpital :

- Action clé n°1 : renforcer le maintien à domicile
- Action clé n°2 : améliorer la coordination des intervenants et des interventions
- Action clé n°3 : sécuriser la sortie d'hôpital
- Action clé n°4 : éviter les hospitalisations inutiles
- Action clé n°5 : mieux utiliser les médicaments

Nous notons que des actions proposées par ce dispositif sont soit en cours soit suggérées dans ce mémoire. Comme l'illustre « le numéro unique pour les professionnels de ville » ou bien « éviter les hospitalisations inutiles ». Le CHBT serait opérationnel pour utiliser les moyens alloués via ce dispositif. Compte tenu de l'identification de la problématique au CHBT, l'établissement pourrait prétendre à bénéficier du dispositif, au moins à titre expérimental. Nous suggérons de solliciter l'ARS à ce propos.

3.2.2.2. Conventions au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

En tant qu'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Sud Basse-Terre, le CHBT participe à l'amélioration du parcours de la personne âgée dans le GHT et au-delà. Les quatre établissements membres du GHT ont élaborés un Projet Médical

²⁴ Voir le diagramme de synthèse p.35

²⁵ Cap Excellence regroupe les communes de Pointe-à-Pitre, des Abymes et de Baie-Mahault. C'est le principal bassin de population (environ 100 000 habitants) et le principal pôle économique (Aéroport, Port en hauts profonds, commerces et industries).

Partagé (PMP). La filière Personnes âgées fait partie des 10 filières retenues. Sur ce sujet, le PMP stipule que le premier objectif de la filière est la « fluidification du parcours d'hospitalisation du patient âgé », par : «

- La diffusion des pratiques gériatriques par l'EMG
- L'hospitalisation programmée préférentielle
- Le projet de court séjour gériatrique
- La meilleure utilisation des SSR et la meilleure communication vers les structures d'aval/Via trajectoire
- La montée en charge des nouveaux services SSR CH Capesterre Belle Eau (CHCBE) et CH Louis Daniel Beauperthuy (CHLDB)
- L'extension de la capacité d'accueil USLD CH CBE et CHLDB »

Le PMP prévoit que les établissements procèdent par convention. Mais nous l'avons vu, le jeu des acteurs et les systèmes d'action concrets font que des accords de principe peuvent être contrecarrés par des fonctionnements réels. Pour se prémunir d'une telle issue, nous proposons de convaincre les partenaires du GHT de l'intérêt commun de s'investir dans cette filière en réalisant une **étude médico-économique partagée au sein du GHT**. Cela permettra à tous les acteurs de se projeter sur un modus vivendi idéal, de mesurer ses effets directs et indirects et de tendre vers cet idéal.

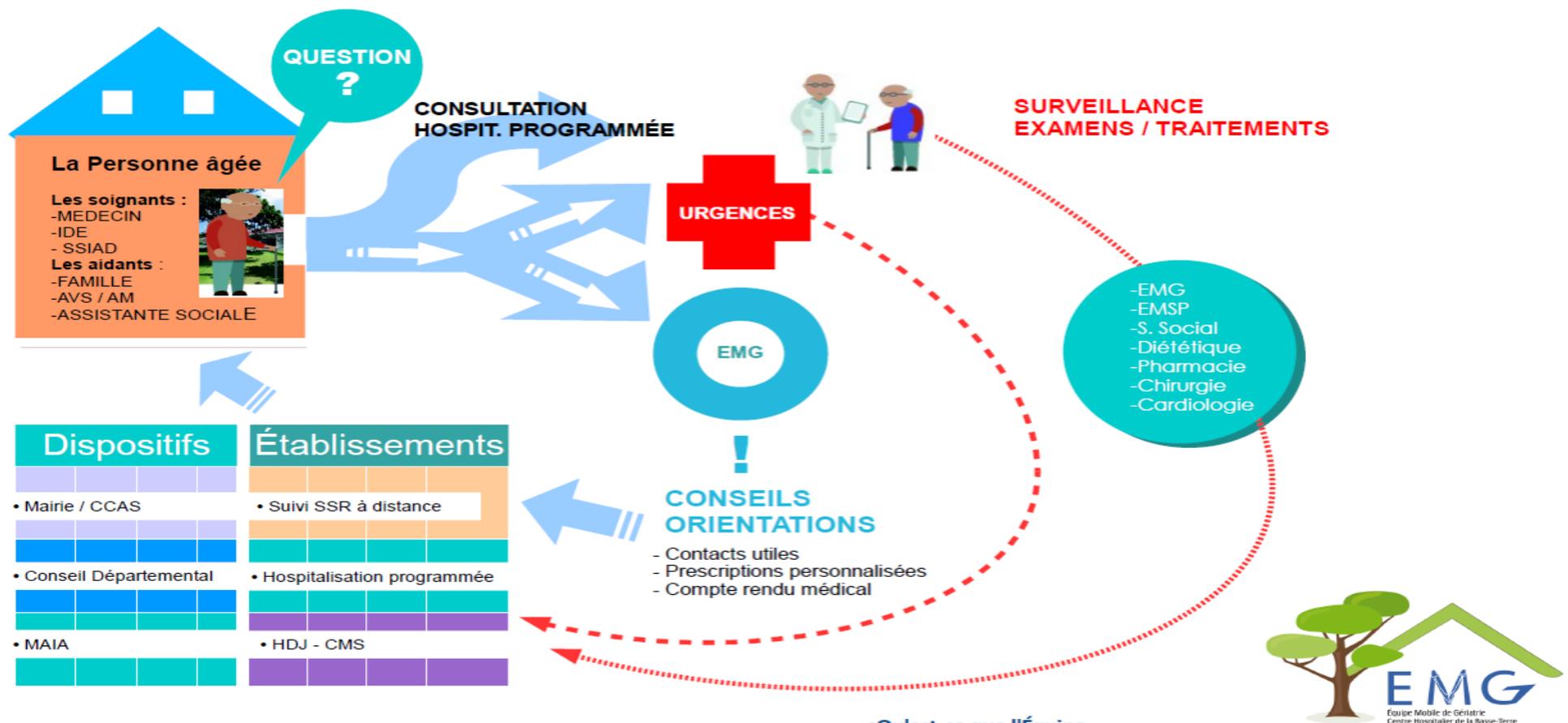
3.3. Actions ciblées

3.3.1. A l'entrée

3.3.1.1. Eviter les passages inutiles aux urgences

Nous avons travaillé de concert avec l'EMG sur ce sujet lors de notre stage. Il faut informer deux types de publics : les personnes âgées et leur entourage et les professionnels qui les entourent au quotidien en ambulatoire.

Nous avons réalisé avec le service de communication du CHBT une série de schémas pour guider usagers et professionnels. Nous vous présentons ci-dessous le schéma qui montre qu'il y a une alternative à l'hospitalisation dans le parcours de soins de la personne âgée. Ce schéma a fait l'objet d'une communication grand public (que nous avons évoquée précédemment) et d'une publication en format papier, dans une brochure intitulée « le parcours de la personne âgée au CHBT ». Cette brochure sera distribuée aux médecins traitants et aux infirmiers libéraux du sud Basse-Terre.



•Qu'est-ce que l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) ?

Elle réalise une évaluation gériatrique au lit du patient pour "évaluer les fonctions cognitives, la marche, la nutrition, la thymie, la continence, les déficits sensoriels, la iatrogénie, la douleur, les troubles cutanés, la fragilité sociale "et ainsi identifier les syndromes gériatriques et les fragilités" proposer des ajustements dans la prise en charge au patient, à son environnement et à ses soignants "afin d'optimiser la prise en charge hospitalière et au domicile. Aident à l'orientation dans la filière " personnes âgées " du territoire Sud Basse-Terre en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile pour organiser une sortie en toute sécurité. Mais aussi œuvrent à sensibiliser à la spécificité des patient âgés.

3.3.1.2. Optimiser l'organisation des urgences

Conscients de l'afflux de personnes âgées aux urgences, sur les conseils de la direction des soins, un aide-soignant en reclassement a été placé dans le service des urgences pour réaliser deux missions : la première consiste à répertorier les personnes âgées aux urgences en attente de lits dans les services de médecine. La deuxième étant de faire un suivi dans les services des lits disponibles pour les patients aux urgences tous âges confondus. L'agent réalisant ce travail va bientôt partir à la retraite et il ne sera pas remplacé. Mais ce repérage précoce mérite d'être valorisé. Avant ce départ, son action devrait être évaluée. Même si ce travail ne répond pas à toutes les attentes, il peut servir de pilote, d'expérimentation, pour une future mission de type régulateur de flux.

Par ailleurs, nous avons déjà abordé l'usage de Via trajectoire par les urgentistes. Nous y revenons néanmoins pour apporter quelques précisions. La responsable du programme à l'ARS nous a indiqué qu'il était sous utilisé par les urgences du CHBT. Pourtant c'est un bon moyen d'anticiper la longueur des formalités nécessaire au transfert de certains patients. Néanmoins, depuis son arrivée, l'EMG sensibilise les urgentistes à cet usage. Cette sensibilisation fonctionne. Mais elle est sujette à deux dérives pour lesquelles il faut être vigilant. D'abord, les internes aux urgences changent régulièrement et il ne faut pas omettre de former les nouveaux arrivants. Ensuite, les urgentistes tentent de faire reposer tout ce qui concerne les personnes âgées sur l'EMG. L'EMG ne doit pas remplir Via trajectoire aux urgences pour se consacrer pleinement à ses propres missions.

3.3.2. Pendant le séjour jusqu'à la sortie

3.3.2.1. Anticiper la sortie : éviter les ré hospitalisations

Comme recommandé par l'HAS, nous proposons d'améliorer la préparation à la sortie afin de prévenir les ré hospitalisations. Dans sa présentation²⁶ à ce sujet d'un médecin gériatre en SSR au CHU, il a été exposé les avantages des **Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)** pour arriver à cette fin. L'objectif des EPP est d'améliorer la préparation de la sortie du patient hospitalisé par une évaluation :

- De l'organisation mise en œuvre soit pour le retour à domicile soit pour le transfert du patient vers un autre établissement de santé ou une autre structure,
- Des informations transmises nécessaires à la sortie du patient,

²⁶ GANTIER C., *Bien préparer la sortie du patient hospitalisé*, 25 novembre 2016, Baie-Mahault WTC, Séminaire sécurité patient en Guadeloupe.

- De la présence des documents et informations nécessaires pour la continuité des soins.

Cette évaluation des pratiques professionnelles concerne les services de soins de suite et de réadaptation gériatrique et de médecin physique réadaptation. Au CHBT cette démarche pourrait être mise en œuvre en médecine B et en SSR cardio vasculaire.

Le responsable de l'UF de médecine B consulté à ce sujet en début d'année 2017 s'est dit intéressé par cette démarche, mais se plaignait à l'époque que son service manque d'un temps de PH. Depuis, il semble que ce temps de PH ait pu être dégagé par la DRH. Il faudrait profiter de cette opportunité pour lancer le programme. De plus, cela pourrait s'inscrire comme un axe d'amélioration du parcours dans le cadre de la certification.

3.3.2.2. Annuaire des établissements d'aval

En mai 2017 un annuaire des structures médicosociales entourant l'établissement a été réalisé par une stagiaire en ingénierie territoriale spécialisée en gérontologie. Pour être valorisé, cet outil pourrait être mis en page par le service de communication. En interne, son contenu pourrait être mis à disposition en intranet et une copie papier pourrait être diffusée dans les services. En externe, cela pourrait être un apport dans un travail collaboratif avec le Conseil départemental et l'ARS pour la réalisation d'un annuaire commun de ces structures. Cela offrirait **un moyen supplémentaire de décloisonner l'hôpital et de renforcer des liens de travail avec ces deux institutions.**

3.3.2.3. Créer un SSIAD

Puisque les services offerts par le seul SSIAD du Sud Basse-Terre ne sont pas satisfaisants, nous conseillons au chef d'établissement de créer un SSIAD. Cette nouvelle activité serait cohérente avec le besoin du CHBT et la politique du CD et de l'ARS²⁷ qui consiste à favoriser le maintien à domicile.

Cette activité serait conçue de façon à apporter des recettes supplémentaires à l'établissement ; Dans une logique gestionnaire, l'établissement devant faire face à des difficultés dans sa recherche d'équilibre budgétaire, l'une des voies possibles est la création de nouvelles activités excédentaires. **Le SSIAD pourrait ainsi répondre à l'exigence de performance, tant sur le plan du parcours du patient en offrant une solution en aval dont la qualité serait maîtrisée, que sur le plan de l'efficience avec une activité soutenant l'équilibre budgétaire de l'établissement.**

Lors d'un de nos entretiens avec la directrice, la question de l'adaptation de l'activité de l'hôpital s'est posée en ces termes : « faut-il en arriver à fermer des lits de médecine pour

²⁷ Confère le Schéma départemental de l'autonomie et entretien avec le responsable de l'Offre médicosociale à l'ARS

ouvrir des places d'aval ? ». compte tenu du contexte conflictuel avec les syndicats et une partie du corps médical, ces deux acteurs n'hésitant pas à mobiliser l'opinion public et les politiques contre le directeur²⁸, il s'agit d'être prudent dans cette voie. L'idée du SSIAD peut en être une variante acceptable. Puisqu'il s'agirait de « s'augmenter » plutôt que de se transformer ou de se diminuer.

3.3.3. Avec les partenaires extérieurs

3.3.3.1. Conventions avec CD ET CGSS

Le dispositif des « Sorties difficiles »

Il s'agit d'un mode d'organisation innovant et spécifique à la Guadeloupe. C'est une fiche, format papier A4 à l'intention des assistantes sociales des Etablissements Publics de Santé (EPS). Elles y indiquent des informations sur des patients de plus de 60 ans dont les caractéristiques sociales en font de potentielles « sorties difficiles ». Cette fiche est envoyée aux services ad hoc du CD et de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale (CGSS) qui les traitent en priorité. De telle sorte qu'au moment de la sortie les difficultés aient pu être anticipées et que ces patients ne deviennent pas des *Bedblockers*. Cette fiche et sa procédure sont élaborées conjointement par des assistantes sociales des trois institutions ; CD/CGSS/EPS. Un groupe de travail a été constitué. Une assistante sociale du CHBT y participe. Nous recommandons une implication du middle management pour que cette convention soit finalisée et mise en œuvre. C'est un axe non négligeable d'amélioration. Lors de notre entretien avec la Directrice de l'autonomie du Conseil départemental, celle-ci a manifesté tout l'intérêt qu'elle accordait au projet, et même son impatience à ce qu'il aboutisse : « Je n'attends qu'une chose, c'est que ma responsable me ramène cette convention pour que je la mette à la signature de la Présidente...mais qu'est ce qui met tant de temps ? ». Profitons donc de cet enthousiasme.

Convention APA et APA U

C'est une autre opportunité de profiter d'une invitation d'un partenaire clé à améliorer la relation fonctionnelle entre le CHBT et le Conseil départemental. En effet, à l'occasion d'une réunion de travail, le responsable de l'APA du CD a proposé d'entreprendre un travail de rédaction d'une procédure précisant les modalités de demande de l'APA et les engagements auxquels se tiendrait le CD. Nous encourageons cette idée qui permettra d'une part d'harmoniser les pratiques des assistantes sociales du CHBT et d'autre part d'engager le CD sur un délai de réponse aux demandes d'APA et d'APA U, si cruciales pour les sorties de certaines personnes âgées.

²⁸ En atteste un conflit sur l'évolution de la maternité dont nous avons été témoin

3.3.3.2. Conventions avec les établissements partenaires

Conventions avec des EHPAD privés

Lors du stage, nous avons pu observer au cours d'une réunion bilatérale entre un établissement privé et le CHBT l'attitude d'une clinique disposant d'un SSR polyvalent. Les représentants de cet établissement s'inquiètent de l'avancée du GHT naissant. Ils sont volontaires pour être partenaires du GHT. C'est là l'occasion d'imposer un comportement avantageux pour le CHBT. Car si cette clinique s'est présentée collaborative avec le CHBT lors de cette réunion, lors d'une réunion avec tous les SSR et l'ARS sur la répartition de l'offre, elle faisait partie des moins conciliants à la transparence sur leur activité. Si un partenariat devait s'établir, il faudrait en profiter pour établir des règles de conduite comme par exemple l'usage de Via trajectoire. On reviendrait ainsi à l'analyse système d'action concret exposée précédemment.

Convention avec la MAIA Sud Basse-Terre

Cette MAIA tarde à prendre toute son ampleur. Son activité avec l'établissement a démarré puis a ralenti. Malgré de nombreuses sollicitations, nous n'avons pas réussi à rentrer en contact avec la responsable du dispositif.

Conclusion

Régler un problème précis de fluidité

En tant qu'instrument phare du système de santé, l'hôpital doit évoluer pour s'adapter au vieillissement de la population. Le cas du CHBT le montre, l'hôpital public est une structure soumise à des contraintes puissantes alors qu'elle doit réaliser des changements rapides. L'hôpital doit être performant ; une performance s'inscrivant dans le cadre national de maîtrise des dépenses et d'exigence élevée de qualité. Il s'agit pour le chef d'établissement de garantir un parcours de qualité de la personne âgée dans son établissement. Il est nécessaire pour cela, de rendre le parcours aussi fluide que possible. L'action du directeur est déterminante dans l'orchestration des acteurs, pour une organisation et une coordination efficaces en interne et en externe.

Dans ce contexte, chaque acteur défend sa position et sera plus ou moins favorable aux décisions du directeur. La directrice du CHBT bien consciente des enjeux de performance à l'œuvre s'active pour déployer les ingrédients requis pour un parcours de qualité : service social, conventions, EMG...Le CHBT s'inscrit bien dans un schéma de gradation des soins sur le territoire. Mais en pratique, ces dispositions se heurtent à la qualité inégale de la coordination et de la communication entre les acteurs.

L'Analyse stratégique s'avère alors utile, à la fois pour l'analyse et pour l'action. En plus d'être une grille de lecture de la complexité des organisations, cette méthode constitue un macro outil pour le manager. Elle permet de prendre de la hauteur et d'insérer toutes les données sociologiques de l'équation. Nous nous en sommes servis pour déconstruire les jeux d'acteur et repérer des actions possibles.

En revanche, nous ne nous sommes pas appesantis sur les spécificités de la Guadeloupe par rapport au sujet. Nous avons bien présenté les caractéristiques singulières du public et les contingences du contexte propres à l'établissement. Mais certains traits particuliers pourraient faire l'objet d'études plus approfondies. Tel est le cas des relations interfamiliales et intergénérationnelles qui semblent connaître une mutation au moment de notre étude. Certains acteurs affirmant que la transition vers un individualisme décomplexé est achevée. Pour ces acteurs, la réalité des personnes âgées est l'isolement et tous discours de solidarité familiale « antillaise » relèverait du « pays rêvé »²⁹. D'autres pensent au contraire qu'en dépit des évolutions de la société (travail des femmes, individualisme, émigration massive vers l'hexagone....), la solidarité familiale envers la personne âgée en Guadeloupe serait plus importante qu'ailleurs. Pour ne pas tomber dans les clichés, mais ne pas passer à côté non plus d'éléments saillants sur le

29 Tiré de l'entretien avec la directrice de l'autonomie du Conseil départemental

sujet, une enquête sur ces représentations et leur réalité serait nécessaire, ce que nous n'avons pas pu mener mais que nous encourageons.

Nous nous sommes concentrés sur le problème de la fluidité du parcours et les moyens managériaux de la favoriser.

Une méthode de management

L'Analyse stratégique adaptée au management nous a permis de bien repérer les acteurs sur lesquels la directrice peut s'appuyer et la façon de le faire. Ces recommandations favorisent les postures qui font du lien et qui permettent d'être force de proposition pour les acteurs internes et externes. Cela nous permet de vérifier que l'analyse stratégique est une sociologie de l'action qui peut servir le manager en se basant sur une démarche scientifique. La communication est essentielle : en interne, avec les médecins, les assistantes sociales notamment. En externe avec les médecins libéraux, l'ARS et le Conseil départemental notamment. Nous en retirons des apprentissages en tant que futur directeur. L'urgence du quotidien incite à sacrifier le temps de l'analyse et de l'observation, incite à passer directement de la compréhension à l'action. Pourtant, c'est bien l'analyse en profondeur qui permet de faire émerger des réponses originales néanmoins pertinentes, et des subtilités dans la façon de mettre en œuvre.

Interroger les notions de territoire et de projet de société et y insérer la place de l'hôpital

Par ailleurs, ce travail a nécessité un bref diagnostic territorial (sans pour autant prendre la place de l'ARS ou des politiques mais en tant qu'observateur). Nous avons pu faire le constat de l'amplitude du sujet.

La question du vieillissement dépasse le champ sanitaire. Traiter ce sujet dans toute son ampleur, même dans le cadre de la réponse hospitalière devrait faire une place aux choix de sociétés et aux contextes politiques et économiques. Ainsi, en dehors du champ médicosocial que nous avons abordé, l'hôpital devrait établir des liens avec la société civile. Nous avons brièvement évoqué le cas des transports publics. La relation aux politiques, aux collectivités serait une piste à approfondir.

Au final

Alors que les marges de manœuvre apparaissaient ténues pour la directrice de l'établissement, *l'Analyse stratégique* a révélé des voies et des pratiques permettant de mobiliser des ressources en interne et en externe. Le plan d'action proposé pourra être complété et offrira une projection à court terme et à moyen terme de l'amélioration du parcours de la personne âgée au CHBT.

Cela dit, sans renier ces propos optimistes, notre étude nous incite tout de même à être prudent. La coordination est le maître mot de la notion de parcours. Or, des

comportements bloquants, même anticipés, même prévenus par les chefs de projet, pourront toujours subvenir et alors poser des difficultés. La coordination ne peut pas être évidente. Elle ne va pas de soi, au contraire. Il faut la construire dans le cadre contraint et le contexte dans lequel l'on se trouve.

Mais notre étude nous conforte aussi dans l'idée que le CHBT a les outils disponibles pour améliorer la qualité du parcours de la personne âgée. A la volonté des acteurs au sein de l'établissement, s'ajoute une prise de conscience des institutions partenaires de la nécessité de dialoguer et d'harmoniser les pratiques pour faire face au défi du vieillissement de la population guadeloupéenne.

Bibliographie

Textes législatifs ou réglementaires

- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et la LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière
- Circulaire n° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les MIG
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
- Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Ouvrages

- ALPE Y., BEITONE A., DOLLO C., 2010, LEXIQUE DE SOCIOLOGIE, 3^{ème} édition. Paris : éditions DALLOZ.
- BARTHELEMY L., BODARD J., FEROLDI J. dir., 2014, *ACTIONS COLLECTIVES « Bien vieillir »: repères théoriques, méthodologiques et pratiques*. Guide d'aide à l'action. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé et action.
- BILLE M., 2004, *La chance de vieillir, essai de gérontologie sociale*. Paris : Editions L'Harmattan.
- BROUSSILLON A., 1996, *Surveillantes à cœur ouvert*, préface de Michel Crozier. Paris : Editions Seli Arslam.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil.
- HASSENTEUFFEL P., 2014, *Sociologie politique de l'action publique*, 2^{ème} édition. Paris : Editions Armand Collin.
- HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, 2013, Paris : éditions Folio Essai.

- RIFKIN J., *La troisième révolution industrielle*, 2012, Paris : éditions Broché.

Article de presse

- LAVENTURE M T. (2016) le chômage et l'emploi : première préoccupation des Guadeloupéens, *France-Antilles*, 13 décembre 2016, p.3

Rapports

- HAS, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 2014, *Manuel de certification des établissements de santé V2010-édition janvier 2014*, Paris.
- Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2006, *Plan solidarité grand âge*, Paris.
- IEDOM, 2016, Guadeloupe Rapport annuel 2015, Pointe-à-Pitre.
- Centre Hospitalier de la Basse-Terre, 2016, *Rapport d'activité 2015*, diffusion interne, Basse-Terre.
- Centre Hospitalier de la Basse-Terre, 2014, *Projet d'établissement 2014-2019*, diffusion interne, Basse-Terre.
- GHT Sud Basse-Terre, décembre 2016, *Projet médical partagé, descriptif des Filières*, Basse-Terre.
- EMG CHBT, 2017, *Des structures et services dans le Sud Basse-Terre, pour une meilleure prise en charge de la personne âgée*, Basse-Terre.
- Tatiana BASILEU (Gérontologue), Leila RINALDO (Gérontologue) Serge LAVEL (Directeur CHGR), 2014, *Contributions de professionnels de la gérontologie de la Guadeloupe au plan de stratégie nationale de santé concernant le vieillissement de la population*, Abymes et Pointe-à-Pitre.

Thèses et mémoires

- HOLCHMAN R., 2008, L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles, Thèse de doctorat en Sciences de gestion sous la direction de Jean de Kervasdoué, CNAM, Paris.
- TOLENADO J., 2007, *Patient âgé aux Urgences : quel accueil infirmier ?* Mémoire de fin d'étude pour le Diplôme d'Etat infirmier de l'IFSI Centre hospitalier Sainte-Anne Paris.

Conférences

- GANTIER C., *Bien préparer la sortie du patient hospitalisé*, 25 novembre 2016, Baie-Mahault WTC, Séminaire sécurité patient en Guadeloupe.

- L. RINALDO ; S. BELSON ; T. BASILEU ZOZIO ; B. TRESSIERES ; A. LANNUZEL. Equipe Mobile Gériatrie, Service de Neurologie. CHU Guadeloupe, 2016, Consultation Mémoire Gériatrique au CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes : Quelles particularités locales pour les démences des patients adressés en consultation mémoire gériatrique en Guadeloupe, Poster, Centre d'Investigation Clinique (CIC) Antilles Guyane, Pointe-à-Pitre.

Pages Internet

- <https://essentiel-autonomie.humanis.com/comprendre-perde-autonomie/evaluer-perde-autonomie/vieillissement-population-mondiale-cas-France>
- <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>
- <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile-necessitant-une-prise>
- <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil-particulier>

Revue

- ANAP, Les parcours de personnes âgées sur un territoire, 2011
- ANAP, Organiser la gouvernance d'un projet Parcours, 2016
- ANAP, Piloter l'activité d'une équipe mobile de gériatrie, 2016
- ANACT, Olivier Mériaux Christian Mahoukou Ségolène Journoud, *10 questions sur ... Les espaces de discussion*, 2015
- INSEE Analyses Antilles Guyane, janvier 2017, Croissance démographique vers une inversion de tendance.

Liste des annexes

- 1) Carte de la GUADELOUPE
- 2) Cartographie des acteurs internes et des acteurs externes
- 3) Cartographie des risques lors du parcours patient, à son entrée
- 4) Guide d'entretien
- 5) Liste des entretiens et des observations participantes
- 6) Exemple d'audit clinique des facteurs de risque de ré hospitalisation

ANNEXE 1 : CARTE DE LA GUADELOUPE



**ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES ACTEURS INTERNES ET DES
ACTEURS EXTERNES**

Qualification des principaux acteurs INTERNES

Caractéristiques	Acteurs interrogés	Enjeux	Atouts (Ressources)	Handicaps	Stratégie
Direction	Direction générale	Améliorer la performance globale de l'établissement : sur le plan de la qualité et sur le plan économique (baisse de la DMS)	Autorité hiérarchique Vision globale par des reportings, des tableaux de bord et la centralisation des rapports. Liens avec les acteurs externes	Contrainte extérieure : Moyens financiers limités du à la maîtrise nationale de la dépense publique. Parcours dépendant d'acteurs extérieurs et de comportements des producteurs de soin	Déployer une gamme d'outils : Parcours HAS, EMG, élève directeur, révision de projet de service
	Elève directeur	Répondre à sa mission de stage	Neutralité. Intervenant extérieur pouvant agir sur les processus	Pouvoir décisionnel limité. pas de pouvoir hiérarchique	Démarche projet participative. Travail sur le service social Production d'une plaquette sur le parcours de la personne âgée Participation à la démarche de certification sur l'axe parcours

	Direction des soins	Disposer des bonnes ressources au bon endroit pour un projet de soin cohérent qui répond aux besoins	Pouvoir hiérarchique. Vision d'ensemble	Positionnement dans le schéma polaire	Par le biais d'un reclassement, a tenté d'utiliser un temps d'agent dédié en partie au repérage de la problématique de personnes âgées aux urgences.
	Responsable relation aux usagers	Satisfaction des usagers et de leurs familles, relativement passifs pendant le séjour mais qui ont de plus en plus recours au contentieux a posteriori	Contact direct et fréquent avec les usagers	Manque de dynamisme des représentants des usagers	Informers les personnes âgées sur leurs droits pour améliorer leur séjour
Caractéristiques	Acteurs interrogés	Enjeux	Atouts (Ressources)	Handicaps	Stratégie
Médecins	Equipe mobile de gériatrie	Réussir son intégration. Avoir un impact sur la qualité de la prise en charge de la personne âgée	Vision transversale. Répond à un besoin	Nouvellement constitué. Pas totalité des moyens	Aller au-devant des professionnels et acteurs concern2s par leur travail

	<p>Chef de pôle, chef de service des urgences</p>	<p>Diminuer la DMS et améliorer la qualité de la prise en charge</p>	<p>Pouvoir organisationnel au sein du pôle</p>	<p>Pas encore de contractualisation</p>	<p>S'appuyer sur les ressources internes à l'établissement pour favoriser les sorties des patients</p>
	<p>Interne en gériatrie</p>	<p>Découvrir les pratiques en service et s'aguerrir à la pratique. Mais pour cela une bonne intégration est nécessaire</p>	<p>Positionné sur un champ qui fait défaut dans le corps médical au CHBT</p>	<p>Pas encore assez de savoir et savoir-faire pour être référent</p>	<p>Sensibiliser les médecins du service et ainsi apporter une plus-value</p>
	<p>Chef de service de médecine B</p>	<p>La médecine B fait en quelque sorte office de cours séjour gériatrique mais sans les moyens et les adaptations requis</p>	<p>A le plus de personnes âgées dans ses lits. Bonne rotation d'interne</p>	<p>Manque un PH et un temps de secrétariat</p>	<p>Renforcer les moyens humains du service, s'appuyer sur l'EMG, formation et sensibilisation des internes</p>

	Chirurgien	Des patients opérés de plus en plus âgés. Cependant une DMS qui devrait être courte et maîtrisée	Fluidité de l'activité importante pour l'établissement car peut rapporter vite beaucoup de recettes	En difficulté par ailleurs : sur la productivité, la sécurité et l'approvisionnement en DMI du bloc	Programme pour limiter la durée d'hospitalisation des patients âgés opérés
Caractéristiques	Acteurs interrogés	Enjeux	Atouts (Ressources)	Handicaps	Stratégie
Paramédical	Cadres de pôle	Instaurer une culture polaire. Sensibles au sujet car au cœur des missions des deux pôles : urgence et médecine	Pouvoir hiérarchique et d'organisation avec la direction des soins et le chef de pôle	Doit composer avec la direction des soins et le chef de pôle	Composer avec la logique direction des soins et la logique polaire
Organisations syndicales	CHSCT et observation participante	Eviter la médico socialisation Maîtriser l'orientation générale de l'orientation en ce sens	Représentés au CTE, au CHSCT, au Conseil de surveillance	Avis consultatifs	Dénoncer toute tentative de médicosocialisation de l'hôpital

Service social	Assistantes sociales	Passage d'une logique de métier à une logique de système. Crainte de dépossession de leurs missions	Une compétence reconnue. Bonne connaissance de leur métier. Bonne connaissance de l'institution.	Positionnement hiérarchique à clarifier. Manque de lisibilité sur leurs actions	Méfiance vis-à-vis de l'EMG
-----------------------	-----------------------------	--	--	--	-----------------------------

Qualification des principaux acteurs EXTERNES

Caractéristiques	Acteurs interrogés	Enjeux	Atouts	Handicaps	Stratégie
	Directeur général	Apporter une offre structurée au vieillissement sur le territoire	Pouvoir de planification et de financement complémentaire	Doit penser sur l'ensemble du territoire alors que celui-ci est triplement archipélagique. D'autre part, les moyens sont tirillés par les situations déficitaires de la plupart des établissements publics	Observer les atouts et handicaps des acteurs pour distribuer en fonction les moyens

ARS	Responsable des personnes âgées du service offre de soins versant médicosocial	Favoriser le maintien à domicile et l'homogénéité de l'offre médicosociale publique et privée	Au fait des dispositifs. Moyens pour orienter l'offre	Peu de ressources hiérarchiques. Palette d'établissements et d'acteurs trop grande pour en avoir une vision fine	Encourager le maintien à domicile et former les EHPAD privés
	Responsable du déploiement Via Trajectoire SSR et EHPAD	Via trajectoire est d'autant plus efficace que tout le monde y adhère et joue la transparence	Outil facile d'usage et éprouvé	Le contexte réglementaire du SSR (tarification) est en cours de mutation. Ce qui encourage les acteurs les plus frileux à l'attentisme	Sensibiliser à Via trajectoire par un groupe de travail des SSR publics et privés
Conseil départemental	Elu en charge de l'autonomie	Apporter une réponse structurée au besoin populationnel et à la demande institutionnelle	Légitimité électorale. Bonne connaissance du secteur sanitaire et médicosocial	Besoin de relais sur le terrain et d'une dynamique interne pour appliquer le schéma départemental	Encourager les actions préconisées dans le schéma départemental récemment produit

	Directrice de l'autonomie	Concilier un budget contraint qui devrait diminuer et une demande qui devrait augmenter de façon exponentielle	Autorité hiérarchique. Bonne connaissance et expérience sur le sujet	Forte contrainte budgétaire	Mettre en œuvre le projet « sorties difficiles »
	Cadre responsable de l'APA	Efficacité de l'APA	Dispositif crucial dans l'accompagnement des personnes âgées	Manque de lisibilité réciproque des processus internes du CHBT et du CD	Souhaiterait élaborer une convention avec l'établissement pour clarifier les demandes d'APA
Autres établissements potentiellement partenaires	Médecin coordonnateur EHPAD	Lien avec l'hôpital pour services mutuels	L'EHPAD est une ressource pour le CH car aval	Pouvoir de conseil pas de décision	Mise en place d'une filière inter établissement avec le CHU

	Médecin EMG CHU	Consolider le positionnement et les apports des EMG. Apporter une réponse à une demande considérable	Fait aussi de la recherche de la formation et de la vulgarisation à l'échelle régionale	Effectif insuffisant	Collaboration avec l'EMG du CHBT souhaitée
MAIA	Responsable de la MAIA du territoire centre	Imposer et insérer ce nouveau dispositif dans les pratiques quotidiennes	Soutenu par l'ARS. Répond à un besoin important	Dispositif mal connu par les utilisateurs. Hétérogénéité des pratiques des professionnels	Recruter des cas repérés lors de leur hospitalisation
Médecin libéral	Président de l'URML	Avoir un contact avec l'hôpital	Bonne connaissance du patient et de la famille	Disponibilité	Jusqu'ici, envoie des personnes aux urgences quel que soit l'importance du besoin hospitalier

**ANNEXE 3 : CARTOGRAPHIE DES RISQUES
PARCOURS DU PATIENT-ETAPE ADMISSION**

Thématique HAS	PARCOURS PATIENT										
N°		PDCA - Sous-processus	Résultat attendu (Qui, ou, quand, comment...)	Défaillance / Dysfonctionnement	Effet / Conséquence / Risque	Barrière existante	F	G	Cr p	Analyse des causes	Barrière à mettre en place
1	A D M I S S I O N	Pré-admission	Remise d'un certificat d'hospitalisation avec une date. Puis, le patient se présente le jour j.	Le patient ne vient pas (décès, empêchement, oubli, évolution de la maladie...)	Services vivent mal que le lit soit réservé (présent mais non disponible). Surtout si pas de balayage pour annuler admissions non réalisées. Désorganisation. Ou bien, Comme liste d'attente, dès que absence confirmée, appel de quelqu'un d'autre (hds et urcv)	Recontacter les patients 48h à l'avance (pour DMI cardio, hds, urcv. infirmière ou secrétaire. La secrétaire le fait). Préciser aussi sur le certificat de prévenir en cas d'annulation.	2	2	1	Absence de procédure (qui fait quoi), sauf pour l'hdj et l'endoscopie.	Mettre en place une procédure identique pour tous les services

	Admission dite en "entrée directe"(par rapport à entrée par mutation)	Information arrive au bureau des entrées qui réalise l'admission administrative de façon complète. Ce qui crée les conditions d'une sortie administrative et d'une facturation de qualité.	Le BE n'a pas l'information à l'entrée ou à la sortie de l'hospitalisation	Dossier incomplet et défaut de facturation	L'organisation requise voudrait que les patients soient admis après leur entrée par les urgences et leur passage au BE. Et leur sortie devrait avoir lieu le matin	4	5	16	Une coordination (Relations et répartition des rôles) parfois défaillante entre BE, l'admission dans les services et les urgences. Un point majeur de dysfonctionnement identifié: les horaires différents des acteurs concernés. Par exemple: les moments de fermeture des BE des urgences ou encore les temps de prescriptions médicales dans les services	Appliquer: Sortie préparée la veille et sortie aux heures d'ouverture du BE (plutôt le matin). Ou bien, Vérifier systématiquement que sur les fiches d'hospitalisation et sur le logiciel que la carte vitale a été fournie. Alerter le BE.	
3				pas de contrôle de couverture santé. Repéré à la sortie sauf si le BE le signale	Défaut de dossier administratif et de facturation. Peut potentiellement freiner la réalisation de soins	La PASS peut être appelée. Cristal Link, entrée dossier patient par IDE pour soins (piquer, peser, ...). BE n'est alerte qu'en fin de séjour	4	5	16	Vérifier durant le séjour que ses droits sont ouverts. Par ex qu'un agent passe dans les services pour faire ces vérifications	
				Hospitalisation pour un problème social	Hospitalisation longue et non justifiée	Orientation vers une structure appropriée au départ	3	3	6	Besoin de répit de l'entourage	Chercher structures de répit, gardes malades
4				établissements communiquent	dossier incomplet ou non remis	admission se fait mais de manière incomplète	appeler l'établissement pour avoir bs	3	2	3	Respect des règles de transfert

Questionnaire

Directrice générale adjointe du Conseil Départemental

Préambule : présentation de l'enquête

Madame la directrice,

Je m'appelle Youri BANGOU. Je suis élève directeur d'établissement sanitaire, social et médicosocial. Dans le cadre de cette formation je réalise actuellement un stage long (novembre 2016 à juillet 2017) au CHBT. L'une de mes principales missions consiste à réfléchir aux moyens d'améliorer le parcours de la personne âgée au CHBT et plus généralement sur le territoire Sud Basse-Terre. En outre, je réalise un mémoire sur le thème suivant : l'hôpital face aux enjeux du vieillissement en Guadeloupe.

Je vous ai contacté afin de m'entretenir avec vous sur ce sujet. Le Conseil départemental (CD) est un acteur essentiel de la prise en compte de cette problématique par les pouvoirs publics.

Présentation, contexte

- Pouvez-vous préciser les contours de votre fonction ?
- Dans quel cadre intervenez-vous/êtes-vous intervenues dans la politique d'accompagnement des Personnes âgées (PA) du CD ?

La personne âgée

- Quelles sont selon vous les grandes caractéristiques de la PA en Guadeloupe ?
- Existe-t-il des spécificités au Sud Basse-Terre ?
- Un récent sondage³⁰ a montré que les PA ne faisaient pas parti des préoccupations politiques de la population. Comment l'expliquer ?
- Quelles sont les enjeux du vieillissement de la population pour le CD ? Sur le plan :
 - Economique
 - Politique
 - Organisationnel
- Comment maintenir la personne âgée guadeloupéenne à domicile ?
- Comment appréhendez-vous les effets de l'environnement matériel et social de la personne âgée à vos réflexions et politiques ?

³⁰ Sondage Qualistat 2016 réalisé sur un panel de 501 personnes

Structures et dispositifs

- Pourquoi n'y a-t-il pas plus de CLIC ?
- Seriez-vous favorable à des SPASAD, des PAERPA ?
- L'APA concerne de nombreux foyers en Guadeloupe. Le CD arrive-t-il à faire face à cette demande sur le plan budgétaire ?
- Les EHPAD
 - Différents niveaux d'EHPAD sont ils considérés (en fonction du niveau de dépendance)
 - Quels sont les enjeux des projets d'EHPAD publics de Centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau et du Centre hospitalier gériatrique du Raizet
- L'accueil familial est historiquement important. Comment le pérenniser ?
- Auriez-vous un premier bilan pour les MAIA

Les partenaires du Conseil départemental

- Les Assistantes Sociales du CHBT se plaignent de délais de réponse importants de vos services.
 - Avez-vous le même ressenti ?
 - Comment l'expliquer ?
- Sur quoi repose le succès de la mise en place d'un dispositif de sorties difficiles ?
- Comment la conférence des financeurs arrivent-elles à concilier des intérêts parfois divergents des institutions ?
- Comment s'établissent les liens entre le CD et les collectivités en matière de politiques publiques d'accompagnement des personnes âgées ?

Demande de documents :

- Organigramme
- Rapport de l'Observatoire handicap et vieillissement
- Budget consacré à la prise en charge des personnes âgées
- Schéma directeur papier, ancien

ANNEXE 5 : LISTE DES ENTRETIENS ET OBSERVATIONS

Liste des entretiens

- Conseil Départemental
- Agence Régionale de Santé
- Equipe Mobile de Gériatrie du CHBT
- Equipe Mobile de Gériatrie du CHU de Pointe-à-Pitre/Abyes
- Médecin coordonnateur du Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet
- Interne en médecine du CHBT en formation de gériatrie
- Assistantes sociales du CHBT
- Cadre de santé de pôle du CHBT
- Directeur des soins du CHBT
- Directrice du CHBT
- Chefs de pôle
- Responsable de la MAIA Grande-Terre

Liste des observations participantes

- DGARS
- Service social et conseil départemental
- Organisations syndicales à travers le CHSCT et le CTE
- Réunion SSR

ANNEXE 6 : AUDIT CLINIQUE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUDIT CLINIQUE PREPARATION DE LA SORTIE DU PATIENT HOSPITALISE

Date de remplissage :

	OUI	NON
Contact et continuité		
1- Médecin traitant déclaré		
2- Médecin traitant joint par téléphone dans les 48H suivant l'admission		
3- Coordonnées des intervenants paramédicaux renseignés		
Repérage et évaluation de la complexité		
4- Repérage des facteurs de risque de réhospitalisation (score 8PS)		
5- Evaluation sociale à l'admission		
Information du patient		
6- Projet de sortie expliqué au patient		
7- Durée d'hospitalisation envisagée expliquée au patient		
8- Rédaction des directives anticipées		
9- Désignation d'une personne de confiance		
Préparation de la sortie		
10- La check-list de sortie est remplie et archivée dans le dossier		

Si le patient n'est pas apte à recevoir les explications ou documents ils seront remis à la personne de confiance ou au représentant légal (si mineur, tutelle ou curatelle)

Si le Médecin traitant n'est pas joignable, merci de reporter l'heure et le nombre d'appels.

BANGOU	Youri	08/12/2017
Directeur d'établissement sanitaire, social et médicosocial Promotion 2017		
LE CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE-TERRE FACE AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN GUADELOUPE		
<p>Résumé :</p> <p>Le Centre Hospitalier de la Basse-Terre (CHBT) est un CH Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de taille modeste mais essentiel pour la Région puisque que c'est le seul CH MCO de l'archipel hormis le CHU situé à 1h20 de route. Le CHBT est confronté à une affluence croissante de personnes âgées. Personnes âgées dont les caractéristiques (maladies chroniques, précarité, isolement...) sont autant de facteurs associés à des séjours hospitaliers prolongés.</p> <p>Le problème à résoudre consiste à fluidifier le parcours de la personne âgée. La problématique étant la suivante : si les solutions techniques et juridiques sont connues, il faut plus qu'une simple boîte à outils au directeur. Il faut comprendre les résistances à l'action, les analyser pour obtenir des moyens de les surmonter.</p> <p>Le CHBT s'inscrit dans un contexte institutionnel marqué par les difficultés financières des structures publiques, la faiblesse de structures de coordination et une offre privée aux tarifs dissuasifs pour une partie de la population. En interne, le chef d'établissement doit faire face à des résistances au changement. La maîtrise des dépenses impose une gestion stricte des ressources ayant pour conséquence le repli de chacun sur ses fonctions. La coordination de tous ces métiers, le pilotage de l'action de ces professionnels devient d'autant plus complexe.</p> <p>Nous avons employé la méthode de l'Analyse stratégique pour démêler les enjeux qui se croisent sur le sujet du parcours de la personne âgée. Cette méthode relevant de la sociologie des organisations, nous a offert une grille de lecture de la situation en interne et en externe. Elle nous a également permis d'entrevoir des pistes d'action pour le chef d'établissement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Management-Analyse stratégique-coordination-sociologie des organisations-équipe mobile de gériatrie-service social-jeu des acteurs-système d'action concret-sorties difficiles.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		