



EHESP

Filière directeur des soins

Promotion : **2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Faciliter les parcours des personnes
âgées suite à une hospitalisation.
Le territoire de santé : un enjeu de
coordination pour le directeur des
soins.**

Jacky HOUSSET

Remerciements

Nous tenons à remercier les professionnels interviewés pour leur coopération et leur disponibilité.

Nous remercions Madame Marie-Aline BLOCH pour ses conseils méthodologiques, son accompagnement de qualité et sa disponibilité,

Mme Sophie BURLLOT-TUAL pour son expertise et ses réponses à mon questionnaire dans le champ médico-social,

Mme Catherine DAGORET et M. Jean-René LEDOYEN pour leur accompagnement avisé du projet de mémoire et de la note d'étape,

Mme Véronique THOMAS et Mme Dominique PERRON pour leur tutorat en stage et leur relais précieux auprès des professionnels,

Et mon épouse, Marie-Claire, mes enfants, Maxime et Etienne, qui m'ont accompagné avec patience et bienveillance tout au long de cette année de formation.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La coordination des parcours des personnes âgées hospitalisées : une notion au carrefour de plusieurs concepts	6
1.1 La coordination	6
1.2 Les parcours des personnes âgées	9
1.3 Les coopérations entre les acteurs	10
1.4 Les outils de coordination et de communication entre les acteurs.....	12
2 Entre discours et réalités : une étude au sein d'un établissement de santé implanté sur un territoire de santé de proximité.....	19
2.1 Un territoire marqué par le vieillissement de sa population et une coordination gériatrique favorisant le développement des parcours des personnes âgées	19
2.2. Analyse des résultats de l'observation documentaire et des entretiens.....	25
2.2.1. Les parcours : une orientation stratégique régionale déclinée en filière gériatrique intra hospitalière	25
2.2.2. Une dynamique partenariale et des professionnels favorables aux parcours mais l'absence d'outils co-construits avec les partenaires externes	26
2.2.3. Vers un dossier patient unique informatisé, la mise en place du DMP et du DLU en EHPAD.....	30
2.2.4. Les facteurs de succès et les limites pour la mise en place de la coordination des parcours	30
2.3. Le témoignage des acteurs et la réalité observée en faveur d'une approche gériatrique à partager et d'outils de coordination à développer	31
2.4. Synthèse de l'étude : des savoirs confirmés et de nouvelles perspectives en matière de coordination des parcours.....	37

3	Le directeur des soins : un acteur central dans l'organisation des parcours de soins et du partenariat des acteurs	43
3.1	Un projet médico-soignant centré sur les besoins de la population âgée, l'offre de soins et les organisations à mettre en place pour la coordination des parcours	43
3.2	Le directeur des soins : un acteur de communication et de liens entre les partenaires internes et externes pour favoriser la co-construction d'outils.....	46
3.2.1	L'implication du directeur des soins dans les Instances de réflexion du projet territorial de santé et dans le développement de liens avec les acteurs du champ médico-social.....	46
3.2.2	En intra-hospitalier, le directeur des soins utilise des leviers pour développer les coopérations et les parcours (le DPC, la médiation, la formation)	48
3.3	L'accompagnement de la mise en œuvre des outils de coordination	50
	Conclusion	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I
	Annexe I.....	II
	Annexe II.....	IV
	Annexe III.....	V
	Annexe IV.....	VI
	Annexe V.....	VII
	Annexe VI.....	VIII

Liste des sigles utilisés

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
ANAP	Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance dans les établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APHP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
ASSAD	Associations de Services et de Soins A Domicile
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CGS	Coordonnateur Général des activités de Soins
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CME	Communauté Médicale d'Etablissement
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, Rééducateurs et Médico-Techniques
CTR	Conseiller Technique Régional
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
DS	Directeur des Soins
EDS	Elève Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico Sociaux
FPH	Fonction Publique Hospitalière

GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Loi du 21 juillet 2009 relative à la réforme de l'Hôpital, des Patients de la Santé et des Territoires
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MEAH	Mission Etudes et Audits Hospitaliers
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OSCARD	Observatoire Sociale Croisée des Acteurs Régionaux et Départementaux
PAERPA	PArcours de santé des personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Programme Personnalisé de Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Projet Stratégique Régional de Santé
PTS	Projet Territorial de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDOMS	Schéma Départemental d'Organisation Médico-Sociale
SLD	Soins Longue Durée
SROS	Schéma Régional d'Organisation de l'Offre de Soins
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT	Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)
T2A	Tarifcation A l'Activité

Introduction

Face aux défis à relever que sont le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et dégénératives et leurs conséquences sur le système de santé en termes de coûts, les réformes successives affichent une volonté politique de réorganisation de l'offre de soins territoriale¹ pour rendre le système hospitalier performant. Dans cette logique, la loi HPST² a confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) le pilotage et la coordination régionale de la mise en œuvre des réorganisations structurelles (coopérations, Communauté Hospitalière de Territoire...) au service de l'amélioration de l'efficience des parcours patients.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol TOURAINE³, l'a indiqué lors d'un conseil des ministres : le parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée sera le pilier central de la stratégie nationale de santé. Son but est de décroiser le système actuel pour une meilleure prise en charge des patients, notamment des personnes dépendantes. Le 4 mars 2013, six mois après le lancement du Pacte de confiance, et lors de la remise du Rapport de M. COUTY⁴ sur l'avenir de l'hôpital, la Ministre a annoncé les treize engagements du Pacte de confiance. Il comporte la création d'un service public territorial de santé dont l'objectif est que toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers. Dans ce sens, M. le Premier Ministre, Jean-Marc AYRAULT, a lancé en février 2013 une mission pour donner le cap à la stratégie nationale de santé. Elle a été confiée à un comité des « sages » dont le Président est M. Alain CORDIER⁵. Ce comité a produit un rapport⁶ qui a été remis le 21 juin 2013. Celui-ci plaide en faveur d'un changement lisible du système de santé bâti autour des patients et non autour des structures. Il définit un projet global pour la stratégie nationale de santé avec dix-neuf recommandations.

Pour renforcer cette orientation, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose, à travers la certification, un dispositif évaluant le service médical et paramédical rendu

¹ L'offre de soins territoriale est définie par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et le Schéma Régional Ambulatoire définis par l'ARS et déclinés au niveau des territoires (six départements de la région concernée)

² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative à la réforme de l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires

³ Hospimedia : [visité le 01/02/2013], article paru le 16/01/2013 15h24 « Le parcours comme pilier de la stratégie nationale de santé », disponible sur internet : <http://www.hospimedia.fr>

⁴ Edouard COUTY : Conseiller Maître à la Cour des Comptes

⁵ Alain CORDIER : Ancien directeur général de l'APHP, Membre du Comité Consultatif National d'Éthique, Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé

⁶ Rapport CORDIER, 21 juin 2013, « Un projet global pour la stratégie nationale de santé », 108 p

s'appuyant sur la méthode du patient traceur⁷ pour réaliser des parcours patients développant des pathologies chroniques et l'évaluation de la qualité d'accompagnement de ceux-ci. Cette méthode s'inscrit dans des objectifs d'efficience, de performance et de sécurisation des organisations de soins pour les établissements et de qualité et de satisfaction pour les usagers.

Le parcours patient a été introduit par la certification HAS version 2 qui le place au cœur du manuel de certification, dans le chapitre 2. La HAS le définit par la qualité et la sécurité des prestations délivrées tout au long du parcours du patient. Les objectifs sont entre autres la continuité des soins, le respect de sa dignité et de son intimité, sa participation active au projet thérapeutique, la coordination des professionnels et le management du secteur d'activité.

Au sein des établissements de santé, le Directeur des soins est un acteur stratégique pour assurer cette coordination transversale avec le Président de la CME⁸, les équipes médicales et l'encadrement. Son rôle est important dans la mise en œuvre de la politique de soins. Ses missions sont inscrites dans le Décret du 29/09/2010 portant statut particulier du corps des directeurs de soins⁹. Membre de droit du Directoire en qualité de Président de la Commission de Soins Infirmiers Rééducateurs et Médico-techniques, il conseille le directeur entre autres sur ces aspects. Plus précisément, il est responsable de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique des soins. Avec l'encadrement supérieur et de proximité, en collaboration avec le Président de la CME et les chefs de pôles, il garantit l'organisation générale des soins dans une optique de qualité, continuité et sécurité de la prise en charge des patients.

Concrètement, son rôle est de coordonner, d'évaluer les parcours des patients hospitalisés à travers les orientations définies dans le projet de soins et selon les typologies de prises en charge des patients. Le directeur des soins s'appuie sur des méthodes comme le chemin clinique¹⁰ et des méthodes de gestion des risques pour apporter une valeur ajoutée et maîtriser les risques dans la coordination médico-soignante des patients cancéreux ou des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire par exemple. Mais le chemin clinique standardise la prise en charge médicale et n'est pas adapté pour les patients atteints de pathologies chroniques avec des problématiques

⁷ Selon la HAS : certification et actualités n° 5 juin 2012 : la méthode du patient traceur [site visité le 01/02/2013], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, « La méthode du patient traceur a pour objectif d'évaluer au travers de l'expérience de soins d'un patient les modalités de sa prise en charge et donc les processus et les organisations qui s'y rattachent. Cette méthode place le regard des experts-visiteurs au cœur des parcours de soins, au contact des équipes au sein des unités de soins ».

⁸ CME : Commission Médicale d'Etablissement

⁹ Décret n°2010 - 1138 du 29/09/2010 portant statut particulier du corps des directeurs de soins

¹⁰ Selon la HAS, Service évaluation des pratiques, 2004, « Le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. C'est une méthode qui fait appel à l'analyse des processus, la planification des soins et l'élaboration de procédures de soins et de protocoles thérapeutiques ».

sociales présentant donc des situations particulières, car il se décline pour une pathologie spécifique et fréquente.

Au cours d'expériences professionnelles de faisant fonction de directeur des soins, nous avons constaté que les cadres de santé des unités accompagnant des personnes âgées poly-pathologiques adressées par leur structure médico-sociale rencontraient des difficultés pour organiser leur sortie et favoriser la continuité des soins.

Ainsi, une personne âgée hébergée dans une maison de retraite et adressée aux urgences pour une décompensation de son diabète, puis hospitalisée en médecine, n'avait pu rejoindre son établissement à la fin du séjour hospitalier faute de place. Pourtant le cadre s'était assuré auprès de l'établissement d'accueil de cette possibilité. Il en avait informé la patiente et sa famille.

L'analyse de cette situation singulière révèle d'une part, le manque d'efficacité du dispositif de coordination, et d'autre part, interroge les mécanismes de coopération entre les professionnels des deux structures. Elle apporte une réponse inadaptée à la sortie de la personne avec le risque de perte de repères, de désorientation voire de ré-hospitalisation de celle-ci, et d'une insatisfaction de la personne et de sa famille.

Pour l'établissement de santé, ce défaut de coordination représente une perte de temps, d'énergie, un allongement de la durée moyenne de séjour, une baisse éventuelle d'attractivité vis-à-vis des patients. Cette difficulté se traduit aussi par un coût non négligeable lié à la consommation de ressources et aux pertes financières liées aux mécanismes de financement de la tarification à l'activité. Les alternatives à l'hospitalisation de type SSIAD, HAD respectent des critères d'inclusion bien définis et ne peuvent intégrer l'ensemble des personnes après une hospitalisation.

Ces constats fréquents et les difficultés d'engorgement des urgences dans les établissements ont amené la MEAH¹¹ de 2006 à 2008 à organiser un chantier pilote « gestion des lits » associant dix établissements volontaires publics et privés. Les résultats de cette étude ont montré que les établissements se confrontaient souvent à un problème de solutions d'aval pour organiser les sorties des patients. Des préconisations institutionnelles portaient entre autres sur les mesures concernant la prise en charge du patient et l'organisation interne des services dont l'organisation précoce du devenir des patients, en construisant de façon anticipée un projet médico-soignant. Les actions préconisées s'articulaient autour de l'organisation et la définition des rôles et missions de chacun en utilisant la gestion des scénarii et l'approche processus. Le Directeur des soins inscrit cette orientation de coordination et de continuité des soins dans le projet

¹¹ MEAH : Mission Expertise et Audit Hospitalier, 2008, chantier pilote « gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques ».

d'établissement et le projet de soins, via le CPOM¹², et l'accompagnement par le service social vient en appui de la prise en charge coordonnée des patients.

De plus, l'ANAP¹³, dans le guide « parcours des personnes âgées sur un territoire »¹⁴, établit le même constat : « les organisations mises en place pour structurer l'offre et assurer une meilleure coordination des prestations (réseaux, coopérations, filières gériatriques) ne suffisent pas à délivrer un service « intégré », lisible pour l'utilisateur. Les professionnels agissent en silo et le territoire manque d'un pilotage transversal adapté aux enjeux ». Les Directeurs des soins du territoire peuvent interpeller le Directeur des soins Conseiller Technique Régional de l'ARS pour qu'il les conseille, coordonne et évalue ces orientations inscrites dans les projets de soins des établissements en cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS).

Cette analyse du contexte autour de la coordination du parcours patient intéresse le directeur des soins car elle interroge ses missions transversales de coordination et ses capacités à organiser des leviers pour optimiser la qualité de l'accompagnement des patients hospitalisés lors de leur sortie comme facteur d'efficacité de l'activité hospitalière.

Ces constats nous amènent pour notre recherche à nous questionner selon le fil conducteur suivant : **en quoi le directeur des soins peut-il apporter sa contribution pour coordonner les parcours des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales du territoire de santé de proximité?**

Il apparaît fondé de se questionner sur les aspects stratégiques et opérationnels des missions du directeur des soins ainsi que sur sa collaboration avec les autres acteurs impliqués dans la coordination des parcours de soins.

- Quelles sont les conditions de mise en place de la coordination des parcours?
- Concrètement, le directeur des soins favorise-t-il la mise en place de ces conditions en collaboration avec le Président de la CME, les équipes médicales et l'encadrement ?
- Quels sont les écarts entre les discours et la réalité ?
- Quelles sont les difficultés observées ? Quels sont les leviers ?
- Quels sont les facteurs de succès ?

Nous pouvons formuler quatre hypothèses issues de ce questionnement :

- La qualité de la coopération du directeur des soins avec les acteurs internes (Président de la CME, médecins et cadres) et externes (Directeur d'établissements sanitaires et sociaux et médecin coordonnateur d'EHPAD) est un des facteurs favorisant la coordination au sein de l'établissement.

¹² CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

¹³ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

¹⁴ Guide ANAP, 2011, « le parcours de santé des personnes âgées sur un territoire ».

- La co-construction d'outils de coordination en interne et en externe que le directeur des soins accompagne, peut contribuer aux échanges professionnels et favoriser la continuité des soins.
- Des facteurs de succès, des obstacles et des limites rencontrés par les acteurs pour se coordonner expliquent le niveau de contribution du directeur des soins à cette coordination.
- Des écarts entre les discours des professionnels et la réalité apportent de nouvelles perspectives pour développer la coordination des parcours des personnes âgées.

La recherche de la réponse à notre question centrale est basée sur une étude de terrain dans un établissement de santé implanté sur un territoire de santé de proximité. Cette étude s'appuie sur l'observation documentaire des PRS, SROMS, projet d'établissement et projet de soins pour rechercher la cohérence des orientations stratégiques entre ces différents documents et le niveau d'intégration de ces orientations contenu dans le projet de soins. Une enquête a été également menée à l'aide d'entretiens qualitatifs semi-dirigés enregistrés et testés avec la construction au préalable d'une grille d'analyse (Cf. Annexe I), d'un guide d'entretien (Cf. Annexe II) et d'une grille d'observation des dossiers dont les traceurs repérés et analysés sont identiques à ceux recherchés dans les entretiens. La méthodologie s'appuie sur la réalisation de quinze entretiens et de cinq études de parcours de personnes âgées (observations des dossiers de soins). Cette enquête a permis de recueillir l'avis des différents professionnels impliqués (directeur des soins, Président de CME, médecins, cadres supérieurs de santé et cadres de santé, directeur des établissements médico-sociaux, conseiller technique régional à l'ARS, assistante sociale, infirmières coordonnatrices des SSIAD, directrice de l'autonomie au Conseil régional) dans le but d'analyser leurs discours et de mesurer les écarts avec les parcours observés. Les limites de la méthodologie de recherche portent sur le nombre limité d'établissements et de professionnels enquêtés, sur des résultats apportant des tendances difficilement généralisables. La mesure des écarts entre les discours et les réalités observées peut permettre d'orienter les choix de coordination et d'intégration à mettre en place par le directeur des soins.

Dans une première partie, nous tenterons de définir la coordination des parcours des personnes âgées.

Dans une deuxième partie, nous analyserons les entretiens et les observations effectuées et nous testerons les hypothèses.

Une synthèse des résultats nous permettra de proposer dans une troisième partie les préconisations fondées sur la démarche stratégique¹⁵ du directeur des soins.

¹⁵ Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, Mars 2010, p.1 « Le Directeur des soins doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé,

1 La coordination des parcours des personnes âgées hospitalisées : une notion au carrefour de plusieurs concepts

1.1 La coordination

A – Définition

Pour DONABEDIAN¹⁶ (1980), la coordination est un processus « *a process by which the elements and relationships of (medical) care during any one sequence are fitted together in an overall design* » que nous pouvons traduire par processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale.

Historiquement, le rapport Laroque en 1960 a fait de la coordination le principe fondateur d'une véritable politique d'organisation du maintien à domicile et de développement du lien social entre les personnes âgées et la société. Aujourd'hui, la coordination anime toujours les choix de pilotage des décideurs. Dans un système sanitaire fragmenté, elle consiste à sortir des corporatismes au profit d'une organisation transversale pour prendre en compte les besoins des personnes âgées et pour assurer la continuité des parcours des personnes âgées. Plus récemment, la loi HPST renforce le dispositif de coordination en plaçant le médecin de premier recours au cœur de la coordination des soins. De plus, elle confie aux Agences Régionales de Santé (ARS) le pilotage régional et territorial du Programme Régional de Santé (PRS) et des Programmes Territoriaux de Santé (PTS) avec un volet spécifique concernant les personnes âgées. L'orientation est d'assurer à toute personne un égal accès à un parcours de santé fluide, cohérent, coordonné, sécurisé en tous points du territoire régional.

Selon l'ARS Pays de la Loire, la coordination des parcours des personnes âgées sur le plan régional et territorial articule un niveau clinique (projet de soins et d'aide à l'autonomie de la personne), un niveau de prestations (les professionnels et les institutions devant se coordonner et se passer le relais) et un niveau de pilotage par une gouvernance territoriale pour réguler et évaluer les dispositifs. Cette ARS distingue trois champs différenciés de coordination selon les besoins de la population : un premier champ représenté par 80% des personnes âgées qui présentent des maladies chroniques et nécessitent des soins primaires, avec une coordination des professionnels, et les

sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre en soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'ARS, dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) », [site visité le 1^{er}/02/2013], disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

¹⁶ BLOCH M.-A. et al., février 2011, étude « la coordination dans le champ sanitaire et médico-sociale, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », réalisée par le centre de gestion scientifique de Mines Paris-Tech, p 13

bénéfices attendus de l'éducation thérapeutique ; un deuxième champ porté par le « care management » avec un suivi rapproché des patients et l'observance des traitements, et enfin un troisième champ de gestion des cas complexes.

La coordination est un processus d'enchaînement des activités de prise en charge des personnes âgées selon leurs besoins qui a pour objectif d'assurer la continuité des soins et le développement de la transversalité dans un système sanitaire segmenté. Ce processus est complexe car il se propose d'associer des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux aux logiques et aux identités professionnelles différentes. Il s'agit de passer d'une logique de structures à une logique de services. Se centrer sur la personne et ses besoins de prise en charge conduit les professionnels à se fédérer autour d'une prise en charge globale des personnes.

B – Les enjeux

Le défi réside dans l'optimisation de la prise en charge sanitaire des personnes âgées fragiles. La population française, comme la plupart des pays, est engagée dans un processus de vieillissement. La baisse de la fécondité depuis les années 70, l'augmentation de la durée de vie, le départ à la retraite de la génération baby-boom, provoquent une modification profonde de la structure démographique de la pyramide des âges. Dans les trente prochaines années, la France devra faire face à une augmentation d'environ 2 200 000 personnes de 75 ans et plus soit une augmentation de 46% de cette tranche d'âge selon l'INSEE en 2004 (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Il s'agit de se préparer à relever le défi du vieillissement pour adapter les réponses et les organisations capables d'assumer les besoins individuels et collectifs et pour garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements.

De plus, le vieillissement s'accompagne souvent du développement de poly-pathologies et de la dépendance des personnes âgées qui ont des conséquences sur les actes de la vie quotidienne des personnes et sur leur recours aux soins hospitaliers. La prise en charge des personnes âgées représente des coûts non négligeables et mécaniquement, leur accroissement impose de relever le défi financier de ces prises en charge assumées par l'assurance maladie et de pérenniser le financement des retraites. Le rapport du HCAAM « Assurance Maladie et perte d'autonomie » établit une fourchette des dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées allant de 9 milliards d'euros à 21 milliards d'euros selon le périmètre retenu.

Dans cette logique, la priorité doit être donnée au maintien à domicile quand cela est possible avec un accompagnement sanitaire et social coordonné.

Enfin, les enjeux éthiques invitent les professionnels à se questionner sur la qualité de vie des personnes âgées, le respect de leur libre choix et l'assurance d'un juste soin en fonction de la problématique rencontrée.

C – Les limites

Selon l'étude menée¹⁷ par le centre de gestion scientifique de Mines Paris-Tech, la problématique de la coordination se situe à plusieurs niveaux : la personne, la famille ou les aidants, les professionnels et les pouvoirs publics. Nous assistons à une fragmentation de l'offre de services voire parfois à un manque d'offre de services, et à une discontinuité des parcours des personnes. Selon cette étude, les professionnels présentent des difficultés de coopération, un manque d'outils et de culture commune et la spécialisation peut produire du cloisonnement. Les organisations ont un financement morcelé, l'offre est parfois inadaptée et la pérennité des dispositifs de prise en charge n'est pas assurée. Les pouvoirs publics ont encouragé le développement de nombreuses structures dont l'efficacité globale peut être interrogée. Les politiques ont à gérer aujourd'hui un compromis entre la réponse au plus grand nombre et la gestion de situations particulières complexes.

De plus, il est observé que la coordination relève de nombreux acteurs dans les domaines sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été créés dans les années 80 avec des infirmiers coordonnateurs pour répondre aux besoins de la population âgée vivant au domicile. Puis les Centres Locaux d'Information et de Coordination ont vu le jour par la Circulaire de juin 2000 et sont portés par différents acteurs (hôpital, Conseil général, associations ou CCAS). Dans les années 90, les réseaux de santé gériatriques puis dans les années 2000 les filières de soins gériatriques se sont constitués pour assurer l'accès aux soins, la complémentarité et l'interdisciplinarité des professionnels et la continuité des prises en charge sanitaires et sociales des personnes âgées. Plus récemment, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont été créées dans le cadre du plan Alzheimer 2008 – 2012 pour développer un processus d'intégration qui permet de construire un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile. Elles permettent de gérer les cas complexes de patients Alzheimer et de manière plus large des personnes âgées dépendantes.

La coexistence de ces structures de coordination est source de confusion et des difficultés d'articulation des dispositifs sont observées avec parfois un chevauchement des compétences et des logiques identitaires professionnelles différentes.

¹⁷ Ibid p 16,17

1.2 Les parcours des personnes âgées

A – Définition

Selon le portail des ARS¹⁸, un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population, nous pouvons repérer et organiser des typologies de parcours a priori, calibrer et anticiper les ressources nécessaires.

Dans un environnement financier contraint, l'approche parcours se différencie de l'approche traditionnelle de l'offre de soins centrée sur les structures, car elle prend en compte une population donnée quels que soient les types de prise en charge auxquels elle a recours. Il s'agit que cette population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût.

Pour ce faire, sept projets pilotes ont été mis en place et évalués en 2012 dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale. Ils ont permis de cerner les approches envisageables sur un premier segment du parcours de santé amont - aval (de l'hospitalisation). Les Parcours de santé des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) ont pour objectifs entre autres en 2013 de créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs (gouvernance territoriale partagée entre les différents acteurs du parcours et développement des outils transversaux de coordination). Ces projets sont pilotés par l'ARS et ils concernent huit régions qui seront accompagnées par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

B - Les freins identifiés

Les freins identifiés à la mise en place d'une médecine de parcours par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) sont des freins culturels liés au cloisonnement ville-hôpital, à l'absence d'identification d'un gate-keeper¹⁹, à l'absence de financement et de fongibilité budgétaire et à l'absence de moyens dédiés au chaînage des soins.

¹⁸ Portail des ARS [site visité le 04/02/2013], disponible sur internet : <http://www.ars-sante.fr>

¹⁹ Terme anglo-saxon qui signifie « la porte d'entrée ». Dans le domaine de la santé le professionnel de santé est souvent un médecin ou une infirmière qui a une fonction de triage ou d'orientation des patients.

C - Modélisation du parcours coordonné de santé des personnes âgées selon l'ARS Pays de la Loire (2012)

L'ARS des Pays de la Loire a proposé une modélisation du parcours coordonné de santé des personnes âgées centrée sur les besoins de la personne, l'interdisciplinarité et la coordination des acteurs impliqués dans le parcours (Cf. Annexe III).

Dans cette logique, en référence à la coordination clinique de proximité définie dans le cahier des charges des projets pilotes PAERPA²⁰, nous pouvons décrire les étapes successives du parcours des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales. Il s'agit de l'évaluation de l'autonomie du patient et de ses différents risques, de l'élaboration d'un plan personnalisé de soins, de l'identification des intervenants et de leur rôle, de la désignation d'un professionnel coordinateur le plus proche du patient, de la communication vers le patient, sa famille, les aidants et les autres intervenants, et de la mise en œuvre et l'évaluation du plan de soins. La détection des ruptures de prise en charge et les réajustements nécessaires s'effectuent tout au long du processus de prise en charge. Les points de rupture peuvent être identifiés et portent sur l'aggravation de pathologies ou survenue de nouvelles pathologies, des changements environnementaux, l'arrivée aux urgences en situation de crise et l'entrée en institution non désirée.

1.3 Les coopérations entre les acteurs

Pour construire la coordination entre les acteurs, la coopération est un outil qui a été analysé par les sociologues lors de la mise en place des filières et des réseaux de santé en France.

Les professionnels, pour y parvenir, construisent des règles négociées et analysent les situations de travail autour des problématiques de prise en charge des personnes âgées.

En effet, selon AMBLARD et al.²¹, « La théorie sociologique de la régulation (REYNAUD, 1989) répond à la question de la construction des règles, celles par lequel un groupe social se structure et devient capable d'actions collectives. La méthode suppose comme point de départ l'analyse concrète des situations de travail ».

Ces échanges sont formalisés sous forme de conventions ou d'accords pour sceller le travail engagé et construire cette coordination. «...Les sociologues étudient le fonctionnement organisationnel, notamment les modalités par lesquelles les acteurs trouvent des moyens de coopérer, malgré des intérêts divergents. Ils s'intéressent aux processus et aux formes de cette coordination. Ils ont une perception commune de la

²⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie, janvier 2013, cahier des charges des projets pilotes PAERPA

²¹ AMBLARD H., BERNOUX P, HERREROS G., LIVIAN Y.-F., 2005, « Les nouvelles approches sociologiques des Organisations », Paris, Editions du Seuil, 291 p., p. 43

contingence et de la fragilité des arrangements organisationnels construits par les acteurs. Pour qu'il y ait échange et coordination, il faut donc créer des conventions entre les personnes concernées. Ces conventions peuvent être écrites ou ne pas l'être (accords, contrats) »²².

L'expérience des réseaux en matière de coopérations nous révèle d'autres éléments indispensables pour réussir la coopération : la confiance entre les acteurs, le facteur humain, un réseau encadré par des institutions et des conventions.

En effet, selon Howard BECKER²³ (1982/1988), « toute activité humaine fait intervenir les activités conjuguées d'un certain nombre de personnes. L'œuvre d'art commence et continue à exister par leur coopération. Elle met en œuvre une certaine division du travail et inclut un grand nombre de personnes. Il y a des chaînes de coopération, il y faut des conventions qui permettent ce travail ». «...Tous agissent sur la base de conventions, qui leur sont communes et qui s'incarnent dans des savoirs, des techniques, des habitudes de travail, des catégories de perception ». « Les compétences individuelles sont insuffisantes, il faut un réseau faisant coopérer les individus, un réseau encadré par des institutions », «...un certain nombre de personnes qui vous connaissent suffisamment pour remettre entre vos mains le sort d'une partie de vos projets. L'élément primordial de ce réseau, c'est la confiance ».

Selon le Groupe IMAGE²⁴, «...La mise en place des réseaux permet le passage d'une pratique isolée à une pratique coopérative. Il s'agit de construire un cadre qui facilite l'émergence d'une coopération. Les obstacles repérés à cette démarche sont : la spécialisation, la réticence des libéraux et des hospitaliers à se rencontrer du fait du manque de considération et de la non-rémunération de cette activité ».

A partir de ce cadre constitué, les pratiques coopératives entre professionnels débutent par un repérage des acteurs potentiels afin qu'ils puissent échanger autour d'une problématique de prise en charge.

Selon le Groupe IMAGE²⁵, «...les pratiques coopératives : phase préalable de repérage des partenaires potentiels par des infirmières ou des case-manager outre-Atlantique. Il s'agit que les acteurs de métiers différents et/ou d'institutions différentes échangent leur point de vue à propos d'un cas particulier afin d'aboutir à un diagnostic partagé du problème à résoudre et d'arrêter une stratégie d'action adaptée. Dominique CHAMPETIER a illustré, à travers l'exemple de la filière gériatrique, ce besoin de rencontres périodiques afin de tenter de lever des blocages institutionnels : le staff organisationnel a été proposé dans d'autres contextes ».

²² Ibid p 73

²³ Ibid p 242

²⁴ Groupe IMAGE, mars 1998, « Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question », Editions ENSP, 99 p, p 52

²⁵ Ibid p 97

Dans cette logique, N. ALTER²⁶, sociologue, professeur à l'Université Paris-Dauphine et spécialiste de l'innovation, écrit que « la coopération est un système d'échange qui a ses propres règles et de devoirs qui sont celles du don et du contre-don, c'est-à-dire des trois actions : donner, recevoir et rendre ». Il dit que les réseaux « sont comme des bourses d'échange de savoirs et d'alliances, bourses dans lesquelles celui qui reçoit doit savoir donner à son tour. Ce système d'échange permet la coopération et le contrôle de la coopération »²⁷.

Cette analyse sociologique montre que la coopération se construit dans un cadre constitué, qui peut être porté par un établissement, des conventions formalisées ou non, des staffs organisationnels autour d'analyse partagée des problématiques de prises en charge où se jouent des échanges de savoirs réciproques et un diagnostic partagé de la situation de la personne âgée.

1.4 Les outils de coordination et de communication entre les acteurs

Pour accompagner ces parcours, des outils de communication, de partage d'informations et de coordination des actions entre les professionnels sont nécessaires. Actuellement, certains existent ou sont émergents.

A- Le dossier de soins

Le dossier de soins est partie intégrante du dossier du patient. Il représente un outil réglementé de coordination et de continuité des soins dont la tenue s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du dossier patient.

« L'infirmière est responsable de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins, ainsi que des bonnes pratiques relatives à son utilisation »²⁸.

Selon la réglementation, il doit refléter toutes les étapes du processus de soins, fournir une description complète, concise et à jour de l'état du patient, contenir toutes les observations de l'infirmière, de l'aide-soignante, et des autres partenaires de soins, les traitements réalisés ainsi que les résultats atteints. Il est donc accessible à l'ensemble de

²⁶ SCHWEYER F.-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., décembre 2002, « Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes », Editions ENSP, 112 p, p 85

²⁷ Ibid p 85

²⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, article R4312-28, paru au JORF n°183 du 8 août 2004 p 14150

l'équipe pluridisciplinaire et contient toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé et les actions menées par les soignants.

Lors de la sortie du patient, une synthèse de sortie est établie afin d'assurer la continuité des soins en interne et en externe et de favoriser la communication dans le réseau ville – hôpital.

B- L'évaluation gériatrique (grille AGGIR)

La grille AGGIR (grille Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources) permet l'évaluation de l'autonomie de la personne pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Cette évaluation s'effectue selon l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule et permet aussi de définir en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources. Il existe six Groupes Iso-Ressources (GIR).

A domicile comme en institution, d'autres informations peuvent être collectées sur les choix de la personne, ses habitudes de vie, les contraintes liées à son état de santé, son environnement matériel et humain, les soutiens dont elle dispose. Tous ces éléments sont pris en compte pour déterminer le plan d'aide de la personne.

C- L'évaluation gériatrique standardisée

Selon le Pr COUTURIER²⁹, « l'évaluation gériatrique est un processus diagnostique multidimensionnel, et interdisciplinaire afin de déterminer les capacités médicales, psychologiques et fonctionnelles d'une personne âgée fragile et de développer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi à long terme ».

Les enjeux de cet outil sont de repérer et d'évaluer la fragilité des populations âgées, la perte d'autonomie, l'isolement, la précarité, d'éviter l'hospitalisation aux urgences et les réhospitalisations, d'accompagner la maîtrise de la iatrogénie, de favoriser le soutien à domicile et l'utilisation optimale des ressources.

Cette évaluation prend du temps et nécessite la formation des acteurs ou le recours à une équipe mobile gériatrique. Aux urgences, elle permet d'aider aux diagnostics des pathologies aiguës, des syndromes gériatriques, de dépister la fragilité, de repérer les patients à risques, la perte fonctionnelle rapide. Elle permet aussi le signalement des situations médico-sociales complexes ou des inadéquations de prise en charge, de prévenir la réhospitalisation précoce et de faciliter l'intégration dans la filière gériatrique et enfin de réussir les retours à domicile ou en structure.

²⁹ Pr Pascal COUTURIER, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, CHU Grenoble, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, Paris, le 3 Octobre 2012, adapté de RUBENSTEIN et A. STUCK 1993

Elle doit donc être partagée entre les professionnels afin d'assurer un suivi personnalisé dans le cadre du parcours de soin à partir d'observations ou de connaissances antérieures aux écrits utilisés.

D- Les Staffs organisationnels

Ces réunions permettent une collaboration pluridisciplinaire avec une rencontre planifiée des professionnels, un débat autour de questionnements sur la prise en charge et le devenir des patients et un temps de résolution, de prise de décision collégiale sur des problématiques complexes de personnes hospitalisées. Cependant, ce travail collaboratif demande du temps, une planification précise dans un contexte où la durée moyenne de séjour n'est parfois que de cinq jours. Il suppose une animation et une étape de formalisation accessible à tous les professionnels concernés.

E- Le Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Selon la HAS³⁰, Le Plan Personnalisé de Santé (PPS) est un outil opérationnel de coordination proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le parcours de soins des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il fait toujours suite à une évaluation. Il explicite les points de vue du patient et du médecin traitant sur la situation de la personne et identifie les objectifs partagés entre le médecin et la personne. Il correspond à un plan d'actions pour la prise en charge prospective de cette personne. La nécessité de la coordination augmente avec le nombre de professionnels impliqués selon la complexité de la situation et les poly-pathologies. En pratique, le PPS est élaboré par le médecin avec la personne, en lien avec les professionnels de santé impliqués. Il est remis à la personne et inséré dans le dossier médical. Il est réajusté si nécessaire lors des consultations. Le PPS pour les personnes âgées a été modélisé par la HAS suite à une saisine concernant la mise en œuvre des expérimentations « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA). Il est initié lorsque la personne âgée est en situation de difficultés, repérée par le médecin traitant ou un autre acteur social ou sanitaire. C'est le cas, par exemple pour le diagnostic d'une nouvelle maladie chronique sévère, une hospitalisation en urgence, une demande d'APA, le veuvage chez un malade très âgé.

F- Les outils de télémédecine

La télémédecine, reconnue par l'article 78 de la loi du 21 juillet 2009 relative à la réforme de l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires, et dont l'organisation et les conditions de mise en œuvre sont définies dans le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, est une pratique médicale à distance mobilisant des

³⁰ Haute Autorité de Santé, Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, Juillet 2013, « Plan personnalisé de santé », 34 p., [site visité le 29/09/2013] disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

technologies de l'information et de la communication. Cinq actes de télémédecine sont réalisables : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale.

Le déploiement de la télémédecine constitue un facteur d'amélioration de la performance du système de santé. Son usage dans les territoires constitue une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégaie répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire). Les objectifs portent entre autres sur l'amélioration de l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, l'amélioration de la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux et l'amélioration du parcours de soins des patients.

G- La messagerie sécurisée

Elle permet la sécurisation de la messagerie électronique et des échanges entre les praticiens hospitaliers et libéraux. Les professionnels de santé peuvent utiliser le logiciel de messagerie habituel de l'établissement pour échanger des messages sécurisés. Cependant, la question de l'interopérabilité des systèmes d'information se pose. La messagerie sécurisée permet des échanges rapides et sécurisés entre praticiens nécessaires à la continuité des soins (Dossier Médical Personnel, Plan Personnalisé de Santé, Volet Médical de Synthèse, Dossier de Liaison d'Urgence, Compte-Rendu d'Hospitalisation). La publication récente par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP Santé) pour concertation, des spécifications du système des Messageries Sécurisées de Santé - MSSanté (actualisé)³¹ décrit les principes, les interfaces et les fonctionnalités et a pour objectif de permettre aux acteurs concernés de prendre connaissance de l'orientation définie par l'ASIP Santé pour le système MSSanté, de s'approprier les notions liées à ce système.

H- Le Dossier Médical Personnel (DMP)

Selon le site internet DMP, le Dossier Médical Personnel (DMP)³² est un dossier médical informatisé, accessible via Internet. Il permet aux professionnels de santé qui

³¹ [Site visité le 29/07/2013], disponible sur internet : www.e-sante.gouv.fr

³² [Site visité le 29/07/2013], disponible sur internet : www.dmp.gouv.fr

prennent en charge un patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins. Le DMP a été institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pour faciliter le partage d'informations entre les professionnels de santé, éviter les actes redondants et agir contre les interactions médicamenteuses. Le DMP répond à des enjeux réglementaires, stratégiques, organisationnels et économiques pour l'établissement de santé. C'est aussi un moyen de répondre à l'obligation de l'établissement de communiquer son dossier au patient et au droit du patient à y accéder. Cela peut être une réponse efficace et sécurisée aux projets de liaison ville-hôpital.

Les limites reposent sur la nécessité de présenter le DMP aux professionnels et de les former, d'obtenir une Carte de Professionnel de Santé (CPS) pour chaque professionnel qui crée, consulte et alimente le DMP afin de l'authentifier. Un temps d'information et d'échange avec le patient, et un temps de création du DMP sont à prévoir.

I- Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

Le Projet DLU entre les SAMU³³ et les EHPAD consiste à recueillir le consentement du patient pour créer son DLU. L'EHPAD inclut ensuite le DLU sur le DMP du patient en dehors de toute urgence. Le SAMU peut ainsi accéder au DLU certifié par l'EHPAD dans le cadre d'un appel urgent. Dans un contexte où les SAMU traitent en moyenne un dossier en moins de dix minutes pour apporter un conseil médical ou des soins urgents, pour déclencher un moyen de transport sanitaire et organiser le transfert du patient vers un service de destination, il peut être intéressant qu'il consulte le DLU du patient et accède rapidement aux informations contenues. Celles-ci sont les éléments sociodémographiques, la feuille de prescription et d'administration des médicaments, le courrier du médecin de l'EHPAD, l'évaluation médicale, l'évaluation GIR et la fiche de soins techniques infirmiers. Selon l'analyse des expériences menées pour déployer le DLU en EHPAD et pour réussir la démarche, l'établissement doit préalablement résoudre les questions suivantes : Qui est porteur du projet dans l'établissement ? Comment est géré le DLU ? Y-a-t-il un accès internet ? Qui informe le patient et recueille son consentement ? Qui crée et alimente le DMP ? Sur quel poste de travail ? Avec quel logiciel, le DMP est-il compatible ?

Au terme de la présentation des enjeux et limites des outils de communication et de coordination entre les acteurs, nous pouvons conclure qu'ils sont nécessaires pour

³³ SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

établir des circuits rapides et accessibles d'échanges d'informations et pour assurer la continuité des soins dans les parcours de santé des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales. Nous avons pu voir la réalité d'utilisation de certains de ces outils dans les établissements visités et identifier certains freins à leur utilisation ainsi que des facteurs favorables. Ces outils supposent une volonté politique de la part des responsables d'établissements de santé et des responsables des établissements médico-sociaux d'inscrire ces orientations dans leur projet d'établissement et donc dans leur projet médico-soignant. Il s'agit aussi de les implanter à l'aide d'une démarche projet impactant leurs systèmes d'information avec une interopérabilité interne et externe entre les différents logiciels. Enfin, les organisations de travail sont étudiées en amont pour adapter et implanter les outils, former et accompagner les professionnels, et évaluer leur mise en œuvre.

Les systèmes d'information sont en pleine évolution actuellement dans les établissements de santé, mais les supports papier sont encore très utilisés et posent la question de l'exhaustivité et de l'actualisation des informations fournies, parfois redondantes ou incomplètes, et de leur transmission aux partenaires pour assurer la continuité des soins.

Nous pouvons conclure cette première partie sur les concepts en ayant défini la coordination des parcours des personnes âgées comme un processus complexe qui nécessite des conditions favorables à sa mise en œuvre et des déterminants sur lesquels le directeur des soins pourrait agir. L'enquête qui suit, propose d'étudier l'avis des différents professionnels impliqués dans le but d'analyser leurs discours et de mesurer les écarts avec les parcours observés. La mesure des écarts entre les discours et les réalités observées peut permettre d'orienter les choix de coordination et d'intégration à mettre en place par le directeur des soins.

2 Entre discours et réalités : une étude au sein d'un établissement de santé implanté sur un territoire de santé de proximité

2.1 Un territoire marqué par le vieillissement de sa population et une coordination gérontologique favorisant le développement des parcours des personnes âgées

Le diagnostic du territoire de santé de proximité où a été réalisée l'étude se propose de nous apporter les éléments de compréhension des déterminants en termes d'offre de soins et médico-sociale, de caractéristiques de la population de personnes âgées, de projets nationaux retenus pour ce territoire, d'orientations stratégiques du PRS et du SROMS, du projet d'établissement, du projet médical et du projet de soins en réponse aux besoins d'accompagnement des personnes âgées. En effet, le territoire est un des leviers pour susciter une approche plus globale des acteurs, y compris politiques, permettant d'initier des contractualisations porteuses de sens et d'actions (Projet de Territoire de Santé – Contrat Local de Santé). Des besoins de pilotage et de travail collectif sont observés pour favoriser la co-construction d'outils de coordination.

A- L'offre de soins et médico-sociale

A1- Le SROS

L'ARS pilote le projet de mise en place d'un PAERPA en 2013 - 2014 sur le territoire étudié. Une offre diversifiée de services à la personne est bien implantée.

Le SROS décrit un nombre de gériatres à augmenter sur ce territoire. L'offre de soins de type filière gériatrique couvre l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en articulant à la fois des consultations gériatriques, un court séjour gériatrique, un hôpital de jour gériatrique, une consultation mémoire, une équipe mobile intrahospitalière, un SSR, une HAD départementale et une équipe mobile Alzheimer territoriale.

A2- Le schéma gérontologique départemental

Le schéma gérontologique départemental est, depuis le 1er janvier 2005 (du fait de la loi du 13 août 2004, «Acte II» de la décentralisation), de la seule compétence du Conseil général.

Dix-neuf fiches-actions ont été rassemblées dans quatre axes : la déclinaison territoriale du schéma, l'accroissement de la participation des retraités à la vie sociale, le développement des conditions de réussite d'une vie à domicile, et l'adaptation des EHPAD à l'évolution de la demande et des besoins.

Un poste de coordonnateur gérontologique départemental a été créé. Il a pour mission de conduire la dynamique du suivi du schéma en faveur des personnes âgées sous la responsabilité du directeur de la direction personnes âgées du Conseil général, avec des points d'étape lors des réunions du comité de suivi du schéma et en structurant le réseau départemental de la coordination gérontologique.

A3- Le centre hospitalier pivot du territoire de proximité

Le centre hospitalier est un établissement public de santé de 727 lits et places se répartissant sur deux sites principaux. Il est le résultat d'une fusion menée en 1992 entre deux établissements distants de vingt-cinq kilomètres. Il se situe à une trentaine de kilomètres d'un CHU, 40 km d'un hôpital de taille équivalente et à 45 km d'un autre hôpital de proximité. Il dessert une population d'environ 12 000 habitants et présente une offre de soins d'un établissement de proximité.

L'établissement dispose de plusieurs disciplines et d'un plateau technique comportant un bloc opératoire, un service d'imagerie médicale, un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie à usage intérieur dont la stérilisation (ces plateaux techniques ont fait l'objet d'un plan Hôpital 2007), un service d'urgences, un service de rééducation fonctionnelle. L'ensemble de ces activités est réalisé en coopération avec les structures sanitaires et médico-sociales voisines, en particulier avec le CHU avec lequel des conventions de partenariat sont conclues (chirurgie, MPR...). L'établissement gère par ailleurs un important secteur médico-social constitué de cinq EHPAD, d'une capacité totale de 446 lits, d'un accueil de jour Alzheimer et de deux SSIAD d'une capacité de 100 places.

Ses points de fragilité reposent sur des équipes médicales de taille modeste qui peuvent engendrer à certaines périodes un recrutement difficile, sur la nécessité de rénover les locaux de médecine et sur une implication insuffisante du corps médical dans la politique qualité.

L'ensemble des activités cliniques, médico-techniques, administratives, logistiques et techniques est organisé en 6 pôles d'activités cliniques et médico-techniques et 1 pôle administratif.

L'activité générale du CH se caractérise par une durée moyenne de séjour (DMS) en MCO de 5,32 jours (cumul au 31 décembre 2012, tableaux du service financier).

L'établissement coopère avec d'autres établissements (réseaux, établissements sanitaires et médico-sociaux) via des conventions et a été certifié HAS V2010 par la Haute Autorité de Santé en mai 2011 avec trois réserves. Celles-ci portaient sur l'information des patients en cas de dommages liés aux soins, la gestion du dossier patient, l'éducation thérapeutique du patient. Elles ont été levées suite à un rapport de suivi et à la mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité.

A4- L'offre de médecine de ville et médico-sociale sur le territoire de proximité

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire de proximité (cf. Annexe IV) montre une densité médicale (médecins généralistes) pour 1000 habitants en France (en janvier 2013) qui est de 3,33, alors qu'elle est de 2,15 pour ce territoire de proximité. Ce territoire est donc sous doté en médecins généralistes.

Les équipements en hébergement pour personnes âgées installés en région sont au 1^{er} janvier 2011 de 31000 lits ou places installés d'hébergement permanent (lits d'EHPAD, logements foyers, hébergement temporaire) pour personnes âgées soit un taux d'équipement de 129,2 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce taux est de 127,7 au niveau de l'hexagone (source : Observatoire Social Croisé des Acteurs Régionaux et Départementaux (OSCARD) – 2012). Donc, cette région est plutôt bien dotée en lits d'hébergement pour personnes âgées.

Une coordination gérontologique, de type réseau de coordination gérontologique, est animée par le Conseil général. Elle réunit l'ensemble des acteurs, hormis les médecins libéraux, invités mais qui ne participent pas, autour des cas complexes de prises en charge de personnes âgées et d'organisation d'actions d'information, de conseils, de sensibilisation et d'orientation des personnes âgées et de leurs familles (forums, conférences, pièces de théâtre, information aux professionnels). Une maison départementale de la solidarité a remplacé le CLIC. Elle est animée par une représentante de la coordination gérontologique. Elle renseigne sur les demandes d'aides à domicile, leur coût, leur financement possible, l'aide à la constitution d'un dossier administratif.

L'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) et l'Association des Services d'aide et de Soins A Domicile (ASSAD) portent le projet de création de deux MAIA sur le territoire en transversalité avec l'ARS et le Conseil général. L'ASSAD est présente sur le territoire depuis 1977 et emploie 50 salariés « aides à domicile » qui aident environ 600 personnes par an. Sur le territoire, l'ASSAD est le fruit de la fusion de plusieurs associations et développe l'hospitalisation à domicile et des SSIAD. L'ADMR est implantée depuis 1986 et emploie 30 salariés qui aident environ 300 personnes par an (cf. chiffres 2009).

Des difficultés de qualification et de recrutement du personnel se posent dans le secteur des aides à domicile. Les professionnels préfèrent travailler dans les établissements plutôt qu'à domicile au regard des contraintes de temps de travail et d'un travail isolé dans les familles.

Selon le SROMS, les constats portés sur le territoire de proximité décrivent une dynamique gériatrique, une lisibilité insuffisante et une méconnaissance de l'ensemble

des dispositifs sanitaires et médico-sociaux et de leurs missions. Ceci ne facilite pas les interventions précoces, globales et coordonnées.

Au regard de ces constats, l'objectif 18 du SROMS est de contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD. Les points de faiblesse identifiés sont la transmission des informations entre les professionnels aux sorties d'hospitalisation, la clarification sur le territoire des rôles respectifs des SSIAD, des infirmières libérales et de l'HAD, l'organisation de la continuité des prestations des SSIAD, le déclenchement précoce de l'intervention médicale et le déploiement du DLU en EHPAD pour les prises en charge urgentes.

B- Les caractéristiques de la population de personnes âgées sur le territoire de proximité

B1- Comparatif de la répartition de la population âgée sur la région, le territoire et le territoire de proximité

Selon les chiffres de l'INSEE (2009), les parts des personnes âgées de 60 à 74 ans et des 75 ans et plus (*cf.* Annexe V) du territoire de proximité sont plus importantes que celles du territoire et de la région. Le vieillissement de la population est donc plus marqué sur ce territoire de proximité.

La population de la région est plus âgée que la moyenne française. L'espérance de vie est superposable à la moyenne nationale.

Selon le Plan Stratégique Régional de Santé (volet « personnes âgées »), sur ce territoire, le choix du lieu de vie prioritaire est le domicile et les troubles cognitifs sont les premiers facteurs d'institutionnalisation. Ceci montre la nécessité que l'hôpital s'ouvre sur l'extérieur, développe son accueil de jour Alzheimer, développe des places de SSIAD spécialisés, ait une vision territorialisée en terme de parcours des personnes âgées.

Dans cette région, 37,8% des 75 ans et plus (contre 38,9% en France) vivent seules en 2008. L'analyse cantonale montre des proportions plus élevées de personnes âgées vivant seules dans les villes – centres des départements où elles bénéficient de nombreux services de proximité et davantage de bénéficiaires d'une aide-ménagère à domicile. L'entourage des personnes âgées occupe également une place prépondérante. Dans ce contexte, la gestion des aidants familiaux apparaît également comme une des questions de la prise en charge de la personne âgée.

Le taux de bénéficiaires d'APA pour les personnes âgées de plus de 75 ans, au 31 décembre 2009, au sein du territoire de santé est de 169,4‰ contre 201‰ au niveau national (*cf.* source OSCARD - 2012).

B2- Le niveau de dépendance et les principaux états pathologiques des personnes admises en EHPAD sur le territoire

La répartition des GIR bénéficiaires de l'APA vivant à domicile sur le territoire en 2010 est sensiblement égale à celle de la région (Cf. Annexe VI). Les GIR 2,3 et 4 sont majoritaires et révèlent un niveau de dépendance de ces bénéficiaires qui s'accroît.

Les données issues des coupes Pathos 2008, 2009, 2010 en EHPAD sur le territoire (cf. Annexe VI) montrent que les personnes admises en EHPAD sont très âgées et poly-pathologiques. L'âge des résidents confirme également que leur admission en EHPAD se fait le plus tard possible dans leur processus de vie tout en privilégiant le maintien à domicile.

Selon les principaux états pathologiques des patients admis en EHPAD sur le territoire (cf. Annexe VI), 50% des résidents admis en EHPAD sur le territoire ont des troubles démentiels ou apparentés et nécessitent des prises en charge adaptées par du personnel qualifié et formé.

C- Synthèse du diagnostic du territoire de santé de proximité

Nous proposons d'analyser les données recueillies et d'établir un diagnostic du territoire de santé de proximité à l'aide de la matrice SWOT (Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)).

	Forces	Faiblesses
Origine interne (organisationnel)	<p>Filière gériatrique intra hospitalière constituée avec un médecin coordonnateur pour les EHPAD publics</p> <p>Centre hospitalier pivot du territoire de proximité gérant EHPAD et SSIAD : développement possible de coordinations</p> <p>Dynamique partenariale par le conseil général avec les secteurs associatif et médico-social</p> <p>Services de soins et d'aide à domicile ASSAD et ADMR impliqués</p> <p>Projets MAIA portés par les services d'aide à domicile</p>	<p>Nombre insuffisant de gériatres</p> <p>Nombre insuffisant de professionnels libéraux installés</p> <p>Peu d'implication des médecins hospitaliers dans la dynamique qualité</p> <p>Prise en charge gériatrique insuffisamment partagée entre les médecins</p> <p>Lisibilité insuffisante des dispositifs pour les acteurs</p> <p>Difficultés de transmission des informations entre professionnels aux sorties d'hospitalisation</p> <p>Rôles respectifs des acteurs à clarifier</p>
	Opportunités	Menaces
Origine externe (environnement)	<p>Soutien politique national et régional affirmé pour le développement des parcours patients</p> <p>Pilotage et coordination régionale du PAERPA par l'ARS</p> <p>Déploiement du DMP et du DLU en EHPAD pour les prises en charge urgentes</p>	<p>Accroissement de la population vieillissante et de la dépendance des personnes vivant à leur domicile, souvent seules, atteintes de démences ou troubles apparentés</p> <p>Désengagement des médecins libéraux à participer à la coordination gériatrique</p>

2.2. Analyse des résultats de l'observation documentaire et des entretiens

2.2.1. Les parcours : une orientation stratégique régionale déclinée en filière gériatrique intra hospitalière

L'observation documentaire des différents projets montrent que le SROMS 2012 – 2016, qui est une déclinaison du PRS, contient des orientations portant sur la coordination des parcours des personnes âgées : améliorer l'information des professionnels et des usagers, permettre le dépistage précoce des facteurs de fragilités, mettre en place le plan Alzheimer, contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD, développer les mesures de répit et adapter l'offre en SSIAD.

Le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS) 2009-2013 organise l'offre sociale et médico-sociale via les quatre axes de développement suivants : permettre la vie à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions, adapter les EHPAD à l'évolution de la demande, favoriser des réponses diversifiées et de proximité pour sortir de la dualité entre domicile et hébergement en EHPAD, renforcer les informations et les liaisons entre les différents partenaires. Plusieurs fiches actions convergent avec le SROMS : repenser l'information et la coordination gérontologique autour de l'outil de recueil des places disponibles, développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire et en faciliter l'accès, améliorer les entrées et sorties d'hospitalisation en impliquant les services hospitaliers et les acteurs EHPAD et domicile, développer des liens plus étroits entre les professionnels médico-sociaux et les professionnels de santé, redéfinir le cadre d'intervention des SSIAD, de l'aide à domicile et de l'HAD, développer des solutions de répit et étudier la mise en place de formules innovantes.

Cependant, la logique de parcours des personnes âgées n'est pas identifiée clairement dans toutes ses composantes dans le projet d'établissement 2010 – 2015 de l'hôpital. Le projet d'établissement est centré sur une approche « structures » par la constitution d'une filière gériatrique complète qui est connue par la présidente de CME et par la directrice des soins interviewées et qui contribue à développer les parcours des personnes âgées hospitalisées. Le projet de soins envisage les parcours des personnes âgées sous une approche segmentée (prise en charge de la douleur, de la dénutrition...) mais avec peu de liens retrouvés avec le projet médical. Ce dernier a l'ambition de développer une filière gériatrique avec le recrutement d'un gériatre pour faciliter les liens entre les services de médecine et de SSR et avec les urgences pour évaluer et orienter les personnes âgées. Un pôle gériatrique est constitué avec le recrutement d'un gériatre pour faciliter les liens entre médecine et SSR et avec les urgences pour développer l'évaluation gériatrique et l'orientation des personnes âgées.

Selon la directrice des soins, ses liens avec la Présidente de CME reposent sur des échanges en Directoire autour de la constitution de la filière gériatrique. Lorsque la directrice des soins a été affectée dans l'établissement en 2009, le projet de soins était déjà élaboré par des groupes de travail issus de la CSIRMT. Elle a ajouté des thèmes indispensables comme l'approche éthique et a présenté le projet de soins en CME. Elle a rencontré également la Présidente de CME. Mais l'implication médicale était peu développée.

Une réunion avec les cadres du sanitaire et du médico-social a été organisée par la direction des soins et la direction du pôle médico-social en collaboration avec le médecin coordonnateur des EHPAD autour de la question des admissions en EHPAD pour répondre aux besoins des patients et développer la collaboration entre le secteur sanitaire et médico-social.

Ces analyses documentaires et des entretiens montrent que les orientations stratégiques sont bien présentes dans les projets et schémas régionaux. Mais la question de leur traduction dans le projet d'établissement se pose pour permettre une meilleure lisibilité des orientations par les professionnels impliqués dans les parcours des personnes âgées. Le SROMS se termine en 2013. Un avenant permettra de faire le lien sur 2014 pour aboutir à un véritable schéma d'autonomie en 2015 selon la directrice de l'autonomie du Conseil général. Cela reflète une particularité française fondée sur une multitude de dispositifs qui se chevauchent où les domaines de compétences du Conseil général et de l'ARS ne sont pas les mêmes. Chaque administration a ses propres outils de planification et des expérimentations sont lancées comme par exemple la création des dispositifs MAIA et PAERPA sans attendre les évaluations. De fait, la médecine de parcours est d'apparition récente dans le paysage sanitaire français. D'ailleurs, la directrice des soins déclare qu'elle souhaite renforcer les liens de cohérence entre le projet de soins et le PRS et les différents schémas.

2.2.2. Une dynamique partenariale et des professionnels favorables aux parcours mais l'absence d'outils co-construits avec les partenaires externes

Nous observons, à travers le discours des acteurs et confirmé par l'étude de l'offre de soins et médico-sociale, un maillage intéressant en termes de structures, de capacités d'accueil sanitaires et médico-sociales, d'offre de services diversifiée en faveur des parcours des personnes âgées. Des expériences existent et concernent les liens de coordination entre le MCO et le SSR, l'admission directe des patients en médecine gériatrique, les admissions en EHPAD, l'évaluation et la coordination assurée par le médecin coordonnateur des EHPAD publics, la coordination assurée par les SSIAD avec

les partenaires dans les champs médico-social, libéral et associatif de services à la personne pour les cas complexes.

Par exemple, les infirmières des SSIAD interviewées relatent que les personnes âgées adressées directement par le médecin traitant peuvent être hospitalisées sans passer par les urgences, mais ce dispositif n'existe que sur le site distant de l'établissement et repose sur la volonté des praticiens. La directrice des soins constate un travail efficace des infirmières coordonnatrices des deux SSIAD hospitaliers qui se déplacent au lit des patients pour évaluer leur autonomie. Cela contribue à la continuité de prise en charge. Les infirmières des SSIAD sont issues du centre hospitalier. Ceci facilite les liens entre les professionnels. Une dynamique de prise en charge et de coordination est observée au niveau des SSIAD. Les infirmières coordonnatrices participent aux réunions de la coordination gériatrique sur le territoire de santé. Celle-ci est animée par le Conseil Général depuis 2001. Il est regretté l'absence des médecins généralistes pourtant invités. Les arguments avancés par les infirmières sont le manque de temps et un système de paiement à l'acte ne rétribuant pas les temps de coordination. En référence au sociologue Howard BECKER³⁴, le facteur humain et la confiance entre les partenaires dont certains issus du même milieu professionnel ont permis cette synergie autour de la conduite de projets collectifs (forum d'information et de sensibilisation, ateliers destinés aux personnes âgées du territoire, étude des cas complexes et proposition de solutions).

Pour optimiser les parcours de soins, des difficultés sont exprimées concernant l'accès à l'accueil de jour Alzheimer qui représente une ressource de coordination, en termes d'attractivité et de réponse aux besoins. Le mélange de personnes peu ou beaucoup dépendantes pose problème. Selon une assistante sociale interviewée, ceci semble être un facteur de démotivation pour les personnes et leur famille pour y revenir. Les SSIAD ont une procédure d'intervention que les acteurs connaissent bien et qui est efficace en termes de coordination du parcours de la personne âgée. Les EHPAD privés du territoire ont une convention pour hospitaliser les personnes âgées dans les services de médecine car ils n'ont pas toujours un médecin sur place. Une coopération officieuse est relevée entre les infirmières des SSIAD et le CHU qui adresse des personnes âgées.

A travers ces exemples, nous retrouvons bien le cadre d'intervention avec des conventions qui sont plus ou moins formalisées.

Les SSIAD participent au staff pluridisciplinaire en service de médecine organisé une fois par semaine ainsi qu'aux réunions animées par la coordination gériatrique. Les infirmières coordonnatrices participent aussi aux réunions d'encadrement et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Cela leur permet

³⁴ AMBLARD H., BERNOUX P, HERREROS G., LIVIAN Y.-F., 2005, « Les nouvelles approches sociologiques des organisations », Paris, Editions du Seuil, 291 p., pages 43, 73 et 243

d'échanger, de partager avec l'encadrement hospitalier autour de problématiques ou de valoriser les actions ou les prises en charge réussies.

Pour certaines personnes âgées hospitalisées en urgence, des difficultés sont exprimées par un médecin et confirmées par le Président de CME. Elles peuvent être dues aux relations entre la médecine de ville et le secteur hospitalier, aux approches différentes de prise en charge des personnes âgées entre les gériatres et les urgentistes et à la segmentation des secteurs de soins. D'une part, ces difficultés ont déjà été observées dans le cadre de pratiques coopératives par le groupe IMAGE et concernent « la réticence des libéraux et des hospitaliers à se rencontrer du fait du manque de considération et de la non-rémunération de cette activité »³⁵. D'autre part, selon le médecin coordonnateur des EHPAD, il semble que les médecins généralistes n'aient pas une lisibilité suffisante du dispositif gériatrique par manque d'information. Référent dans le dispositif PAERPA, le médecin généraliste devra consacrer du temps car le parcours de soins « se réfléchit », et il sera important qu'il dispose d'un carnet d'adresses des ressources à mobiliser sur le territoire.

Selon la directrice des soins, des réunions régulières sont planifiées avec l'encadrement. Elles permettent de rappeler leur rôle dans la coordination des soins, de présenter le dispositif de déploiement du DMP. Ce dernier a été également présenté en CSIRMT³⁶. Selon cette dernière, les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire sont bien identifiés par les acteurs hospitaliers. La coordination est formalisée sous forme de conventions et de procédures uniquement pour l'admission des patients en SSR. Cependant, ces procédures ne font pas l'objet d'évaluation. Les moyens de coopération autour de la coordination des parcours des personnes âgées sont très diversifiés et hétérogènes passant soit par l'échange informel, les appels téléphoniques ou les réunions pluri-professionnelles. Ils dépendent de la fonction occupée par le professionnel. Par exemple, la directrice des soins intervient et échange en directoire autour de la filière gériatrique. Le conseiller technique régional organise des réunions régulières d'échanges à l'ARS en invitant ses collègues des établissements et une fois par an avec les faisant fonction directeurs des soins et cadres de santé occupant cette fonction. Le médecin coordonnateur des EHPAD échange avec ses collègues hospitaliers par téléphone, mail et courrier. Selon un cadre supérieur de santé, des staffs pluridisciplinaires ont lieu en SSR pour se coordonner autour de la prise en charge des personnes. Les familles sont également rencontrées par le médecin selon l'orientation proposée. Le médecin coordonnateur des EHPAD est contacté lors d'une orientation vers un EHPAD et rencontre la famille et le patient. Une visite de l'EHPAD par le patient et sa

³⁵ Groupe IMAGE, mars 1998, « Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question », Editions ENSP, 99 p.

³⁶ CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

famille est organisée. En amont de l'admission, dans le cadre d'une demande d'APA, l'assistante sociale les rencontre également pour constituer le dossier. Nous observons que les professionnels utilisent des moyens de coopération formels et informels d'échanges entre eux.

Si l'orientation du patient doit se faire vers le SSIAD, l'infirmière coordonnatrice se déplace et effectue l'évaluation des besoins avec un dossier et une fiche de liaison spécifiques.

Le directeur du secteur médico-social, le cadre supérieur et le médecin coordonnateur de l'hôpital se réunissent pour aborder les projets d'orientation en EHPAD selon les besoins. Par contre, selon une assistante sociale, il n'existe pas de documents de liaison entre l'hôpital et le Conseil général pour effectuer une demande d'APA. Cela s'explique par la coexistence de deux dispositifs différents selon la directrice de l'autonomie du Conseil général. Si le patient réside à domicile, l'équipe médico-sociale du Conseil général réalise l'enquête et instruit le dossier de demande d'APA traitée par une commission départementale. La personne âgée bénéficie d'un plan d'aide. Cependant, pour une personne âgée hospitalisée, le dossier de demande d'APA est traité de façon plus administrative avec une évaluation de la dépendance réalisée par l'équipe médico-soignante et sociale de l'hôpital. L'attribution du montant de l'APA est effectuée selon le degré de dépendance évalué de la personne. En effet, la réglementation sur l'attribution de l'APA en établissement ne stipule pas l'obligation de mettre en place un plan d'aide.

Selon le cadre supérieur et la directrice d'établissement sanitaire et social du pôle médico-social, des réunions pluridisciplinaires sont mises en œuvre en EHPAD afin d'améliorer le parcours du résident.

L'analyse des discours révèle que les acteurs ont mis en place des outils de coopération et de coordination en interne au sein de leurs structures leur permettant de se coordonner (temps de rencontre, réunions) plus ou moins formalisés et efficaces mais qu'il n'existe pas d'outils co-construits avec les partenaires externes, faute de temps, malgré une volonté exprimée de partage d'informations entre les acteurs. Ainsi le processus de coordination, au sens de DONABEDIAN³⁷, gagnerait à se développer dans le cadre d'une approche globale autour de la prise en charge des personnes âgées.

³⁷ BLOCH M.-A. et al., février 2011, étude « la coordination dans le champ sanitaire et médico-sociale, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », réalisée par le centre de gestion scientifique de Mines Paris-Tech, p 13

2.2.3. Vers un dossier patient unique informatisé, la mise en place du DMP et du DLU en EHPAD

Les résultats des entretiens évoquent actuellement la coexistence de dossiers de soins différents sur l'hôpital et en EHPAD. Un besoin d'harmonisation des supports de transmission en interne et avec le secteur médico-social est identifié par la directrice des soins pour préparer les équipes à leur informatisation. Un dossier patient unique informatisé est en cours de déploiement au niveau de l'établissement.

En effet, selon la directrice des soins, « un dossier de soins papier existe sur les unités d'hospitalisation et un dossier de soins différent sur le secteur médico-social, tous deux sont sous forme papier, non informatisés. Une fiche de liaison est remplie par le cadre et l'IDE lors des transferts de patients du MCO vers les EHPAD et le SSR ». Selon un cadre supérieur : « Le DMP a du mal à démarrer car il y a un besoin d'informer les patients et les familles, les libéraux disent ne pas avoir ce temps. Le dossier de soins est à informatiser pour faciliter les liens entre les professionnels du secteur sanitaire et médico-social qui prennent en charge les résidents. Il serait aussi intéressant de créer une plateforme d'échanges sur le territoire. Le système choisi informatisé apparaît peu adapté pour la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. Les insuffisances portent sur les outils de calcul du GIR, la grille d'évaluation de l'autonomie. Des évolutions de l'outil sont attendues par les professionnels comme son informatisation, le calcul en ligne des scores et le suivi de l'évolution du GIR ».

Le territoire est un bassin pilote pour le déploiement du DMP et du DLU dans le cadre du PAERPA. Cette orientation est portée par l'ARS, des médecins libéraux et le GCS télésanté pour accompagner les établissements et les professionnels autour de missions de communication, d'installation et de formation.

2.2.4. Les facteurs de succès et les limites pour la mise en place de la coordination des parcours

A- Les facteurs de succès

Le maillage du territoire en structures sanitaires et médico-sociales est satisfaisant pour l'organisation des parcours des personnes âgées. La filière gériatrique est en cours de constitution au niveau du centre hospitalier. Celui-ci est installé sur un bassin pilote pour le déploiement du DMP et du DLU sous l'égide de l'ARS. Il existe une messagerie sécurisée fonctionnelle pour que les praticiens hospitaliers communiquent avec leurs collègues libéraux. Des staffs pluridisciplinaires existent dans les services mais mériteraient d'être généralisés. Enfin, nous observons une véritable dynamique partenariale entre les SSIAD du territoire de proximité qui ont formé une association et travaillent en lien avec l'ARS pour élaborer des référentiels qualité et des

recommandations de bonnes pratiques, et une offre diversifiée de services à la personne. Les infirmières coordonnatrices sont issues du milieu hospitalier. Ceci facilite les liens de coopération avec les médecins, l'encadrement et les équipes soignantes.

Des réunions associant les cadres du sanitaire et du médico-social sont organisées par la direction des soins et la direction du pôle médico-social en collaboration avec le médecin coordonnateur des EHPAD autour des admissions en EHPAD pour répondre aux besoins des patients et développer la collaboration entre le secteur sanitaire et médico-social.

B- Les obstacles

Les médecins gériatres, urgentistes et la médecine de ville semblent rencontrer des difficultés à partager la même approche en matière de prise en charge gériatrique. Les dossiers de soins et les outils de transmission hospitaliers en interne et en externe avec les EHPAD et les SSIAD ne sont pas harmonisés.

Nous observons une coordination à développer entre la direction des soins et la direction du secteur médico-social de l'hôpital et des difficultés de transmission d'information à améliorer entre les professionnels pour la prise en charge des personnes âgées adressées par le CHU.

Les médecins généralistes, acteurs de premier recours, ne participent pas aux réunions de coordination par manque de temps et de financement de la coordination.

C- Les limites

L'interopérabilité entre les dossiers patients informatisés des différents établissements sanitaires et médico-sociaux est interrogée selon les acteurs. Le conseiller technique régional relève l'importance de « l'hospitalo-centrisme » qui retentit sur le fonctionnement des EHPAD publics suivant la logique de la tarification à l'activité (DMS, facturation). Mais des expériences de parcours coordonnés de personnes âgées existent sur la région. Selon lui, il serait intéressant de capitaliser sur ces expériences réussies menées par des centres hospitaliers au niveau régional pour analyser les freins et les leviers de mise en place des parcours.

2.3. Le témoignage des acteurs et la réalité observée en faveur d'une approche gériatrique à partager et d'outils de coordination à développer

Cinq parcours de personnes âgées ont été réalisés depuis les services des urgences, de médecine et de SSR. Les convergences ou les écarts concernant les traceurs contenus dans les entretiens et dans les dossiers sont présentés ci-dessous.

Ces traceurs sont des éléments identifiables dans les entretiens et dans les dossiers observés. Ce sont des indicateurs qui permettent de mesurer les moyens et le niveau de coopération des acteurs dans la coordination des parcours. Il s'agit des ressources mobilisées dans les dispositifs de coordination, des moyens utilisés (réunions...), des dossiers (dossier de soins,...), des outils favorisant la communication orale, des dispositifs d'apprentissage organisationnel, des formes de coopération et de l'impact sur la continuité des soins.

A- Présentation des convergences ou divergences entre les discours des acteurs et les dossiers à l'aide de traceurs

Traceur : Dispositifs de coordination (ressources humaines, matérielles mises à disposition, outils de gestion, procédures, fiches de liaison, dossier de soins, plan personnalisé de soins)

<p>Entretiens</p>	<p>Selon le directeur des soins, les professionnels du domicile sont bien repérés et mobilisés par les personnels hospitaliers lors des prises en charge des personnes âgées.</p>
<p>Observation parcours et dossiers</p>	<p>Les principaux acteurs mobilisés dans les coordinations sont les médecins, les cadres de santé, les infirmières et l'assistante sociale en intra hospitalier, quelquefois l'aide-soignante pour l'évaluation des besoins de la personne ; et le médecin traitant, les services d'aide à domicile lorsqu'ils sont sollicités. Leurs missions apparaissent définies à travers les actions réalisées et tracées.</p> <p>Un dispositif de coordination tracé dans un dossier patient a été observé lors d'un parcours d'une personne âgée (démence de type Alzheimer avec chutes à répétition et risque de fugue) adressée par son médecin traitant de son domicile vers le SSR au motif d'un maintien à domicile difficile. La personne a été hospitalisée durant plusieurs mois en SSR avec une évaluation par le médecin coordonnateur EHPAD et une admission possible en EHPAD.</p> <p>Le parcours de cette personne est complexe car sa fille est hospitalisée et ne souhaite pas que sa mère soit orientée en EHPAD. Il manque un document administratif pour prononcer l'admission complète en EHPAD et une demande de mise sous tutelle est effectuée.</p>
<p>Points positifs (convergence)</p>	<p>Les acteurs à mobiliser lors des coordinations sont identifiés.</p> <p>Des dispositifs d'adressage et de coordination existent et concernent la médecine de ville et le SSR.</p> <p>La macro-cible d'entrée comporte l'identité du patient, son âge, son motif d'hospitalisation et la date d'entrée.</p>

Dysfonctionnements (écarts)	<p>Les transmissions ciblées³⁸ mériteraient d'être enrichies sur l'évaluation des besoins de la personne et sur l'évolution de son état de santé.</p> <p>L'évaluation gériatrique n'est pas retrouvée dans le dossier consulté. Nous constatons que le score GIR n'est pas calculé. Cela s'explique par le fait que le médecin coordonnateur des EHPAD transmet son évaluation par mail aux médecins et aux infirmières avec un compte-rendu d'observation médicale, les antécédents de la personne, le score GIR, les équipements et adaptations nécessaires. La question de l'archivage du mail se pose puisqu'il n'est pas retrouvé dans le dossier du patient.</p> <p>Durant l'hospitalisation de cette personne âgée en SSR, les critères de fragilité ne sont pas remplis dans le dossier.</p> <p>Des supports d'évaluation de la dépendance coexistent (AGGIR et PMSI – SSR) avec des systèmes de cotation différents.</p> <p>Des éléments portant sur le traitement, le vécu de la situation, l'environnement et le devenir de la personne ne sont pas retrouvés.</p>
------------------------------------	--

Traceur : Moyens utilisés (réunions, conventions, outils communs avec les partenaires)

Entretiens	Les professionnels enquêtés expriment le souhait de construire des outils communs avec les partenaires externes permettant la transmission des informations et la continuité des soins.
Observation parcours et dossiers	Des conventions et des procédures sont formalisées. Cependant, elles ne sont évaluées régulièrement que dans le secteur SSR.
Points positifs (convergence)	Nous observons une volonté de construire des outils communs avec les partenaires externes.
Dysfonctionnements (écarts)	Il n'existe pas actuellement d'outils co-construits hormis pour les SSIAD qui participent aux réunions de coordination et développent des outils qualité.

³⁸ « Les transmissions ciblées sont une méthode clé pour organiser la partie narrative du dossier de soins et aller dans le sens d'une meilleure qualité des soins, en structurant et simplifiant les transmissions. Elles permettent aux soignants de se centrer sur la personne malade plutôt que sur la maladie, d'éviter des retranscriptions répétitives (et donc des erreurs), de gagner du temps, de faciliter et d'améliorer l'organisation des soins comme la prise en charge interdisciplinaire lors des relèves cliniques ». Cf. DANCAUSSE F., CHAUMAT E., BOISVERT C., 2003, « Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins : guide méthodologique », 2e édition, Edition Masson, collection Démarche soignante, 200 p.

Traceur : Dossier de soins (papier, informatisé), projets de déploiement du DMP et du DLU

Entretiens	Un travail d'harmonisation des supports et des dossiers de transmission est à engager en intra et en extra hospitalier. Un besoin de travail en coordination est objectivé entre la direction des soins et la direction du secteur médico-social afin d'harmoniser ces outils de communication et de préparer les équipes à l'informatisation des supports.
Observation parcours et dossiers	Des supports différents coexistent (dossier de soins, dossier patient, fiche de liaison) au sein des différents services et au niveau des EHPAD et des SSIAD. La fiche de liaison de l'EHPAD vers le centre hospitalier est partiellement remplie (les besoins de la personne ne sont pas tracés, la cotation GIR n'est pas retrouvée).
Points positifs (convergence)	Nous observons une coordination au stade de projet.
Dysfonctionnements (écarts)	Lorsque les outils d'évaluation et de transmission sont utilisés, nous observons une insuffisance de traçabilité des informations.

Traceur : Communication orale (temps de réunion ritualisés entre professionnels, langage commun,...)

Entretiens	Des réunions de type staffs pluridisciplinaires ont lieu et permettent la communication entre les partenaires et l'acquisition d'un langage commun.
Observation parcours et dossiers	Un staff pluridisciplinaire est organisé et tracé dans un dossier.
Points positifs (convergence)	Un staff pluridisciplinaire est mis en place et tracé dans le dossier du patient.

Traceur : Processus d'apprentissage organisationnel (procédures d'intervention communes, règles d'orientation des personnes âgées...)

Entretiens	La prise en charge des personnes âgées s'inscrit dans une approche globale tenant compte de ses besoins, de son environnement, de ses pathologies. Les réponses médicales de la médecine ville, du service des urgences s'inscrivent dans un système de soins segmenté. L'insuffisance de liens est constatée entre le service social intra-hospitalier et celui du Conseil général. Elle est liée aux dispositifs différents d'instruction des dossiers de demandes d'APA.
Observation parcours et dossiers	L'évaluation gériatrique n'est pas retrouvée dans les dossiers patient aux urgences, hormis pour le patient adressé par un autre EHPAD que celles du CH avec un DLU rempli. Les échanges entre médecins se font par mail.
Points positifs (convergence)	La prise en charge des personnes âgées s'inscrit dans une filière gériatrique mais dans un système segmenté.
Dysfonctionnements (écarts)	Nous n'observons pas d'apprentissage organisationnel entre les professionnels hormis pour les SSIAD et le SSR.

Traceur : Formes de coopérations existantes (CHT, GCS, conventions, réseaux...)

Entretiens	La communication est insuffisante entre les médecins hospitaliers. La médecine de premier recours a du mal à s'investir dans la coordination des parcours du fait du temps à y passer et du manque de rétribution.
Observation parcours et dossiers	Des médecins libéraux sont très impliqués dans le déploiement du DMP et animent des réunions d'information sur le territoire en collaboration avec l'ARS et le GCS télésanté. Dans un parcours observé, un médecin traitant adresse la personne âgée aux urgences pour un motif de maintien à domicile difficile avec des problèmes sociaux.
Points positifs (convergence)	Des médecins libéraux sont impliqués dans le déploiement du DMP et du DLU en EHPAD.
Dysfonctionnements (écarts)	L'hôpital demeure le dernier recours lorsqu'une problématique sociale intervient au domicile de la personne âgée.

Traceur : Impact de cette coopération sur la continuité des soins

Entretiens	Difficulté à prendre en charge les personnes âgées aux urgences lorsqu'une problématique sociale est repérée.
Observation parcours et dossiers	Le service des urgences remplit ses missions de dispensation de soins techniques en réponse à une situation urgente (sutures plaies, radios et examens complémentaires) puis ré-adressent les personnes vers leur établissement ou leur domicile avec des prescriptions de soins infirmiers par exemple (pansements...). Nous pouvons en conclure que le service des urgences remplit sa mission de dispensation de soins techniques urgents et assure la continuité de ces soins. Mais la prise en charge globale de la personne de type médico-psychosociale n'est pas identifiée dans le dossier.
Points positifs (convergence)	Lorsque la situation le nécessite, la prise en charge urgente est assurée.
Dysfonctionnements (écarts)	Les problématiques sociales ne sont pas anticipées au domicile ou ne trouvent pas de réponses, ou la coordination des professionnels autour des cas complexes n'est pas activée.

2.4 Synthèse de l'étude : des savoirs confirmés et de nouvelles perspectives en matière de coordination des parcours

L'étude met en exergue par l'observation documentaire et les entretiens menés avec les professionnels des savoirs retrouvés dans la littérature et dans des études précédemment menées.

Nous constatons un niveau de convergence très élevé des traceurs retrouvés à la fois dans les entretiens et dans les dossiers. Concernant les dispositifs de coordination, les acteurs sont bien repérés et mobilisés par les équipes. Des dispositifs d'adressage ciblés existent entre la médecine de ville et le SSR. Les moyens utilisés pour coordonner sont des staffs pluridisciplinaires qui sont organisés dans certains services. Pour l'harmonisation des supports et la préparation de leur informatisation, un travail de coordination est pressenti entre la direction des soins et la direction du pôle médico-social. Enfin, l'étude de l'impact de la coopération des acteurs sur la continuité des soins révèle que le service des urgences remplit sa mission de dispensation de soins techniques urgents mais est démuné pour traiter les problématiques sociales des personnes âgées.

Mais selon les résultats de l'étude, nous repérons des écarts marqués par une insuffisance de traçabilité des informations (évaluation gériatrique, score GIR et critères de fragilité). En effet, les transmissions ciblées ne sont pas enrichies d'une évaluation gériatrique. Les écarts portent aussi sur une connaissance insuffisante des organisations (la procédure d'accueil institutionnelle des patients est insuffisamment connue par les cadres de santé pour fournir un cadre d'action aux professionnels et faciliter l'évaluation de la personne hospitalisée). Enfin, l'absence d'harmonisation et d'évaluation des supports entre les dossiers de soins hospitaliers et ceux d'EHPAD ne facilite pas les échanges d'informations entre les professionnels et le suivi de la personne tout au long de son parcours. Pourtant, selon le portail des ARS³⁹ et le cahier des charges PAERPA⁴⁰, la définition du parcours de la personne âgée comporte l'évaluation de l'autonomie du patient et de ses différents risques, l'élaboration d'un plan personnalisé de soins et la détection des ruptures de prise en charge et les réajustements nécessaires. Ainsi, nous remarquons que l'évaluation gériatrique et la traçabilité des informations devraient occuper une place prépondérante dans la coordination des parcours.

Selon les entretiens menés avec les professionnels, de nouvelles perspectives s'ouvrent entre autres sur l'optimisation des ressources de coordination comme l'accueil de jour Alzheimer qui peut offrir une solution de répit aux aidants des patients Alzheimer. De même, nous percevons à travers les entretiens que l'approche médicale gériatrique

³⁹ Portail des ARS [site visité le 04/02/2013], disponible sur internet : <http://www.ars-sante.fr>

⁴⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées à risque de perte d'autonomie, janvier 2013, cahier des charges des projets pilotes PAERPA

paraît insuffisamment partagée. La médecine de ville a des difficultés à s'investir dans la coordination gérontologique collective faute de temps et de rétribution. Cette difficulté est retrouvée également dans la littérature⁴¹. Ces constats nous invitent à étudier les modalités d'accueil et de prise en charge des personnes dans les structures d'alternatives à l'hospitalisation pour qu'elles soient davantage personnalisées, à repenser les modalités d'accompagnement des médecins généralistes dans leur rôle de coordination de premier recours. De plus, selon la littérature, il semble important de capitaliser sur les expériences réussies dont les déterminants sont la création d'un cadre d'intervention négocié des professionnels, l'organisation de staffs pluridisciplinaires où se développe la confiance mutuelle.

A l'aune des résultats de notre étude, de nos lectures, et de notre perception des enjeux, nous retiendrons trois orientations majeures favorisant la coordination des parcours des personnes âgées.

La première repose sur une orientation politique et stratégique partagée et déclinée dans le projet d'établissement et dans le projet médico-soignant pour donner le cap à ce nouveau mode de prise en charge.

La deuxième orientation est marquée par une coordination qui nécessite des conditions de mise en place : un cadre négocié d'intervention, le facteur humain et le développement de la confiance des professionnels entre eux, une approche médicale gériatrique partagée, la formation des professionnels à l'évaluation gériatrique et l'harmonisation des supports de transmission et leur informatisation.

La troisième repose sur le développement d'une culture partagée de prise en charge qui passe par la clarification du rôle de chaque professionnel, de la médecine de premier recours et la co-construction d'outils avec les partenaires externes.

De plus, le contexte du territoire et les déterminants de santé influencent l'articulation des différents dispositifs hospitaliers, ambulatoires, médico-sociaux et libéraux.

En effet, les réalités locales, sociales et économiques imposent d'adapter les dispositifs de coordination. Les déterminants démographiques, les revenus, le logement, les facteurs d'institutionnalisation, la santé (hygiène, mode de vie, éducation, environnement, facteurs de risques (nutrition, chutes, escarres...), maladies chroniques), peuvent modifier la demande en soins des personnes âgées. En réponse, l'offre de services doit s'adapter à ces besoins selon les spécificités territoriales afin de personnaliser au mieux les prises en charge.

⁴¹ Groupe IMAGE, mars 1998, « Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question », Editions ENSP, 99 p, p 52

Au regard des hypothèses, les résultats de l'étude confirment ou infirment partiellement ou totalement certaines d'entre elles :

- **La qualité de la coopération du directeur des soins avec les acteurs internes (Président de la CME, médecins et cadres) et externes (Directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et médecin coordonnateur d'EHPAD) est un des facteurs favorisant la coordination au sein de l'établissement.**

Résultats issus de l'étude :

Nous observons une logique de structuration de la filière gériatrique intra-hospitalière avec un travail en réseau au stade de projet. L'ARS et le conseil général ont des orientations stratégiques affirmées en termes de parcours. Mais l'approche segmentée des parcours des personnes âgées dans le projet médical et dans le projet de soins offre peu de lisibilité aux acteurs. La directrice des soins a rencontré et a échangé avec la Présidente de CME en Directoire autour de la filière gériatrique. Le corps médical, par son manque d'implication, ne semble pas encore prêt à co-construire un projet médico-soignant. La coordination des parcours patient est rappelée à l'encadrement par la directrice des soins. Nous constatons une dynamique de coordination médico-soignante au niveau des SSIAD et du SSR en intra hospitalier ainsi qu'une coordination gérontologique portée par le Conseil général bien implantée répondant aux besoins des personnes âgées au niveau du territoire.

Ces résultats nous conduisent à confirmer l'hypothèse avancée.

En effet, la qualité de la coopération du directeur des soins avec les acteurs internes et externes ne dépend pas que de lui. Il s'agit d'un compromis entre ce dernier et les acteurs qui se construit.

- **La co-construction d'outils de coordination en interne et en externe que le directeur des soins accompagne, peut contribuer aux échanges professionnels et favoriser la continuité des soins.**

Résultats issus de l'étude :

Des réunions des cadres de santé du sanitaire et du médico-social sont organisées par la direction des soins et la direction du pôle médico-social en collaboration avec le médecin coordonnateur des EHPAD autour de la question des admissions en EHPAD pour répondre aux besoins des patients et développer la collaboration entre le secteur sanitaire et médico-social. Nous observons une hétérogénéité des pratiques coopératives et un besoin de se coordonner en intra hospitalier. Mais il manque une co-construction des outils entre les acteurs intra et extrahospitaliers. Une dynamique de coordination et de développement des outils qualité est mise en place par les SSIAD du

territoire. La coordination avec le CHU n'est pas formalisée pour favoriser la continuité de prise en charge des personnes âgées adressées.

Ces résultats nous conduisent à confirmer partiellement l'hypothèse avancée.

En effet, le rapprochement des cadres de santé du sanitaire et du médico-social autour d'un objet de rencontre qui est la coordination de l'admission des personnes âgées en EHPAD favorise les échanges. Pourtant la continuité des soins mérite encore d'être développée à l'image du travail réalisé par les SSIAD.

- **Des facteurs de succès, des obstacles et des limites rencontrés par les acteurs pour se coordonner expliquent le niveau de contribution du directeur des soins à cette coordination.**

Résultats issus de l'étude :

Le territoire de santé dispose de structures de santé et médico-sociales en nombre et adaptées pour la mise en place de parcours de santé des personnes âgées. Selon les professionnels, la prise en charge des personnes âgées s'inscrit dans une approche globale tenant compte de ses besoins, de son environnement et de ses pathologies. Mais, les réponses médicales de la médecine ville, du service des urgences s'inscrivent dans un système de soins segmenté.

Des efforts de coordination initiés entre la direction des soins et la direction du pôle médico-social sont amorcés. La question de l'interopérabilité des systèmes d'information est posée pour assurer l'accessibilité des informations et la continuité des soins.

Dans ces conditions, les résultats nous conduisent à confirmer cette hypothèse.

Ainsi, le directeur des soins identifie ces facteurs de succès et les leviers pour apporter sa contribution à la coordination.

- **Des écarts entre les discours des professionnels et la réalité apportent de nouvelles perspectives pour développer la coordination des parcours des personnes âgées.**

Résultats de l'étude :

Des écarts sont retrouvés et portent sur une traçabilité insuffisante des informations pour la prise en charge des personnes, une formalisation insuffisante des organisations (absence de procédure d'accueil dans un service de médecine pour fournir un cadre d'action aux professionnels et faciliter l'évaluation de la personne hospitalisée). L'absence d'harmonisation et d'évaluation des supports entre les dossiers de soins hospitaliers et en EHPAD ne facilitent pas les échanges d'informations entre les professionnels et le suivi de la personne tout au long de son parcours.

Il semble aussi important selon les entretiens de repenser les modalités d'accompagnement des médecins généralistes dans leur rôle de coordination de premier recours.

Dans cette logique, de nouvelles perspectives reposent sur l'amélioration de la traçabilité et de l'évaluation de la personne âgée, le développement des solutions alternatives à l'hospitalisation (accueil de jour, hébergement temporaire) qui sont des ressources de coordination pour les personnes et leurs aidants.

Dans ces conditions, les résultats nous conduisent à confirmer cette hypothèse.

Les nouvelles perspectives reposent en intrahospitalier sur la création d'un cadre d'intervention pour les professionnels favorisant le renforcement de la traçabilité des informations transmises et l'harmonisation des supports. En extrahospitalier, elles portent sur l'accompagnement de la médecine de premier recours pour exercer son rôle de coordination et sur le développement de structures alternatives à l'hospitalisation avec des réponses adaptées.

Afin de compléter les résultats de notre étude, nous proposons une comparaison d'éléments semblables et différents entre les deux établissements de santé à travers un entretien semi-dirigé mené auprès d'un directeur des soins d'un autre centre hospitalier de même taille sur un territoire de santé semblable, et intégré dans une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) d'une autre région.

Les éléments semblables reposent sur les aspects structurels et sur le système d'information mis en place :

- Une filière gériatrique complète constituée.
- La mise en place de staffs organisationnels sur les établissements participant à la CHT.
- Un besoin d'interopérabilité du dossier patient informatisé de chaque établissement entre eux et avec le DLU.
- Une structure existante qui permet aux personnes âgées de ne pas passer par les urgences mais d'être hospitalisées directement en court séjour gériatrique.
- Une équipe mobile gériatrique en interne qui effectue les interfaces avec les EHPAD pour éviter les ré-hospitalisations et pour améliorer les coordinations inter-structures.

Les points différents et pour certains innovants de l'autre centre hospitalier sont :

- La mise en place de consultations de gériatres au niveau du service de chirurgie pour une orientation des patients vers le court séjour gériatrique, l'EHPAD, le SSR ou le domicile selon les besoins.

- Le projet 2014 d'ouvrir un service d'ortho-gériatrie de 10 lits.
- Une procédure existante de transfert des patients entre le court séjour gériatrique et le SSR avec des assistantes sociales mutualisées.
- Un travail d'harmonisation et d'analyse des pratiques professionnelles initié avec les cadres supérieurs et les cadres de santé des établissements composant la CHT.
- Un dispositif de solution de sortie immédiate développée par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales. Lors de l'instruction du dossier APA au cours de l'hospitalisation de la personne âgée, celle-ci regagne son domicile avec un système d'aides mis en place rapidement et financé en attendant que le dossier soit constitué et accepté.
- Un travail en amont mis en place avec la médecine libérale par le directeur de soins et le chef de pôle gériatrique pour présenter l'organisation hospitalière, l'activité, afin d'aller vers une coordination efficace et pour développer la prévention des risques chez la personne âgée.
- Un projet de développer les compétences des professionnels avec des ateliers, des actions DPC, des parcours professionnels inter-établissements. Les professionnels interviennent aussi dans les IFSI pour valoriser les métiers du soin auprès des personnes âgées et transmettre leur expertise sur la bientraitance ou autour de prises en charge spécifiques.
- La contribution du directeur des soins pour apporter de la lisibilité aux cadres de santé à travers l'animation de réunions concernant les dispositifs existants (réseaux, coordinations...).
- Le logiciel Trajectoire est utilisé pour effectuer les demandes de SSR sur le territoire. Mais des difficultés récurrentes liées aux délais d'admission des personnes âgées en EHPAD ou en SLD interrogent la gestion des cas complexes dans la filière.

Les actions innovantes menées par les équipes médico-soignantes de l'autre centre hospitalier s'inscrivent dans une démarche managériale du directeur des soins et du Chef de pôle gériatrique avec une volonté de construire des parcours de soins pour les personnes âgées. En effet, nous identifions des actions managériales de planification, de communication avec la médecine libérale en amont, de coordination des soins, d'évaluation et de formation des personnels.

3 Le directeur des soins : un acteur central dans l'organisation des parcours de soins et du partenariat des acteurs

Notre objectif initial est d'éclairer le questionnement suivant : **en quoi le directeur des soins peut-il apporter sa contribution pour coordonner les parcours des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales du territoire de santé de proximité ?**

La méthodologie d'enquête utilisée puis l'analyse des résultats et notre réflexion personnelle nous conduisent à proposer des préconisations pour notre future fonction de directeur des soins.

Nous nous intéressons à la place centrale du directeur des soins dans l'organisation des parcours et du partenariat des acteurs, à son rôle de communication avec les partenaires externes et dans la co-construction d'outils, à son implication dans les instances de réflexion du projet territorial de santé, et à son rôle d'accompagnement de l'encadrement à la mise en œuvre et à l'évaluation des outils.

Au regard de l'étude menée et de ses résultats, nous proposons des préconisations structurées en 3 niveaux : le rôle du directeur des soins au niveau macro (stratégique), au niveau méso (structures et territoire) et au niveau opérationnel.

3.1 Un projet médico-soignant centré sur les besoins de la population âgée, l'offre de soins et les organisations à mettre en place pour la coordination des parcours

Niveau macro (stratégique)

Le directeur des soins, de par ses missions, ses activités⁴², en tant que membre de l'équipe de direction, a un rôle à jouer pour faire du parcours des personnes âgées, un objet de rencontre et de coopération des différents professionnels au sein des pôles et en externe. Il définit, met en œuvre et évalue en partenariat avec le président de CME, les chefs de pôles, l'encadrement supérieur et de proximité un axe du projet médico-soignant transversal centré sur l'amélioration de la coordination des parcours des personnes âgées en intra hospitalier et vers le médico-social.

En nous appuyant sur la réglementation, nous proposons que le plan stratégique du directeur des soins s'articule autour de trois orientations :

⁴² Cf. Décret n°2010 - 1138 du 29/09/2010 portant statut particulier du corps des directeurs de soins

Orientations stratégiques

Membre de droit du directoire, le directeur des soins conseille le directeur pour **la mise en œuvre d'une filière complète de gériatrie intégrant la télémédecine, le renforcement du rôle du médecin coordonnateur en EHPAD, la communication avec ses collègues médecins en intra hospitalier et avec les médecins libéraux au regard des besoins de la population et de l'offre de soins existante.**

En collaboration avec le conseiller technique régional auprès de l'ARS et ses collègues, **le directeur des soins s'informe et échange sur les actions menées sur la région ou sur d'autres régions concernant les parcours des personnes âgées afin de capitaliser sur les expériences réussies et sur les difficultés rencontrées. L'analyse de ces retours d'expériences contribue à la mise en place de la stratégie.**

En collaboration avec le président de CME, la CSIRMT et l'encadrement supérieur et de proximité et en cohérence avec les orientations prises par le PRS, le SROS et le SROMS, **le directeur des soins formalise un axe du projet médico-soignant portant sur l'optimisation de la coordination des parcours des personnes âgées hospitalisées vers les établissements médico-sociaux.** Cet axe comporte des objectifs d'amélioration intra et extra hospitaliers de la prise en charge des personnes, de développement de la coopération entre les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social et avec la médecine de ville. Ils portent aussi sur le développement et le partage d'informations et de transmissions formalisées sur des supports harmonisés. L'élaboration de ces axes et de ces objectifs se fait en collaboration avec la communauté médicale et l'encadrement afin qu'ils se les approprient en mode projet. La conduite et l'évaluation des actions auprès de l'encadrement de proximité et des médecins sont pilotées par les chefs de pôle, les directeurs délégués et l'encadrement supérieur (trio de pôle). Les actions sont pragmatiques et adaptées aux pôles et services concernés.

Un plan d'actions pour cette troisième orientation stratégique est proposé, mis en place et évalué pour optimiser le processus de coordination du parcours.

Objectif

Optimisation du processus de coordination du parcours d'une personne âgée hospitalisée aux urgences ou directement en médecine et sortant à domicile ou en EHPAD

Action

Constituer un groupe de travail pluridisciplinaire au sein de chaque pôle concerné, associant également des professionnels des EHPAD et des libéraux, animé par le cadre supérieur. Le groupe de travail peut avoir la mission de **décrire, s'approprier et formaliser le processus de prise en charge, définir et suivre quelques indicateurs simples. Ils pourront mesurer le fonctionnement du processus** (DMS, taux de ré-hospitalisations), la valeur ajoutée du processus (satisfaction des personnes, de leur famille et des professionnels) et les risques (nombre d'évènements indésirables).

Objectif

Clarification du rôle de chaque professionnel dans le parcours de santé des personnes âgées

Action

Définir et inscrire les missions, les activités et les compétences de chaque professionnel dans sa fiche de poste (réaliser une évaluation gériatrique lors de chaque accueil de personne âgée aux urgences par le médecin et l'infirmière, signaler systématiquement dès l'accueil de la personne la problématique sociale (ressources, hébergement, couverture sociale ou devenir) par l'infirmière ou le cadre et informer l'assistante sociale).

Objectif

Evaluation et prise en charge des risques de la personne âgée dès son admission

Action

Former les professionnels à l'évaluation gériatrique standardisée pour évaluer systématiquement les risques de la personne âgée (chutes, escarres...) dès son accueil, accompagner la mise en place et l'évaluation de l'utilisation d'un outil commun en lien avec les équipes médicales et l'intégrer dans le dossier de soins.

Evaluation

Les éléments d'évaluation de cet axe portent sur la diminution du nombre de personnes âgées se présentant au SAU, l'évaluation de la durée moyenne des séjours des patients de plus de 75 ans en MCO et en SSR, les délais de prise en charge en court séjour gériatrique, le recensement des ré-hospitalisations à un mois puis trois mois, six mois puis une fois par an, le nombre de professionnels formés, les résultats d'un audit du

dossier de soins mesurant les évaluations gériatriques retrouvées et la prise en charge des risques.

3.2 Le directeur des soins : un acteur de communication et de liens entre les partenaires internes et externes pour favoriser la co-construction d'outils

Niveau méso (territoire et structures)

3.2.1 L'implication du directeur des soins dans les Instances de réflexion du projet territorial de santé et dans le développement de liens avec les acteurs du champ médico-social

En nous appuyant sur les résultats de l'étude qui montrent l'absence de co-construction d'outils avec les partenaires externes, nous proposons que le directeur des soins s'implique dans le projet territorial de santé pour engager ensuite l'encadrement dans ces actions :

Orientation stratégique

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, en collaboration avec le directeur, le Président de CME, l'ARS, le Conseil général et la Mairie s'implique et participe à la définition du Projet Territorial de Santé et du Contrat Local de Santé. Afin de créer un cadre d'intervention pour ses collaborateurs, il est primordial de connaître l'organisation du territoire, de la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé (DTARS) et du Conseil général dans un premier temps, puis de s'engager dans des actions collectives de coordination. Ses collaborateurs peuvent ainsi repérer les liens fonctionnels entre les partenaires et les points de vigilance à exercer. Dans un second temps, l'encadrement développe des actions collectives ou contractuelles de coordination des parcours des personnes âgées avec les acteurs du champ médico-social.

Plan d'action

Au regard de cet objectif de rencontre et de connaissance des partenaires, de leur champ d'actions et des potentiels de complémentarités, les actions du directeur des soins pourraient être sur le plan institutionnel :

- **La rencontre des responsables du Conseil général (direction de l'autonomie) et de la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé**

pour se présenter mutuellement l'organisation et les orientations définies sur le territoire en matière de parcours des personnes âgées (Projet Territorial de Santé, Contrat Local de Santé).

- **Un entretien avec le Président du Conseil de surveillance de l'établissement de santé qui est souvent le maire de la commune, et qui, à ce titre, peut avoir des orientations et des actions politiques en faveur des personnes âgées.**
- De plus, au niveau local, **le directeur des soins prévoit un temps d'immersion dans les services médico-sociaux pour connaître leur fonctionnement, les outils utilisés, les complémentarités possibles avec l'établissement de santé.** Il se réunit avec les responsables et les animateurs des coordinations gérontologiques existantes (réseaux...) pour aborder les problématiques, les difficultés et les leviers existants et repérés concernant les parcours des personnes âgées hospitalisées.
- Une fois ce cadre d'intervention créé, **il mobilise, implique l'encadrement en le missionnant pour participer aux actions de coordination mises en place en faveur des parcours des personnes âgées.** L'encadrement participe à des réunions de travail avec les acteurs de la coordination gérontologique locale pour se connaître dans un premier temps et partager les problématiques communes et spécifiques, puis pour construire des outils communs de transmission et de coordination et pour utiliser les technologies (DMP, messagerie sécurisée). Des retours réguliers sont organisés au cours des réunions d'encadrement et en CSIRMT. Des partages et des combinaisons d'expertise autour de nouvelles formes de prise en charge sont organisés. Les finalités sont de limiter le recours des personnes âgées aux urgences (renforcer les relations avec les EHPAD), d'éviter les ruptures de soins (améliorer les conditions de retour à domicile après une hospitalisation) et de développer les compétences des soignants (interventions des infirmières hospitalières en astreinte dans les EHPAD pour des problématiques de santé limitées afin de diminuer les appels au SAMU). Le directeur des soins facilite la participation des représentants de l'encadrement à ces travaux en leur permettant d'y consacrer du temps et il apporte une aide méthodologique aux projets développés en interne et en externe et à la mise en place d'outils communs et de nouvelles formes de prise en charge.

Evaluation

Ces actions sont évaluées avec des indicateurs suivis et portant sur le nombre de réunions de travail auxquelles a participé l'encadrement, le nombre d'outils de transmission d'informations construits en commun, le nombre de prises en charge des résidents organisées à distance et par l'infirmière d'astreinte.

3.2.2 En intra-hospitalier, le directeur des soins utilise des leviers pour développer les coopérations et les parcours (le DPC, la médiation, la formation)

En nous appuyant sur la réglementation concernant le DPC et sur les résultats de l'étude montrant que la qualité de la coopération du directeur des soins est un facteur contributif à la coordination et que l'approche gériatrique est peu partagée au sein de l'établissement, nous proposons que le plan stratégique du directeur des soins s'articule autour de trois orientations :

Orientation stratégique

Le directeur des soins impulse, opérationnalise l'amélioration des parcours des personnes âgées en lien avec le projet de développement professionnel continu (DPC). En effet, le DPC institué par l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, est un concept qui réunit à la fois la formation professionnelle et l'analyse des pratiques. Il est obligatoire pour chaque professionnel de santé. Il a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins. Il associe les acteurs autour d'actions de formation et d'analyses de problématiques de santé communes. La prise en charge des personnes âgées développant des pathologies chroniques nécessite la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique.

Plan d'action

Le directeur des soins participe en lien avec le directeur des ressources humaines à la définition des programmes DPC de l'établissement. Il privilégie des actions collectives ciblées autour de thématiques comme la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, de diabète, de problèmes cardio-respiratoires. Ces pathologies sont identifiées comme étant des problèmes de santé publique au niveau régional et associant les professionnels impliqués dans les parcours. **Des outils peuvent être co-construits à cette occasion comme les programmes d'éducation thérapeutique ou les Plans Personnalisés de Santé.** D'ailleurs, l'un des deux programmes nationaux de DPC pour les établissements en 2014 est consacré aux PAERPA⁴³. L'objectif de ce

⁴³ Selon la Circulaire n° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de
- 48 - Jacky HOUSSET- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

programme est l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées fondé sur les intérêts de la population. Le programme de formation apporte des connaissances sur le dispositif PAERPA, l'appropriation des outils mis en œuvre dans la démarche (Plan Personnalisé de Santé, DLU en EHPAD, compte-rendu d'hospitalisation, volet médical de synthèse...), le repérage de l'autonomie, la perte d'autonomie dite iatrogène, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

Evaluation

Le directeur des soins évalue cet axe du projet patient au niveau polaire en collaboration avec les chefs de pôle et les cadres de pôle pour favoriser la mise en place de coopérations. Les indicateurs suivis sont le nombre de professionnels formés et participant aux actions d'analyse de pratiques, au nombre d'actions DPC mises en place, le nombre de PPS et de programme d'éducation thérapeutique élaborés, le nombre d'évènements indésirables liés à la iatrogénie médicamenteuse.

Orientation stratégique

Dans cette logique, le directeur des soins favorise aussi la communication et le rapprochement entre les urgentistes et les gériatres pour utiliser l'évaluation gériatrique standardisée aux urgences et dans les unités de soins.

Plan d'action

Le directeur des soins, de par sa fonction, est un médiateur qui intervient dans une logique institutionnelle. Les sociologues ont identifié que la spécialisation médicale crée du clivage et entraîne des phénomènes de non-reconnaissance des uns et des autres. Ainsi, le travail collaboratif est initié et prôné par le directeur des soins. Il s'attache à rassembler, à faire travailler ensemble les partenaires du soin pour développer la qualité des soins au profit des usagers. Les clivages sont dépassés en se centrant sur la prise en charge coordonnée des personnes. L'évaluation gériatrique standardisée est un outil validé scientifiquement qui permet une approche globale de la situation des personnes âgées dans les dimensions clinique, médico-psycho-sociale et environnementale. Elle favorise ainsi une orientation efficace dans la filière gériatrique ou vers les structures médico-sociales.

Evaluation

L'évaluation de ces actions porte sur le nombre de réunions entre gériatres et urgentistes, un audit de dossiers portant sur l'évaluation gériatrique standardisée, le nombre de personnes âgées mal orientées dans la filière.

Orientation stratégique

Le directeur des soins collabore avec les centres de formation initiale paramédicale et sociale en intervenant dans les instituts (Institut de Formation en Soins Infirmiers, Instituts de Formation des Aides-Soignants, Institut Régional du Travail Social).

Plan d'action

Il coordonne l'organisation et l'évaluation des stages avec l'encadrement, les actions de tutorat des étudiants au sein de l'établissement pour diffuser la culture sanitaire et médico-sociale des parcours de personnes âgées.

Evaluation

L'évaluation de ces actions porte sur le nombre de conventions et de chartes formalisées, le nombre de situations complexes observées, résolues ou non, le nombre d'interventions en centres de formation, les chartes d'accueil en stage et de tutorat, le nombre de stagiaires accueillis.

3.3 L'accompagnement de la mise en œuvre des outils de coordination

Niveau opérationnel

En nous appuyant sur le cadre conceptuel et les résultats de l'étude montrant que les supports de transmission ne sont pas semblables entre l'établissement et les EHPAD, nous proposons que le directeur des soins élabore en collaboration avec les médecins et les cadres des supports harmonisés de transmission (dossier de soins, transmissions ciblées, raisonnement clinique).

Orientation stratégique

Le directeur des soins crée, communique et évalue en mode projet, sous l'égide de la CSIRMT, un guide d'utilisation du dossier de soins. Ce dernier est communiqué à l'ensemble du personnel soignant et médical rappelant leurs obligations réglementaires. Il insiste sur les informations à transmettre dans le cadre des parcours

des personnes âgées (évaluation gériatrique, connaissance de la personne, de ses besoins et de son environnement, ...) pour assurer l'accessibilité et la lisibilité des données dans le cadre de la continuité des soins.

Plan d'action

Responsable de l'encadrement supérieur et de proximité, le directeur des soins accompagne la déclinaison opérationnelle et l'évaluation de l'utilisation de ces outils de coordination par les cadres. A cet effet, en collaboration avec la direction des ressources humaines et le service formation, il propose une formation au raisonnement clinique et aux transmissions ciblées destinée aux personnels paramédicaux. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients en proposant aux infirmières un raisonnement construit à partir de données et de signes issus de l'observation du patient selon une méthode hypothético-déductive où la qualité du recueil de données à travers l'observation, l'écoute et la disponibilité est primordiale. Le raisonnement clinique apporte également une aide au diagnostic médical avec son approche tri-focale de la situation clinique (problèmes de santé liés à la pathologie et problèmes du jour, risques de complications, réactions humaines du patient). L'intérêt des transmissions ciblées est d'organiser et de structurer les transmissions. Nous y retrouvons les observations de l'équipe soignante, les soins réalisés, les réactions et les réponses des patients lors des soins. Elles sont complétées par l'évaluation gériatrique standardisée, les résultats des évaluations des risques des personnes âgées à l'admission et régulièrement suivis durant le séjour dans les différents domaines (la dénutrition, la douleur, les escarres, les chutes). Nous proposons que des groupes de référents par pôle soient formés au raisonnement clinique, aux transmissions ciblées, aux outils d'évaluation concernés. Puis ils déploient la formation auprès de leurs collègues selon un calendrier défini et des évaluations régulières immédiates et à distance (six mois et un an plus tard) portant sur la compétence acquise et la satisfaction des professionnels.

Evaluation

Cette évaluation est complétée en collaboration avec la direction qualité par l'évaluation du guide d'utilisation du dossier de soins et par un audit régulier des transmissions contenues dans les dossiers de soins. Une communication des résultats est effectuée auprès des équipes afin de mesurer le chemin parcouru et de valoriser les résultats auprès de celles-ci.

Orientation stratégique

Président de la CSIRMT, le directeur des soins est membre de droit du directoire et à ce titre, favorise le déploiement du dossier patient informatisé, du DMP et du DLU sur les EHPAD et d'outils de coordination comme le logiciel Trajectoire implanté sur d'autres régions. Cette action se réalise en lien avec le conseiller technique régional de l'ARS, le directeur, le directeur du pôle médico-social, le président de CME, les médecins et l'encadrement.

Plan d'action

Le directeur des soins conseille le directeur, lui apporte une expertise en organisation des soins qui lui permet de forger sa décision. Le DMP, le DLU et le logiciel Trajectoire sont des outils informatisés qui favorisent l'accessibilité, la continuité des informations entre les professionnels au bénéfice de la prise en charge des usagers.

Evaluation

Les éléments d'évaluation reposent sur le nombre de fiches de liaison produites, le nombre de DMP et DLU enregistrés, le nombre de demandes de transfert en SSR effectuées via Trajectoire et le nombre de situations complexes refusées.

Conclusion

Le vieillissement de la population française et le développement des pathologies chroniques et dégénératives induisent des conséquences non négligeables sur le système de santé en termes de dépenses de santé. Les politiques publiques, à travers la loi HPST, ont confié aux ARS le pilotage et la coordination régionale de la mise en œuvre des réorganisations structurelles au service de l'amélioration de l'efficacité des parcours patients.

Les enjeux de la coordination des parcours de personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales sont sanitaires, économiques, organisationnels et éthiques et s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

L'étude réalisée au sein d'un territoire de santé de proximité révèle les facteurs de succès, les obstacles et les limites. Le directeur des soins contribue à la mise en place de la coopération des acteurs et à la coordination des activités. Les orientations à prendre sont le partage de l'approche gériatrique entre les praticiens, le besoin de se coordonner en interne et en externe en capitalisant sur les dispositifs existants et la mise en place d'outils de transmission de l'information à travers le DMP et le DLU en EHPAD. Il s'agit aussi de former les professionnels à l'évaluation gériatrique, de développer la co-construction d'outils avec les partenaires internes et externes. L'articulation des dispositifs hospitaliers, ambulatoires, associatifs, médico-sociaux et libéraux favorise également l'implantation des parcours des personnes âgées au niveau d'un territoire de santé.

Les savoirs issus de la littérature sur la coordination des parcours sont confirmés et de nouveaux leviers sont identifiés. Ils portent sur les modalités d'accueil et de prise en charge des personnes dans les structures alternatives à l'hospitalisation qui sont des ressources en coordination et permettent un temps de répit pour les patients et leurs aidants. L'accompagnement de la médecine de premier recours pour exercer son rôle de coordination représente aussi un levier. Le contexte du territoire de santé, ses spécificités et les déterminants de santé des personnes âgées y résidant influencent la coordination des parcours.

Au regard de ces résultats, des préconisations sont avancées. Le directeur des soins est un acteur stratégique au niveau de l'établissement et du territoire pour développer un projet médico-soignant en collaboration avec le directeur, le Président de CME, le médecin coordonnateur des EHPAD et l'encadrement. Ce projet comporte un axe d'optimisation de la coordination des parcours des personnes âgées hospitalisées. Il est mis en œuvre et évalué au sein de chaque pôle en collaboration avec les chefs de pôles et l'encadrement et en articulant les besoins de la population, l'offre de soins et les organisations existantes ou à créer.

Au niveau du territoire de santé et des structures, le directeur des soins favorise la communication entre les professionnels, avec les centres de formation initiale paramédicale et sociale, en créant un cadre d'intervention et en développant la co-construction d'outils évalués. Il s'implique aussi dans les instances de réflexion sur le projet territorial de santé et dans les liens avec les acteurs du champ médico-social.

Enfin, sur l'axe opérationnel, il accompagne l'encadrement à la mise en place et à l'évaluation des outils sous l'égide de la CSIRMT, en développant la formation des infirmières au raisonnement clinique, aux transmissions ciblées et à l'évaluation gériatrique. Ces actions contribuent à améliorer l'accompagnement des personnes âgées par la qualité du raisonnement diagnostique, par la traçabilité des évaluations et des soins effectués.

Si la coordination est le modèle développé par les politiques publiques en faveur des personnes âgées en France depuis ces cinquante dernières années, son efficience reste cependant interrogée dans un système fragmenté où la transversalité est à développer.

Aussi, il apparaît que le modèle nord-américain d'intégration des soins développé depuis les années 90 en sciences de gestion par A. CONTANDRIOPOULOS peut permettre d'associer les acteurs là où la coordination rencontre des limites.

Face au système de santé fragmenté, à l'utilisation inadéquate des compétences et à l'accès inéquitable à certains services, aux attentes de la population, l'intégration des soins favorise le recentrage du système de soins sur la personne et son parcours de santé. Selon CONTANDRIOPOULOS⁴⁴, « l'intégration des soins consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs interdépendants trouvent un sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier. Ce modèle possède cinq dimensions : l'intégration des soins (processus de soins, organisations interdépendantes), l'intégration de l'équipe clinique (bonnes pratiques...), l'intégration fonctionnelle (la gouverne, systèmes de financement, de gestion et d'information), l'intégration normative (procédures, protocoles, conventions) et l'intégration systémique (les relations entre le système d'acteurs interdépendants au niveau local et l'environnement dans lequel il se situe) ».

Les enjeux de l'intégration des soins sont de créer de nouveaux espaces de coordination (plate-forme de coordination) entre les acteurs et les organisations.

⁴⁴ CONTANDRIOPOULOS AP., DENIS JL., TOUATI N., RODRIGUEZ R., 2001, « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre ». Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, Vol. 8, n°2 pp.38-52

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relatif à l'assurance maladie, Journal officiel de la République Française, n°190 du 17 août 2004

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative à la réforme de l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires ; Journal officiel de la République Française, n°0167 du 22 juillet 2009

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, article R4312-28, Journal officiel de la République Française, n° 183 du 8 août 2004

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°2010 - 1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel de la République Française, n° 0227 du 30 septembre 2010

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, Journal officiel de la République Française, n°0245 du 21 octobre 2010

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire n° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Ouvrages

ALTER N., 2000, « Sociologie du monde du travail », Paris, Editions PUF

AMBLARD H., BERNOUX P, HERREROS G., LIVIAN Y.-F., 2005, « Les nouvelles approches sociologiques des Organisations », Paris, Editions du Seuil, 291 p.

DANCAUSSE F., CHAUMAT E., BOISVERT C., 2003, « Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins : guide méthodologique », 2e édition, Edition Masson, collection Démarche soignante, 200 p.

Groupe IMAGE, mars 1998, « Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question », Editions ENSP, 99 p.

SCHWEYER F.-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T., décembre 2002, « Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes », Editions ENSP, 112 p.

Articles et revues, guides, études

ANAP, 2011, « le parcours de santé des personnes âgées sur un territoire »

BLOCH M.-A. et al, février 2011, étude « la coordination dans le champ sanitaire et médico-sociale, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », réalisée par le centre d'études scientifiques de Mines Paris-Tech

BLOCH M.-A., Directrice de la recherche et de l'innovation pédagogique à l'EHESP, 9/04/2013, intervention sur « les nouvelles fonctions du directeur des soins à développer selon le New Public Management », séminaire des directeurs de soins EHESP

CONTANDRIOPOULOS A.-P., DENIS J.-L. et al, 2001, article « intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », Ruptures : revue transdisciplinaire en santé, vol.8, n°2, pp. 38 à 52, 15 p.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., DENIS J.-L. et al, Juillet-septembre 2008, pratiques et organisation des soins n° 39, revue trimestrielle : volume 3, éditions SFSP et Assurance Maladie

LUSSIER M.-D., Mai-Juin 2011, le projet « parcours patient sur un territoire », revue hospitalière de France n°540, ANAP

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Comité national sur le Parcours de santé des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie, janvier 2013, cahier des charges des projets pilotes PAERPA

SOMME D., TROUVE H., PASSADORI Y., CORVEZ A., JEANDEL C., BLOCH M.-A., et al, mai 2013, « prise de position de la Société Française de gériatrie et Gérontologie sur le concept d'intégration : Résumé », La Revue de Gériatrie, Tome 38, N°5, p. 323 à 330

Rapports

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, 22/03/2012, « avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM, avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012 », 31 p.

MEAH : Mission Expertise et Audit Hospitalier, 2008, chantier pilote « gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques »

Projet de soins 2010 – 2014 du centre hospitalier, 14 p.

Projet d'établissement 2011 – 2015 du centre hospitalier, 261 p.

Projet Stratégique Régional de Santé (PSRS) des Pays de la Loire, 2012, définition du parcours de santé

Rapport CORDIER, 21 juin 2013, « Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages » », 108 p.

Rapport IGAS, 2012, L'hôpital, La documentation française

Rapport de la Cour des Comptes, 2013, « les parcours coordonnés »

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2012 - 2016, ARS, 203 p.

Synthèse du Programme Régional de Santé (PRS) 2012 - 2016, ARS, 52 p.

Mémoires professionnels

BALLOUZ N., 2004-2005, « Parcours de soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : quelle contribution pour la direction des soins ? », Filière directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes, 63p.

CONTE V., 2008, « Optimisation du parcours de l'utilisateur à l'hôpital : un processus à construire. Rôle du directeur des soins », Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 37p.

CAILLAVET-BACHELEZ V., 2010, « Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire », Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 38p.

Sites internet

Portail des ARS [site visité le 04/02/2013], disponible sur internet : <http://www.ars-sante.fr>

Haute Autorité de Santé : certification et actualités n° 5 juin 2012 : la méthode du patient traceur [site visité le 01/02/2013], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

Haute Autorité de Santé : accueil>professionnels de santé> expérimentations, séminaires full care cyclés des 15 et 16/12/2011, [site visité le 19/02/2013] disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

Haute Autorité de Santé, Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, Juillet 2013, « Plan personnalisé de santé »,34 p., [site visité le 29/09/2013] disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

Hospimedia : article paru le 16/01/2013 15h24 « Le parcours comme pilier de la stratégie nationale de santé », [visité le 01/02/2013], disponible sur internet : <http://www.hospimedia.fr>

Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, Mars 2010, 12 p., [visité le 01/02/2013], disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'analyse des entretiens

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Modélisation du parcours de santé (ARS Pays de la Loire)

Annexe IV : L'offre de médecine libérale

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire de proximité

Annexe V : Les caractéristiques de la population âgée sur le territoire de proximité

Comparatif de la répartition de la population âgée sur la région, le territoire et le territoire de proximité

Annexe VI : Le niveau de dépendance et les principaux états pathologiques des personnes admises en EHPAD sur le territoire

Répartition des GIR bénéficiaires de l'APA à domicile par territoire en 2010

Données issues des coupes Pathos 2008, 2009, 2010 en EHPAD sur le territoire

Principaux états pathologiques des patients admis en EHPAD sur le territoire

Annexe I : grille d'analyse des entretiens

Thèmes abordés dans la collecte des données et sous-thèmes	Entretiens (les points forts)	Documents officiels, institutionnels (que dit la lecture du projet de soins, quels liens ?, confirmation ou distorsion avec les propos recueillis)	Lectures (articles au moment de la rédaction, ouvrages, rapports, mémoires...)
<p>Axe stratégique de coordination des parcours personnes âgées</p> <p>Traceurs :</p> <p>A1 - Orientation retrouvée dans les PRS sanitaires et médico-sociaux, Projet d'établissement, COM</p> <p>A2 – Orientation retrouvée dans le projet de soins, mise en œuvre dans des plans d'actions, contrats de pôles (observation de documents)</p> <p>A3 -Identifiée par les CGS, DS et CTR (entretiens)</p> <p>A4 -dispositif de coordination : ressources humaines, matérielles mises à disposition, outils de gestion, procédures, fiches de liaison, dossier de soins, bilan d'inclusion, plan personnalisé</p>			

<p>Coopération des acteurs et des dispositifs</p> <p>Traceurs :</p> <p>B1 - Moyens utilisés (réunions, conventions, outils communs avec les partenaires)</p> <p>B2- Processus d'apprentissage organisationnel (langage commun, procédures d'intervention communes, règles d'orientation des personnes âgées...)</p> <p>B3 - Formes de coopérations existantes (CHT, GCS, conventions, les réseaux, mise en œuvre, difficultés, leviers, résultats)</p> <p>B4 - Thématiques et spécificités des prises en charge des personnes âgées, filières, réseaux constitués</p> <p>B5 - Impact de cette coopération sur la continuité des soins.</p>			
<p>Communication, système d'information</p> <p>Traceurs :</p> <p>C1 – dossier de soins (papier, informatisé, projets DMP, DLU)</p> <p>C2 - Nature des liens avec les partenaires extérieurs avant, pendant et après la prise en charge</p> <p>C3 - Observation de dossiers de personnes âgées concernées à la sortie de l'hôpital sur une période donnée</p> <p>C4 - communication orale (temps de réunion ritualisés entre professionnels, langage commun,...)</p>			

Annexe II : guide d'entretien

Date, heure, durée et lieu de l'entretien, civilités

Contexte : EDS à l'EHESP, réalisation d'un mémoire dont l'objet est d'étudier la contribution du directeur des soins dans la coordination des parcours personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales, de l'analyser et de proposer des préconisations concrètes.

Consignes : cet entretien semi-dirigé durera environ 1 heure et porte sur les thèmes suivants : orientation stratégique de coordination des parcours des personnes âgées, coopération des acteurs, système d'information et de communication (dossier de soins...) avec les professionnels hospitaliers et partenaires externes pour favoriser la continuité des soins

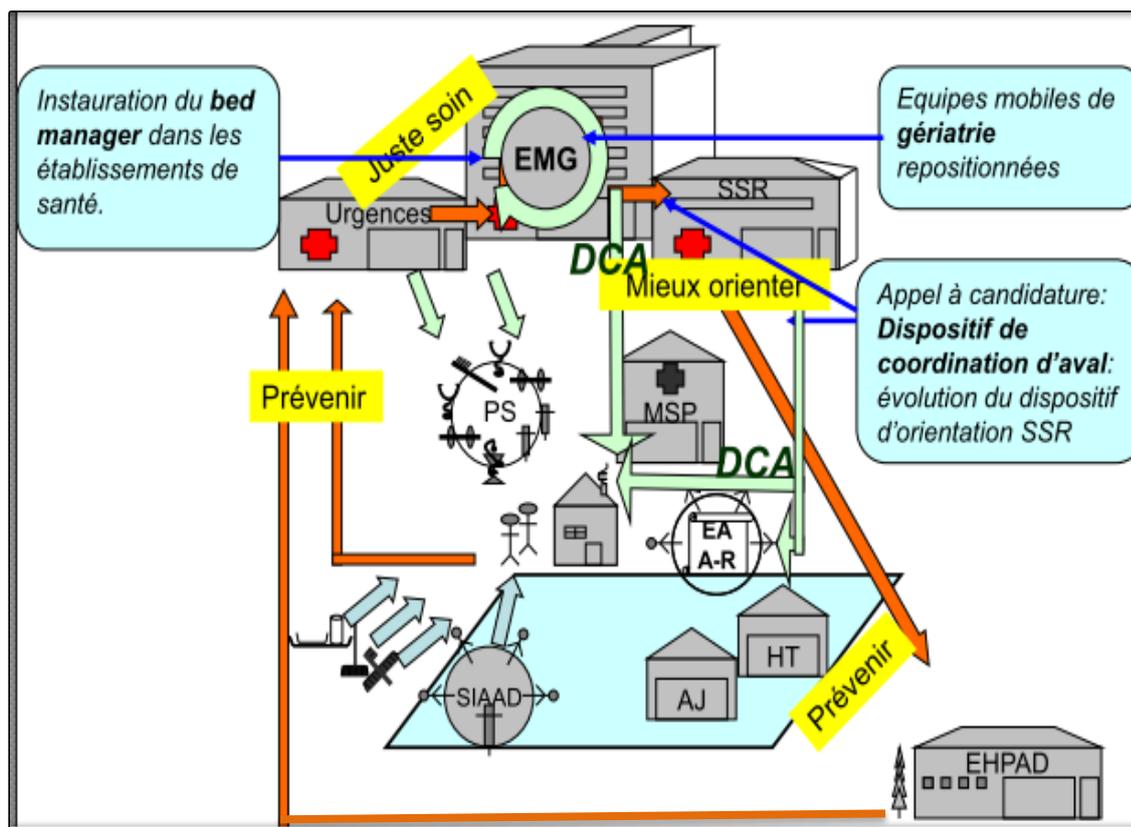
Présentation de l'enquêteur : Jacky Housset, parcours de cadre, cadre supérieur et expériences de faisant fonction directeur de soins en CH, actuellement EDS – promotion 2013 à l'EHESP

Remerciements pour le temps accordé et retour envisagé des résultats

Présentation de l'enquêté : âge, sexe, poste occupé, ancienneté dans le poste dans cet établissement, autres établissements, participation à l'élaboration du projet d'établissement, élaboration ou non du projet de soins, présentation de l'établissement et de son environnement, des relations avec les partenaires externes (ESMS, professionnels libéraux, SSIAD, HAD...), des éventuelles particularités concernant la coordination des parcours des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales du territoire.

THEMES	QUESTIONNEMENT
Orientation stratégique de coordination des parcours des personnes âgées sur le territoire	1. Avez-vous connaissance du PRS, de ses grandes orientations et plus spécifiquement de l'orientation de coordination des parcours des personnes âgées sur le territoire de santé ? 2. Concrètement, quelle est-elle ? 3. Comment la mettez-vous en œuvre ? 4. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de ces actions ? 5. Comment impliquez-vous l'encadrement supérieur et de proximité dans la mise en œuvre de cette coordination ? Y-a-t-il d'autres acteurs impliqués dans la coordination du parcours des personnes âgées ? en interne ? et en externe ? 6. Quels sont les outils formalisés, mis en œuvre (procédures,...) ? 7. Une évaluation est-elle réalisée ? 8. Quels en sont les résultats ? 9. A votre avis, quels sont les leviers et les facteurs de succès ?
Coopération pour une cohérence d'acteurs et de dispositifs	10. Quels sont les outils existants ? à créer à votre avis ? 11. Y-a-t-il une culture commune autour de cette orientation (partage de valeurs, de situations vécues) ? 12. Quels sont les outils communs avec les partenaires ? 13. Concrètement, pouvez-vous me décrire des coordinations de parcours de personnes âgées au sein de votre établissement qui marchent ? Des expériences qui ont échoué et pourquoi ? 14. Avec lesquels cela ne fonctionne pas ou modérément et pourquoi ? Quelles en sont les difficultés à votre avis ? 15. Si vous aviez à mettre en place une coopération, coordination dans le cadre des parcours de personnes âgées, quelles en seraient les étapes, les acteurs et les modalités ?
Systèmes d'information et de communication existants	16. Quels sont les outils de communication autour de la coordination des parcours des personnes âgées sur le territoire qui sont mis en place ? 17. Quels sont les aspects de ces outils qui favorisent la communication entre les professionnels en interne ? et en externe ? 18. Trouvez-vous votre support dossier de soins adapté ? Quelles pourraient être ses évolutions ? Pourquoi ? 19. Quelles difficultés, obstacles rencontrez-vous dans l'information et la communication avec les professionnels ? Pourquoi ? 20. Que pensez-vous mettre en œuvre pour y remédier ou pour améliorer la situation ?

Annexe III : Modélisation du parcours de santé (ARS Pays de la Loire)



(Source : intervention à l'EHESP, 16/01/2013 du Dr Blaise, Directeur de projet PRS à l'ARS Pays de la Loire)

AJ : Accueil de Jour, AR : Appui Réadaptation, Bed manager : gestionnaire des lits, DCA : Dispositif de Coordination d'Aval, EA : Equipe d'Appui, EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, EMG : Equipe Mobile Gériatrique, HT : Hébergement Temporaire, MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire, PS : Professionnels de Santé, SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile, SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

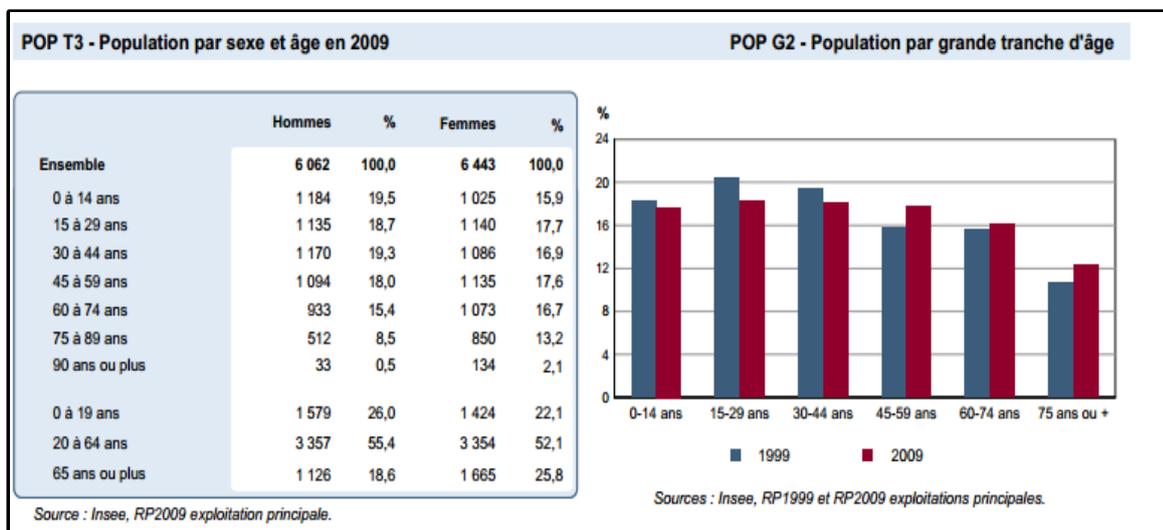
Annexe IV : L'offre de médecine libérale

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire de proximité

Professionnels de santé libéraux	Nombre de professionnels sur le territoire de proximité	Nombre de professionnels sur le territoire de santé
Médecins généralistes	27	595
Médecins spécialistes	17	544
Dentistes	14	292
Pharmaciens	9	213
Infirmières	15	419
Masseurs Kinésithérapeutes	15	496
Laboratoires	2	36

(Source : assurance maladie 1^{er} août 2010)

Annexe V : Les caractéristiques de la population de personnes âgées sur le territoire de proximité



Comparatif de la répartition de la population âgée sur la région, le territoire et le territoire de proximité

	Population	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Région	2 538 590	373196	14,7	232027	9,14
Territoire	588 420	82972	14,1	51241	8,7
Territoire de proximité	12505	2006	16,04	1362	10,89

(Source : INSEE, 2009)

Annexe VI : Le niveau de dépendance et les principaux états pathologiques des personnes admises en EHPAD sur le territoire

Répartition des GIR bénéficiaires de l'APA à domicile par territoire en 2010

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Région	638 (2,23%)	5451 (19,09%)	6528 (22,86%)	15944 (55,82%)	28561 (100%)
Territoire	111 (2,04%)	999 (18,32%)	1257 (23,05%)	3086 (56,59%)	5453 (100%)

(Source : Conseil général, 2010)

Données issues des coupes Pathos 2008, 2009, 2010 en EHPAD sur le territoire

Nombre moyen de pathologies / patient : 6,58 vs 7,4 (national)

Age moyen des hommes admis en EHPAD : 82,2 ans vs 81,5 ans (national)

Age moyen des femmes admises en EHPAD : 86,9 ans vs 86,2 ans (national)

Principaux états pathologiques des patients admis en EHPAD sur le territoire

Etats pathologiques	Répartition des admissions en EHPAD
Syndromes démentiels	51,12%
Troubles chroniques du comportement	37,85%
Autres (état dépressif, troubles du rythme...)	11,03 %
Total	100 %

FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2013

Faciliter les parcours des personnes âgées suite à une hospitalisation.

Le territoire de santé: un enjeu de coordination pour le directeur des soins.

Résumé :

Le vieillissement de la population française n'est pas sans conséquence sur le système de soins. Cette population connaît des fragilités liées à l'âge, aux pathologies chroniques et à l'isolement géographique et social. Dès lors, la logique de parcours de santé des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales doit tenir compte de l'ensemble de ces facteurs afin de produire le juste soin. Or, le système de soins fragmenté nécessite de développer la coordination des acteurs appuyée par des systèmes d'information partagés. Notre étude analyse les conditions favorables à la coordination des acteurs dans le cadre des parcours de personnes âgées sur un territoire de santé de proximité. A l'aune de la littérature existante, des entretiens et des écarts entre les discours et la réalité observée, des préconisations affirmant le directeur de soins comme acteur stratégique collaborant avec les partenaires internes et externes visent à l'amélioration de la coordination des parcours.

Mots clés :

Système de soins, parcours de soins, territoire de santé, personnes âgées, médico-social, coordination, coopération, partenariat, système d'information, directeur des soins