



**EHESP**

---

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

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**Vers une responsabilité populationnelle  
pour un meilleur accompagnement des  
personnes en situation complexe**

---

**Marion VIVIER**



---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier l'équipe de direction du CHU de Saint-Etienne. Un stage qui m'a permis à travers mes missions de rencontrer des équipes pluridisciplinaires et de m'inscrire dans mon territoire.

Ma reconnaissance s'adresse à M Chapuis Hervé, Directeur des achats et de la logistique, et directeur référent des pôles gériatrie et psychiatrie, pour la transversalité des missions qui m'ont été confiées au fur et à mesure des semaines.

Cette ouverture sur l'extérieur m'aura permis d'avoir l'éclairage nécessaire pour instruire la problématique des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques et confrontées à des ruptures de parcours. Les personnes m'ont accordé un temps précieux et bienveillant. Je remercie également les équipes pour leur accueil et la qualité des informations transmises.

Enfin, j'ai été très sensible à l'implication des professionnels dans l'accompagnement des personnes fragiles et à leur dévouement quotidien dans leur travail.



---

# Sommaire

---

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....  | 1  |
| 1 État des lieux : les cas complexes et leur accompagnement.....  | 5  |
| 1.1 Pourquoi l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles<br>psychiatriques est compliqué.....                              | 5  |
| 1.1.1 Les enjeux démographiques .....   | 6  |
| 1.1.2 Une demande croissante des soins psychiatriques.....  | 7  |
| 1.1.3 Les cas complexes : à la croisée des chemins de la gériatrie et de la<br>psychiatrie.....   | 9  |
| 1.2 Quel accompagnement juridique face aux situations complexes .....   | 9  |
| 1.2.1 La structuration législative des secteurs sanitaire, social et médico-social...   | 10 |
| 1.2.2 La structuration législative de la psychiatrie .....  | 11 |
| 1.2.3 L'évolution législative pour une articulation des secteurs .....  | 12 |
| 1.3 Des freins encore apparents.....  | 13 |
| 1.3.1 Une coopération encore compliquée.....  | 13 |
| 1.3.2 Un défaut de fluidité et de lisibilité dans le parcours .....   | 15 |
| 1.3.3 Rapprocher les deux secteurs.....   | 16 |
| 2 Les pratiques sur le territoire ligérien.....   | 17 |
| 2.1 Les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques sur le territoire.....   | 17 |
| 2.1.1 Les indicateurs socio-économiques et démographiques du territoire .....   | 17 |
| 2.1.2 Des caractéristiques communes pour les usagers en situation complexe ....   | 20 |
| 2.1.3 Les freins pour les institutions et les professionnels.....   | 20 |
| 2.2 La dimension verticale des solutions : l'approche au CHU.....   | 22 |
| 2.2.1 Un repérage précoce de la « complexité » par tous en interne.....   | 22 |
| 2.2.2 L'équipe mobile : un dispositif du CHU pour prévenir les hospitalisations ....  | 23 |
| 2.2.3 Les commissions cas complexes en interne .....  | 26 |
| 2.3 La dimension horizontale des solutions : l'approche territoriale.....   | 28 |
| 2.3.1 La filière gérontologique du bassin stéphanois : un élément de réponse.....   | 28 |
| 2.3.2 Les commissions de cas complexes ouvertes sur l'extérieur : « <i>Ne pas avoir<br/>des partenaires, mais être partenaire</i> » ..... | 30 |
| 3 Tendre vers la responsabilité populationnelle au bénéfice des personnes en situation<br>complexe.....                                   | 33 |
| 3.1 La coordination au service d'une réponse continue et globale .....  | 33 |
| 3.1.1 Coordonner l'amont et l'aval .....  | 34 |
| 3.1.2 Les outils de coordination pour garantir la modularité de l'accompagnement  | 35 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3.2   | De la logique institutionnelle à la logique de parcours : l'exemple de la réponse accompagnée pour tous (RAPT)..... | 36 |
| 3.2.1 | Le concept de mobilisation collective.....  | 37 |
| 3.2.2 | Les modalités d'action de la mobilisation collective .....  | 38 |
| 3.3   | Vers la responsabilité populationnelle .....  | 40 |
| 3.3.1 | Une réflexion territoriale en premier lieu .....  | 40 |
| 3.3.2 | La responsabilité populationnelle comme levier d'accompagnement des cas complexes .....                             | 40 |
| 3.3.3 | Aller plus loin avec le recours à l'éthique.....  | 41 |
|       | Conclusion.....   | 45 |
|       | Sources et Bibliographie.....   | I  |
|       | Liste des annexes.....  | IV |

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources  
ALD : Affection Longue Durée  
ANAP : Agence Nationale de l'Appui à la Performance  
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement  
CLSM : Conseil Local en Santé Mentale  
CH : Centre Hospitalier  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie  
CORIE : Commission d'Orientation Inter Établissements  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CS : Court Séjour  
CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
ICA : Instance de Coordination à l'Autonomie  
IDE : Infirmier Diplômé d'État  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INED : Institut National d'Études Démographiques  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HPST : Hôpital Patients Santé et Territoire  
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
MAS : Maison d'Accueil Médicalisée  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MLA : Maison Loire Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

PAERPA : Parcours de santé des Personnes âgées en risque de Perte d'autonomie

PHV : Personne Handicapée Vieillissante

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTSM : Projet Territorial en Santé Mentale

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SSIAD : Services de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

## Introduction

Marion Leboyer, psychiatre, explique le 7 septembre dernier dans l'émission de Nicolas Demorand sur France Inter que les usagers atteints de troubles psychiques évoluent dans un système qui manque d'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social. Elle précise également : « *La psychiatrie aujourd'hui est la première cause mondiale de handicap, la première cause de dépenses de santé, la première cause d'invalidité. Les malades psychiatriques, ce sont un auditeur sur 5 qui écoute votre émission, soit 12 millions de personnes concernées.* »

12 millions de personnes, dont une grande part de personnes âgées. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles neurologiques et psychiatriques constituent les trois cinquièmes de toutes les sources d'incapacités liées au vieillissement. La population française vieillit : selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les plus de 75 ans étaient 5,2 millions en 2007, ils seront 11,9 millions en 2060<sup>1</sup>. Combien d'entre eux seront atteints de troubles psychiatriques ? A ce jour, la France présente déjà un taux important de suicides, avec des taux de mortalité très élevés. A partir de la collecte des évaluations pathos de 2011, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) fait état d'un taux de 36% de troubles dépressifs et de 26% de troubles anxieux chez les personnes âgées. En Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), la prévalence des troubles psychiatriques est très élevée. Toutes ces données posent inévitablement la question de l'accès aux soins des personnes âgées et moyens à mettre en œuvre pour adapter l'offre de soins psychiatriques aux Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)<sup>2</sup>.

Car le trouble mental accroît significativement les problématiques de la fin du parcours de vie : vieillissement, isolement social et précarité. Selon la définition de l'OMS, la santé regroupe bien-être physique, psychique et social. Le parcours de santé associe au sanitaire les actions de prévention, les actions sociales et médico-sociales. Malgré un développement de la psychiatrie « hors les murs » permettant une lutte contre la stigmatisation des individus porteurs de troubles psychiques, aujourd'hui encore, 30% des malades atteints de troubles psychiatriques sont hospitalisés plus de six mois dans les services de l'hôpital<sup>3</sup>. Des hospitalisations répétées dans l'année pour la même

---

<sup>1</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#titre-bloc-3> [consulté le 7 juillet 2018]

<sup>2</sup> <https://drees.solidarités-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf> [consulté le 22 juin 2018]

<sup>3</sup> LEBOYER Marion, France inter Émission Le Grand Entretien, Septembre 2018

problématique peuvent être symptomatiques d'une situation complexe chez la personne âgée atteinte de troubles psychiques.

Les personnes en situation complexe cumulent plusieurs facteurs ne leur permettant pas d'être au bon endroit, au bon moment. Ces personnes sont stabilisées pour les services de psychiatrie mais effrayent les ESMS lorsque s'impose un accompagnement particulier. Elles sont médicalement sortantes au regard des missions et compétences du service mais ne trouvent pas d'aval correspondant aux besoins de leur prise en charge. Ils sont qualifiés de « *bed blockers* » ou encore d'« *incasables* »<sup>4</sup> par les acteurs du territoire. Le contexte individuel peut influencer la fluidité de ce parcours selon l'état de santé de la personne, son environnement, sa temporalité. La complexité comporte un versant psycho-social avec un isolement et une vulnérabilité sociale non négligeables. Parfois, le contexte organisationnel ainsi que l'offre territoriale constituent également un obstacle, notamment en l'absence d'une identification claire du besoin sanitaire ou médico-social.

Les plans nationaux et les circulaires ministérielles prennent en compte l'importance de l'articulation entre la psychiatrie et le médico-social. Le plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 pose, par exemple, l'objectif de « *créer un réseau permettant aux différents acteurs de nouer un partenariat de confiance, indispensable pour que les patients passent facilement d'une structure à une autre* ». Plusieurs initiatives locales mettent notamment l'accent sur l'articulation ville-hôpital et sur le travail en réseau, conditionnant ainsi l'optimisation du parcours des personnes âgées.

Pour autant, je constate dans les établissements où j'ai travaillé ou réalisé des stages, que les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques subissent souvent des ruptures dans leur parcours.

### **Éléments de méthodologie**

C'est à partir de ce constat, que je me suis interrogée sur l'origine de ces ruptures d'accompagnement, mais également sur les éléments pouvant débloquer ces situations.

En stage de professionnalisation, ma mission principale a été le travail sur la coordination des filières gérontologiques du territoire du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Malgré ces organisations, plusieurs situations de personnes âgées dépendantes posent des difficultés d'accompagnement auprès des professionnels du domicile ou des institutions sanitaires et médico-sociales. Une des autres missions portait également sur

<sup>4</sup> Termes utilisés lors des entretiens menés ou lors des commissions de cas complexes

l'appui méthodologique à la gestion des cas complexes du Conseil Local en Santé Mentale (CLSM). J'ai donc finalisé des liens entre les pôles gériatrique et psychiatrique m'apercevant alors que plusieurs dossiers posaient question.

L'exemple observé fréquemment était le suivant : une personne âgée pour laquelle l'hôpital ne peut maintenir un lit dans une unité d'hospitalisation, devient « *bed blocker* » dans le service de médecine dit classique. Plusieurs établissements médico-sociaux refusent son dossier d'admission du fait d'antécédents psychiatriques. Ce même dossier ne peut plus rester en psychiatrie car pour le service la personne est stabilisée, le maintien à domicile étant également impossible.

Mon terrain de référence sera celui étudié pendant mon stage de professionnalisation. C'est un terrain pluridisciplinaire où les acteurs institutionnels et ceux du domicile parlent ensemble. Cependant, des lacunes apparaissent encore dans la transversalité d'accompagnement de ces situations.

Afin d'instruire les constats énoncés, j'ai adopté une méthodologie basée sur une méthode collaborative. Un guide d'entretien<sup>5</sup> a été élaboré à partir de la littérature spécialisée présentant un large panel d'expériences de coopération concernant les situations bloquantes. Plusieurs catégories de professionnels ont été fléchés pour les entretiens. Ce guide, également adapté pour les personnes âgées psychiatriques, a été validé par les équipes qui les accompagnent au quotidien. J'ai pu documenter les propos des usagers et des professionnels à partir de revues professionnelles et d'ouvrages d'analyses des évolutions au sein des secteurs concernés.

Dans le cadre de cette méthodologie, j'ai fait le choix de rencontrer différents acteurs en interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) mais également des partenaires extérieurs, afin d'apporter un regard empirique<sup>5</sup> sur les modes de coopérations existants. Les entretiens menés ont été organisés sur la base de contacts préalablement établis par mail ou téléphone. Au total douze entretiens ont été conduits<sup>6</sup> auprès des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des usagers. Un état des lieux des coopérations du bassin stéphanois et la participation à des groupes de cas complexes ont permis de débattre et d'avancer sur cette thématique.

La complexité des troubles psychiatriques de la personne âgée, leur intrication avec les problèmes somatiques, interroge sur le champ d'intervention des professionnels et sur la

---

<sup>5</sup> Annexe 1 Guide entretien

<sup>6</sup> Annexe 2 Tableau récapitulatif des entretiens menés

nécessité de décloisonner les secteurs de prise en charge afin d'assurer la continuité des soins. Dès lors, des questions d'ordre humain, éthique, médico-économique et organisationnel se posent.

Le directeur a une responsabilité en tant que donneur de soins : celle de répondre aux besoins des populations dans la limite de ses possibilités et contraintes. Par ailleurs, l'établissement a aussi une responsabilité quant aux besoins qu'il ne peut pas couvrir. La responsabilité populationnelle tend vers cet objectif : se saisir des enjeux de santé d'une population en étant partenaire dans la réponse apportée sans se dessaisir de la situation du seul fait que cela est hors compétences de l'établissement.

Dès lors, en quoi, l'organisation d'un territoire et la mise en place d'une responsabilité populationnelle peuvent-elles contribuer à une promesse de meilleur accompagnement des parcours complexes ?

A travers cette problématique, nous verrons comment les apports théoriques confirment ces interrogations au niveau national. Dans un deuxième temps, il conviendra d'analyser les facteurs de risques de ruptures dans le parcours des personnes âgées atteintes de troubles psychiques. Plusieurs initiatives locales ligériennes démontrent que des approches différentes apportent des éléments de solutions pour un meilleur accompagnement des incasables. Enfin, il s'agira d'identifier les évolutions souhaitables en matière de coopération dans l'objectif d'une continuité d'accompagnement de ce public.

## **1 État des lieux : les cas complexes et leur accompagnement**

L'accompagnement des personnes âgées dans un parcours de santé adapté ne relève pas uniquement du secteur sanitaire ou du secteur médico-social. L'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie.*<sup>7</sup> ». Tous les secteurs d'accompagnement sont concernés simultanément. Certains facteurs viennent accentuer une ou plusieurs difficultés de santé. Le parcours de soin peut alors « *devenir complexe si les besoins sont multiples et requièrent l'intervention de différents acteurs*<sup>8</sup> ».

Pour les ESMS, les situations de blocages sont fréquentes et chronophages. D'un point de vue institutionnel, ces situations concernent un patient estimé médicalement sortant et sans aval adapté ou dans un délai inadéquat. Pour la personne elle-même, la continuité du parcours est compromise car il se retrouve à des carrefours d'accompagnement sans solution. Les cas complexes existent sur tout le territoire français et on retrouve plusieurs caractéristiques communes.

Face aux difficultés rencontrées par les usagers et les professionnels, plusieurs enjeux sont soulevés sur les territoires de santé. Le vieillissement de notre société ainsi que le développement des pathologies mentales nous amène à faire un état des lieux des populations concernées, du contexte juridique et organisationnel dans lequel elles évoluent.

### **1.1 Pourquoi l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques est compliqué**

« *La jeunesse n'est qu'un mot* » soulignait Pierre Bourdieu en 1978. Il aurait pu le dire de la vieillesse : sénior, troisième et quatrième âge, vieillard, boomers, sage, aîné, retraité, ancien, vétéran... la difficulté de parler de la vieillesse tient au sens très relatif de sa définition.

---

<sup>7</sup> [www.who.int](http://www.who.int) [consulté le 3 juillet 2018]

<sup>8</sup> ANAP, Les parcours des personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience, Août 2011

### 1.1.1 Les enjeux démographiques

Elle a toujours été perçue comme un moment particulier de la vie, sans que les auteurs arrivent à s'accorder sur l'âge à partir duquel un individu devient vieux. Généralement, la vieillesse est décrite comme l'âge ultime de l'être humain, dernière période de la vie, caractérisée par un ralentissement des fonctions physiques et mentales. Mais c'est également un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs sociaux, environnementaux, économiques, géographiques ou encore culturels. Les individus perçoivent leur âge en fonction de leur propre cadre de référence. Françoise Sagan résumait : « *Il y a des gens qui naissent vieux et d'autres qui naissent jeunes.* » Pour Serge Guérin, l'âge est une construction sociale qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Dans la réglementation française c'est l'âge de 60 ans qui est retenu pour les prestations ou dispositions concernant les personnes âgées.

L'espérance de vie à la naissance s'est considérablement allongée au cours du vingtième siècle. La France est engagée dans un processus de transition démographique marqué par une croissance importante et continue des classes d'âges les plus élevées. Les Français de 75 ans et plus seront 12 millions en 2060.

Mais vivre plus longtemps n'implique pas automatiquement une avancée dans l'âge sans incapacités. « *L'espérance de vie sans incapacité correspond au nombre moyen d'années que l'on peut espérer vivre dans un état de santé donné au sein de l'espérance de vie totale, à conditions sanitaires constantes.*<sup>9</sup> » La DREES indique que les Français vivent de plus en plus longtemps, mais le gain de ces années n'est pas toujours associé à des années de vie en bonne santé. « *En 2016, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance s'élève à 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes. Cet indicateur est stable, il n'a pas évolué de façon significative ces dix dernières années*<sup>10</sup>. » D'autres changements s'ajoutent au vieillissement de la population. Les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux font face à l'émergence de comorbidités chez les personnes âgées. Des besoins spécifiques sont liés à cette population.

Les défis démographiques et épidémiologiques complexifient l'accompagnement que les organisations sont en capacité d'offrir aux personnes vulnérables. Le vieillissement n'est pas une maladie mais il est un facteur de risque pour l'émergence de poly-pathologies. La dénutrition, les chutes, la démence, la dépression, l'incontinence et la dépendance impactent l'accompagnement de la personne âgée par une complexité médicale, et peuvent se conjuguer avec des difficultés sociales.

<sup>9</sup> <https://www.ined.fr> [consulté le 3 juillet 2018]

<sup>10</sup> DREES, *Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable*, Numéro 1046, Janvier 2018

La loi du 24 janvier 1997<sup>11</sup> donne la définition suivante de la dépendance : « *État de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.* » L'intervention d'un tiers est alors nécessaire. Cette dépendance est évaluée avec la grille Autonomie, Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est attribuée à la personne. Au sens de l'APA, en 2012, 36% des plus de 85 ans sont dépendants pour les activités de base de la vie quotidienne <sup>12</sup>.

La gériatrie est une discipline récente, émergeant dans un contexte d'hospitalisations nombreuses de sujets âgés poly-pathologiques dans les services des urgences. Les institutions accueillent des patients dont la dépendance physique et cognitive est déjà souvent irréversible. Ce vieillissement de la population impacte de façon significative le système de santé français. En 2011, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) écrivait que l'organisation actuelle se « *révèle aujourd'hui inefficace, insuffisante et trop tardive.* »<sup>13</sup>

Le vieillissement est donc un phénomène restant exposé à diverses pathologies et en particulier à la pathologie mentale.

### **1.1.2 Une demande croissante des soins psychiatriques**

À l'augmentation du pourcentage de personnes âgées dans notre société s'ajoute une demande croissante de soins psychiatriques. L'accompagnement du sujet âgé se retrouve au carrefour de problèmes liés à la santé mentale. En effet, le vieillissement concerne également les personnes handicapées mentales et les individus atteints de troubles psychiatriques. L'espérance de vie d'une personne déficiente intellectuellement ou avec des troubles psychiatriques augmente au fur et à mesure des progrès médicaux.

Comme il a été dit précédemment, la santé mentale constitue un des éléments de la définition de la santé proposée par l'OMS. En 2008, le Pacte européen<sup>14</sup> insiste sur le fait

---

<sup>11</sup> Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

<sup>12</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082> [consulté le 7 septembre 2018]

<sup>13</sup> Rapport IGAS 2011, « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » p5/121

<sup>14</sup> [Ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf) [consulté le 8 août 2018]

qu'elle est « *indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie et qu'elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société* ».

Le Dr Catherine Amoyal écrit<sup>15</sup> que « *Le taux de dépression des sujets âgés vivant à domicile est de 10 à 15 %. Il concerne 15 à 20% des personnes résidant en établissement. De même le taux de psychoses, estimé à 1 % à domicile, atteint 15 à 20 % dans les maisons de soins. Le suicide (31 cas sur 100000 habitants) représente le taux le plus élevé par tranches d'âge.* »

S'agissant du champ d'intervention sur les maladies psychiatriques du sujet âgé, le rapport de 2011 de la DREES<sup>16</sup> montrait que dans la plupart des cas la pathologie psychiatrique est associée à des comorbidités physiques, des déficits sensoriels et des problèmes sociaux. « *Concernant les personnes âgées vivant en institutions sanitaires ou médico-sociales, dont 85% présenteraient une affection neuropsychiatrique, trois types d'affections sont retenues : le syndrome démentiel, les états dépressifs avec une fréquence d'idées suicidaires cinq fois plus élevée que la moyenne, les troubles du comportement.* »

La pathologie psychiatrique de la personne âgée est identique à celle d'une autre. Certains troubles mentaux décompensés à l'âge adulte évoluent en maladies chroniques de type : schizophrénie, bipolarité, etc. Sur le plan sanitaire, le risque suicidaire et les troubles somatiques associés aux pathologies psychiques ont des conséquences multiples. Sur le plan social, ces troubles impactent la vie quotidienne de la personne et amènent parfois à des situations d'exclusion. Les pathologies psychiatriques sont souvent des affections durables qui peuvent s'exprimer de façon imprévisible, notamment dans un contexte de changement soudain. Les passages non programmés à l'hôpital, un choc dans l'environnement familial ou social conduisent très souvent à des décompensations mentales.

Au regard de ces constats, la promotion d'un accompagnement coordonné du patient âgé poly-pathologique, que ce soit en institution, en secteur gériatrique, psychiatrique, médico-social ou à domicile est essentiel. Pour le Dr Catherine Amoyal, les deux spécialités que sont la gériatrie et la psychiatrie « *trouvent naturellement une complémentarité [...] la nécessité du soin communautaire et du travail en réseau dans une articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social.* »<sup>17</sup> En effet, les « incasables » relèvent souvent de ces deux secteurs.

---

<sup>15</sup> AMOYAL Catherine Dr., Revue hospitalière de France, Personnes âgées, autonomie, fragilités et citoyenneté, Numéro 551, Mars avril 2013, (p 46)

<sup>16</sup> Op. Cit.

<sup>17</sup> Op. cit.

### **1.1.3 Les cas complexes : à la croisée des chemins de la gériatrie et de la psychiatrie**

Les comorbidités liées au vieillissement fragilisent la personne et peuvent la faire décompenser. Deux types de dispositifs sont alors impliqués. Le premier concerne les personnes âgées, le second celui de la sectorisation psychiatrique subdivisée elle-même en secteur sanitaire et social. Ces personnes doivent donc porter la double peine. Les troubles mentaux particulièrement fréquents chez les personnes âgées représentent une source importante de charges. La stigmatisation reste l'obstacle le plus important pour assurer l'accès aux soins de qualité pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.

La situation devient complexe lorsqu'elle met sous tension des réseaux familiaux et sociaux. Qualifier un parcours de complexe pour ce public revient à définir un périmètre de causes multiples. L'approche individuelle est combinée à celle de la coordination des acteurs impliqués dans le parcours.

Les causes peuvent être liées au patient :

- sa pathologie ou son handicap,
- son environnement familial et son lieu de vie,
- sa fragilité socio-économique.

Les causes peuvent aussi être liées aux organisations internes (anticipation, orientation) ou encore externes (offre d'aval, temporalité des procédures...).

Intervient désormais autour de ce public une organisation complémentaire entre les secteurs de la gériatrie et de la psychiatrie, tout en alliant le médico-social et le social à cet accompagnement. Des dispositifs de proximité, dans le milieu de vie de la personne, se sont particulièrement développés avec les évolutions législatives et représentent des éléments très favorables.

## **1.2 Quel accompagnement juridique face aux situations complexes**

Différentes orientations des pouvoirs publics ont émergé pour guider l'action des acteurs de terrain à travers un principe directeur déterminé : un accompagnement autour de la personne et le maintien de son autonomie dans son milieu ordinaire. Les constats énoncés précédemment sont, en partie, à l'origine des changements législatifs.

### 1.2.1 La structuration législative des secteurs sanitaire, social et médico-social

La loi hospitalière de 1970<sup>18</sup> crée un service public hospitalier participant à des actions de santé publique et à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire. Le secteur sanitaire est constitué de tous les établissements publics d'hospitalisation sous statut privé et à but non lucratif qui ont été autorisés à assurer ce service public. À partir de 1975<sup>19</sup>, le législateur organise le secteur social et médico-social. Cette période modifie en profondeur l'organisation des services hospitaliers qui avaient pour vocation d'accompagner le patient sur tous les versants : médical, social, situation pathologique aiguë ou en soins longues durées.

Ces lois séparent le sanitaire des institutions médico-sociales. L'hôpital se spécialise dans la technique et la fonction d'hébergement n'est associée qu'au soin de la personne. Les maladies chroniques sont par exemple, de moins en moins accompagnées en milieux strictement hospitaliers. Plusieurs ensembles asilaires ferment progressivement avec le mouvement de désinstitutionalisation.

Par la suite, la loi du 2 janvier 2002<sup>20</sup> a rénové l'action sociale. Elle se base sur cinq orientations dont celles d'instaurer une coordination entre les différents secteurs et d'adapter les structures aux besoins. Le secteur social et médico-social se caractérise par une diversité d'établissements et de services pouvant accueillir des personnes relevant de la protection de l'enfance, du handicap, de la réinsertion sociale ou encore de la gérontologie.

La loi du 11 février 2005<sup>21</sup> est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la loi de 1975. Il est rappelé les droits fondamentaux des personnes et donnent une définition du handicap.

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'une polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Cette loi apporte de nombreuses avancées dans les domaines tels que : l'accueil, l'emploi, les ressources ou encore la participation à la vie sociale des personnes

<sup>18</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>19</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>20</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>21</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

handicapées. À travers cette évolution, le législateur inscrit ces personnes vulnérables en tant que citoyens à part entière.

L'évolution de la psychiatrie de la personne âgée s'est inscrite dans l'évolution législative globale de la psychiatrie en France.

## **1.2.2 La structuration législative de la psychiatrie**

Avant 1960, les établissements asilaires proposaient aux personnes atteintes de troubles psychiatriques une vie exclue de la cité. L'objectif était de protéger la société des malades en les concentrant dans des établissements fermés. À partir de 1960, les soins en santé mentale se réorganisent complètement avec le principe de sectorisation. La prise en charge asilaire est de plus en plus déplorée. Les pouvoirs publics se saisissent progressivement de cette situation car le coût de fonctionnement de ces ensembles devient trop important. La circulaire du 15 mars 1960<sup>22</sup> insiste sur la prévention, l'accessibilité et la continuité des soins. La sectorisation implique un accompagnement géographique des populations par une équipe pluridisciplinaire.

Plusieurs principes découlent de ce document, notamment :

- *« L'hospitalisation du malade ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de post-cure. »*
- *« Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. »*

L'arrêté du 14 mars 1986<sup>23</sup> fait apparaître pour la première fois comme mission à part entière du secteur de psychiatrie la notion d'intervention à domicile.

Le secteur psychiatrique promeut alors l'idée d'une véritable territorialisation des soins entre l'hôpital et la ville. Grâce à la sectorisation, les pratiques dites « *communautaires* » sont encouragées. Des alternatives à l'hospitalisation se développent et visent l'inclusion sociale des patients souffrant de troubles psychiques.

Ce mouvement inscrit la psychiatrie comme un partenaire d'autres ressources pour répondre aux besoins des personnes. En effet, ce secteur ne répond pas à tous les problèmes de santé mentale. L'hôpital répond à un état aigu, à un traitement de crise.

---

<sup>22</sup> Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

<sup>23</sup> Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

L'espace de la santé mentale peut être envisagé comme plus large, permettant ainsi au secteur médico-social de prendre sa place dans l'accompagnement proposé. Les recommandations de l'OMS insistent sur le fait que : « *ce sont les approches communautaires qui apportent les meilleurs soins en santé mentale à la population et un projet de société au centre duquel se situerait le mieux vivre ensemble* ». Avec ces dispositifs de soins extra hospitaliers, il s'agit de contourner les rigidités organisationnelles. Cette évolution favorise le soin hors les murs tout en garantissant l'autonomisation de l'utilisateur.

Avec le vieillissement de la population, la question de l'accessibilité des personnes âgées aux soins en psychiatrie se pose désormais. Les secteurs de prise en charge doivent impérativement développer une fluidité des filières sur un territoire de santé de référence.

### **1.2.3 L'évolution législative pour une articulation des secteurs**

Plusieurs textes législatifs affirment la nécessité d'une articulation entre la psychiatrie et la gériatrie.

La loi<sup>24</sup> 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, priorise le décloisonnement du sanitaire et du social. Sous l'impulsion du Plan Alzheimer 2008-2012, des « *gestionnaires de cas* » ont été mis en place. Ces professionnels interviennent auprès des personnes âgées vivant à domicile dont la situation présente une complexité sur le plan médical et social. Il s'agit de comprendre la personne dans son environnement. Le principe de coresponsabilité est alors actif car cette intervention nécessite la collaboration de nombreux professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux, dans un contexte où les familles se sentent démunies.

La loi dite Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009<sup>25</sup> entraîne des modifications avec la mise en place des ARS et une collaboration accrue entre les secteurs. Dans le même temps, les différents plans santé mentale<sup>26</sup> rappellent la « *nécessaire continuité des soins psychiatriques à tous les âges de la vie* », et insistent sur l'intérêt d'actions dites « *conjointes et coordonnées* ». La prévention du suicide de la personne âgée devient une priorité. Dans le plan d'action pour la Santé Mentale 2013-2020, l'OMS met en avant les principes d'une approche « *multisectorielle des soins sur*

---

<sup>24</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>25</sup> Loi n°2009-879 u 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>26</sup> Plans Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 et 2011-2015

*toute la durée de vie » et la « nécessité pour tous les acteurs de la santé mentale d'aborder les soins de façon globale et coordonnée »<sup>27</sup>.*

La loi dite Accompagnement Social du Vieillessement (ASV) du 28 décembre 2015<sup>28</sup> a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire les personnes dans un parcours répondant le plus possible à leurs attentes. Cette loi soutient par exemple le développement de services polyvalents, bénéfiques pour les aidants, les équipes de terrains, les gestionnaires et les financeurs.

Enfin, la loi du 26 janvier 2016<sup>29</sup> évoque dans son article 69 le projet territoriale en santé mentale. Il implique autant les acteurs médicaux et médico-sociaux que ceux assurant un accompagnement social pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Une des priorités fixées par le décret d'application concerne une organisation d'un parcours de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale de ce public.

Ces dispositifs attestent d'une volonté de coordination des secteurs, bien que comportant plusieurs défauts.

### **1.3 Des freins encore apparents**

La question de l'intégration en ESMS des personnes porteuses de troubles psychiques s'impose progressivement avec l'allongement de l'espérance de vie. L'illisibilité de l'organisation du système pour les usagers et le déficit de coordination des professionnels rendent difficile l'accompagnement de ces personnes en situation complexe. Malgré des outils juridiques de coopération au bénéfice des établissements, le cloisonnement des secteurs reste manifeste.

#### **1.3.1 Une coopération encore compliquée**

Au-delà d'une législation en faveur de l'articulation des secteurs, des freins apparaissent encore. Un certain nombre de réticences et de limites entravent ce rapprochement.

Le rapport Devictor met en avant une « *méconnaissance mutuelle des compétences* » chez les professionnels.

---

<sup>27</sup> [www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/) [consulté le 5 août 2018]

<sup>28</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>29</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

*« Ils connaissent peu leurs champs d'action, d'où une réelle difficulté à orienter les usagers au mieux de leurs besoins, à prendre en compte les éléments d'information ou de diagnostic qui leur sont fournis par d'autres professionnels. De plus, ils sont encore trop souvent attachés à la qualité de leurs seules prestations avec une préoccupation insuffisante de l'aval de celles-ci ou des conditions de vie de la personne auprès de laquelle ils interviennent <sup>30</sup> ».*

Deux situations sont révélatrices de ce cloisonnement :

Dans les ESMS, les équipes soignantes ont l'impression de manquer d'interlocuteurs réguliers en psychiatrie. Les réponses apportées en cas de situation de crise leur semblent insuffisantes ou inadéquates. Les soignants souhaiteraient une réponse immédiate à une situation d'urgence alors que l'approche des psychiatres se réalise sur le long cours. En secteur de psychiatrie, la méconnaissance des besoins et des limites du secteur médico-social peut également créer des incompréhensions. Certains professionnels se retrouvent démunis pour traiter une situation de comorbidités gériatriques associées aux troubles psychiatriques.

Il est important que les équipes des deux secteurs se rencontrent afin que chacun identifie les professionnels en action et puisse échanger sur l'utilisateur accompagné. Cette anticipation et ce dialogue pourraient éviter des situations conduisant à des hospitalisations non souhaitables.

D'autres éléments semblent « gripper » une coopération fluide entre secteurs :

- Le vocabulaire utilisé n'est pas le même entre les professionnels,
- Accompagner les changements nécessite un apport en temps de ressources humaines, car il s'agit de faire accepter aux professionnels des modifications dans leur organisation de travail et dans la culture de leur champ d'intervention

Les rencontres entre professionnels des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux permettent de définir une filière d'accompagnement tout en tenant compte des limites de chacun. En permettant de dire les inquiétudes, les possibles et les solutions envisagées, la communication garantit un climat de confiance réciproque, une définition claire des cadres d'intervention et une connaissance des ressources locales.

---

<sup>30</sup> Rapport DEVICTOR, Le Service Public Territorial de Santé, le Service Public Hospitalier, Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, Mars 2014

Ces rencontres doivent permettre également d'atténuer les stigmates portés par les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques.

### 1.3.2 Un défaut de fluidité et de lisibilité dans le parcours

Ce cloisonnement entre secteurs impactent négativement la fluidité d'accompagnement pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Le sujet âgé apparaît comme « *incasable* » au travers des réponses fragmentées qui lui sont apportées.

Le rapport Devictor mentionne que les situations vécues par les usagers font apparaître :

« - Un défaut de compréhension du système de santé ;  
- Un mésusage du système de santé car dans l'incompréhension du rôle des uns et des autres, ou en l'absence de disponibilité d'une offre adaptée, il peut être rassurant d'aller toujours vers celui « qui fait le plus, qui est censé être le plus compétent ;  
- Des ruptures dans les processus d'accompagnement soit parce que l'utilisateur est livré à lui-même pour enclencher la phase suivante de son parcours soit parce que le passage de relais entre les équipes ou les professionnels est non prévu ou déficient ;  
- Le ressenti par les usagers que le parcours qui leur a été proposé l'a été par défaut, du fait de la difficulté qui est la leur à percevoir les alternatives et les critères de choix ;  
- Le fait qu'encore trop de personnes restent en dehors du système de santé soit parce qu'elles ne sont pas en demande (personnes en situation de précarité ou âgées ou souffrant de troubles ou maladies psychiques, ...), soit parce qu'elles n'accèdent pas à leurs droits, ou qu'elles y renoncent du fait de la charge financière réelle ou anticipée<sup>31</sup> ».

Les représentations négatives des troubles mentaux et de la vieillesse restent l'obstacle le plus important à l'heure d'assurer l'accès à des soins de qualité pour ce public. Plusieurs inquiétudes découlent de la confrontation d'utilisateurs schizophrènes au reste des résidents des ESMS. L'utilisateur lui-même, il se retrouve souvent confronté à une population plus âgée et il doit s'inscrire rapidement dans un rythme institutionnel en décalage avec ses représentations. L'équipe de psychiatrie doit donc tenter de réduire les stigmates de cette population et d'assurer la bonne orientation du patient si une difficulté se pose. Inversement, les ESMS doivent participer à l'élaboration du projet de sortie de l'hospitalisation. Constituer une relation d'échanges entre secteurs apportera une réduction des a priori des professionnels vis à vis de ces usagers « *à la double peine* ». Participer à la création de liens entre ces disciplines est essentiel et permet de dépasser des blocages en actant les limites de chacun.

---

<sup>31</sup> Ibidem

### 1.3.3 Rapprocher les deux secteurs

Les personnes âgées atteintes de troubles mentaux bouleversent la répartition des compétences organisées entre les professionnels des secteurs.

Ces usagers se trouvent également à la croisée de deux types de dispositifs : le secteur des personnes âgées et celui de la sectorisation psychiatrique. Ce qui implique une multiplicité de financeurs et de prestataires de services.

La complexité peut être en lien avec les organisations. En interne, l'orientation du patient ainsi que les modalités des demandes dans les structures d'aval entrent en ligne de compte dans la fluidité des parcours des usagers. En externe, le manque de visibilité des filières ou encore les différentes temporalités des procédures sont constitutifs de blocages dans leur parcours. Les situations complexes découlent également des limites propres aux possibilités d'accompagnement offertes aux usagers :

- Le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques reste la forme majeure d'accompagnement. Le médecin traitant peut se retrouver face aux limites suivantes : problèmes de sécurité, de responsabilité, nécessité d'une assistance médicale, sociale, coordonnée et continue ;
- L'accompagnement en ESMS est source de plusieurs ruptures car l'entrée est souvent vécue comme une réponse inadéquate aux besoins ;
- A l'hôpital, il existe un faible lien entre le psychiatrique et le somatique ;
- Enfin, la barrière de l'âge impliquant différents financements de tarification des structures de prise en charge complique la fluidité des parcours pour les personnes en situation complexe.

La nécessité de créer du lien entre le secteur médico-social et psychiatrique est à l'origine d'initiatives locales qui se concrétisent dans la mise en place d'équipes mobiles. Leurs modalités de fonctionnement sont variables d'un territoire à un autre. Les différents travaux que les commissions de cas complexes ont élaboré vont dans ce sens : mieux connaître et collaborer. Cette liaison entre secteurs facilite le maillage partenarial afin d'anticiper les situations de crises. Les pouvoirs publics cherchent à décroiser les prises en charge et à imposer progressivement cette idée. Il s'agit de sortir du strict cadre des structures pour s'adapter au parcours de la personne et non l'inverse.

Le territoire ligérien n'échappe pas à la nécessité d'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques dans l'objectif : la bonne personne, au bon endroit, au bon moment.

## **2 Les pratiques sur le territoire ligérien**

Avec le décloisonnement « relatif » entre champs sanitaire et médico-social, ainsi que la multiplication des acteurs participant à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques, il convient de développer des passerelles mettant le territoire en cohérence.

Dans la Loire des mouvements sont déjà amorcés pour le décloisonnement des secteurs qui accompagnent les personnes en situation complexe. Les services du CHU de Saint-Etienne affichent une pluridisciplinarité ainsi qu'une importante capacité en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ici, les liens entre les différents secteurs sont historiques.

### **2.1 Les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques sur le territoire**

La Loire est concernée par la nécessité d'un accompagnement décloisonné pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiques, comme le démontrent les différents indicateurs du territoire.

#### **2.1.1 Les indicateurs socio-économiques et démographiques du territoire**

Le bassin stéphanois est au sud du département de la Loire de la région Rhône-Alpes Auvergne. C'est une région qui comporte trois CHU dont un à Saint-Etienne.

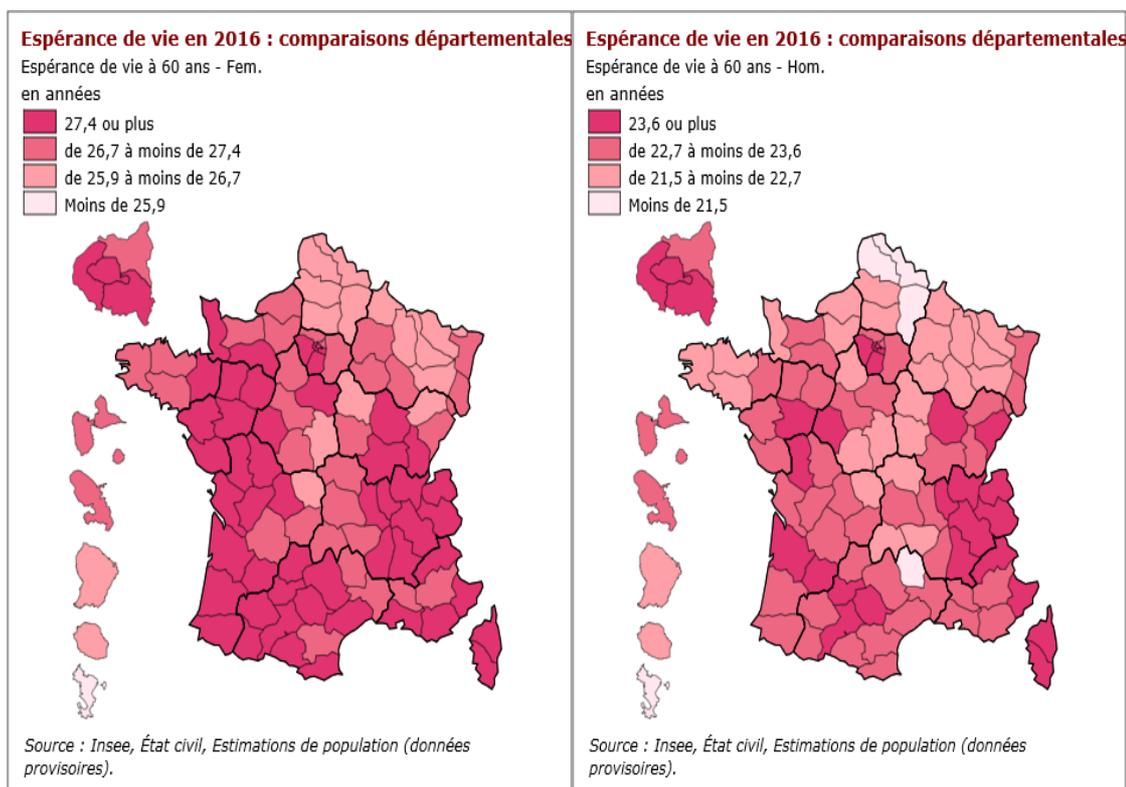
La Loire est un département vieillissant. Au dernier recensement de la population<sup>32</sup>, la Loire comptait 200 059 habitants âgés de 60 ans et plus. A l'horizon 2040, les seniors ligériens devrait franchir la barre des 250 000 individus soit 31,4% de la population. Ce taux sera quasiment équivalent au niveau national. Selon les dernières estimations de l'INSEE, la population de la Loire concernant les tranches d'âges de 60 à 74 ans et de 75 ans et plus a augmenté depuis 2008 avec des gains respectifs de 1,5 et 0,8 points de pourcentage. La tranche d'âge des 80 ans et plus devrait doubler d'ici 2040. On recensera ainsi deux personnes appartenant à la génération des aidants potentiels pour une personne de 80 ans et plus. Ce ratio était de 3,2 pour 1 en 2007.

L'espérance de vie à la naissance, selon la définition de l'INSEE, est un indicateur de durée moyenne de vie. « *Il correspond à la moyenne des âges de décès d'une génération fictive qui serait soumise aux conditions de mortalité de l'année considérée.* » Les

---

<sup>32</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2119595> [consulté le 29 juillet 2018]

indicateurs d'espérance de vie de la Loire sont légèrement supérieurs à ceux de la France métropolitaine.



Concernant le vieillissement sans incapacité des Ligériens, il convient de regarder l'indicateur de l'assurance maladie du nombre d'Affections Longue Durée (ALD). En comparant (sur 2014 et 2015) le nombre d'ALD national par rapport à celui de la Loire, on note un fort pourcentage de personnes atteintes dans la Loire : 19,6% de la population ligérienne est atteinte contre 15,16% de la population nationale.

Les personnes âgées sollicitent trois types de structures dans leur parcours de soins : les établissements et services sanitaires, médico-sociaux et d'aide au maintien à domicile. Le département de la Loire compte 168 établissements d'accueil de personnes âgées pour une capacité totale de 12 317 lits en 2016. Dans le secteur de l'aide à domicile, plusieurs services contribuent au maintien de la personne âgée dans son lieu de vie.

Taux d'équipements en lits (territoire, région, national)<sup>33</sup> :

|        | Taux d'équipement en places (pour 1000 personnes de 75 ans ou plus) | EHPAD (nbre de lits) | Maisons de retraite non EHPAD (nbre de lits) | Logements-foyers (nbre de logements) | Soins à domicile (nbre de places) | Soins de longue durée (nbre de lits) |
|--------|---|----------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Loire  | 168   | 9 990                | 62   | 1 704                                | 1 481                             | 510                                  |
| Région | 152   | 76 283               | 1 111  | 13 255                               | 12 777                            | 4 047                                |
| France | <b>146</b>  | <b>600 417</b>       | <b>8 406</b>                                 | <b>110 401</b>                       | <b>124 038</b>                    | <b>31 639</b>                        |

Au regard de ces données, le département de la Loire est assez bien doté en équipements médico-sociaux (en comparaison avec la France métropolitaine). Pour autant, la configuration géographique du département peut amener certaines difficultés de prise en charge dans des zones plus rurales, voire de moyenne montagne.

Enfin, à une échelle plus locale, les données statistiques du département d'information médicale du CHU<sup>34</sup> attestent des évolutions concernant l'accompagnement des personnes âgées sur le bassin stéphanois. Les évolutions significatives sont les suivantes.

Le CHU enregistre une hausse du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans hospitalisées en médecine. Par ailleurs, on observe une diminution du nombre d'entrées en court séjour gériatrique via les urgences, en lien avec l'augmentation du nombre d'appels à la *hotline* gériatrique par les médecins traitants. Enfin la diminution du nombre de décès en Court Séjour (CS) gériatrique est un indicateur positif car le CS n'est pas un lieu de vie. Les personnes âgées trouvent donc une solution d'aval assez rapidement, comme en atteste la durée des CS et SSR qui est de moins de 30 jours. 80% des dossiers de personnes âgées en situation complexe trouvent des solutions dans la commission mise en place par un médecin gériatre du CHU en lien avec des ESMS du territoire.

Afin d'anticiper les évolutions nécessaires des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, il est important d'identifier les freins et les ruptures des parcours. Chaque situation d'usager est unique mais on retrouve des carrefours similaires dans les situations complexes.

<sup>33</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690> [consulté le 29 juillet 2018]

<sup>34</sup> Annexe 3 : Hospitalisations et personnes âgées au CHU

## 2.1.2 Des caractéristiques communes pour les usagers en situation complexe

Travailler ensemble à partir de situations complexes favorise la prise en compte des contraintes de chacun et instaure un langage commun entre les secteurs d'accompagnement des usagers dits « incasables ».

Les entretiens menés auprès des usagers et des professionnels mettent en avant plusieurs parcours types. Plusieurs caractéristiques de situations de *bed blockers* se rejoignent.

Dans la plupart des cas, les résidents cumulent plusieurs facteurs. La perte du domicile, l'apparition de handicaps sensoriels, la perte du conjoint, ou encore une situation sociale familiale et financière dégradée sont autant d'éléments qui compliquent le parcours de ceux avec lesquels il faut articuler : cumul d'une pathologie somatique et psychiatrique. Pour plusieurs personnes, les procédures administratives n'aboutissent pas, comme le souligne le travailleur social du CHU en psychiatrie.

Comme l'identifie l'équipe mobile de St Etienne, les problèmes psychiques nécessitent un accompagnement global et constant. Le maintien à domicile s'avère difficile car les professionnels doivent tous adapter leurs pratiques au profil de l'utilisateur atteint de troubles psychiatriques. « *C'est un public souvent à la frontière avec le handicap et ceci d'autant plus que leurs traitements médicaux diminuent l'espérance de vie<sup>35</sup>.* »

Enfin, le bassin stéphanois comporte un nombre important de personnes handicapées vieillissantes (PHV). Ces personnes vivent à domicile et les aidants deviennent trop âgés pour maintenir un accompagnement adéquat. La problématique des PHV fait partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS) actuel.

Plusieurs contraintes sont évoquées au cours des entretiens concernant la fluidité du parcours pour ce public.

## 2.1.3 Les freins pour les institutions et les professionnels

D'un point de vue institutionnel, les contraintes de financement bloquent les possibilités d'offrir aux usagers des périodes d'essai ou des absences prolongées en ESMS.

Par ailleurs, « *la temporalité des secteurs d'accompagnement n'est pas la même entre : sanitaire, social et médico-social<sup>36</sup>.* » Le travailleur social me fait observer que le patient

---

<sup>35</sup> Entretien mené auprès de l'équipe mobile ESMS de St Etienne

<sup>36</sup> Entretien mené auprès d'un médecin en service SSR

est dans un premier temps stabilisé médicalement en psychiatrie, avant de pouvoir établir avec lui un dossier de suivi pour des solutions d'aval. Ces différences de temporalité peuvent apparaître comme un manque d'anticipation du point de vue des ESMS. En effet, le dossier d'admission est transmis aux établissements une fois que le patient dans le sanitaire est considéré comme stabilisé et déjà sortant. Cela rejoint les constats nationaux. « *Le CHU ne connaît pas bien son aval mais les ESMS ne connaissent pas non plus leur secteur de rattachement pour la psychiatrie*<sup>37</sup> ».

Se posent plusieurs difficultés, notamment pour l'hôpital, lorsque ce dernier est confronté à des personnes sans situation régulière. La coordonnatrice du CLSM de Saint-Etienne m'indique que plusieurs procédures d'ordre administratif<sup>38</sup> sont méconnues des services sociaux des services de l'hôpital. Plusieurs patients se retrouvent alors bloqués à l'hôpital du seul fait d'un vide administratif.

Du point de vue des professionnels, comme au niveau national, le manque de ressources médicales dans certaines professions est lourd de conséquences. Plusieurs professionnels à l'initiative de commissions de cas complexes s'épuisent car leur travail repose sur du « *bénévolat* ».

Face à des situations de crises d'usagers, plusieurs équipes soignantes éprouvent un sentiment d'isolement, notamment lorsque « *le résident revient des urgences 6h après sans explications supplémentaires*<sup>39</sup> ». Les soignants se retrouvent en difficulté face à des comportements violents ou face à l'agitation des personnes atteintes de troubles psychiques. L'entrée en EHPAD ou encore la violence ressentie à l'occasion de situations de ruptures accentuent des décompensations, mettant ainsi les professionnels face à des comportements inconnus ou non maîtrisés (aussi par défaut de formation).

M. C., résident psychiatrique stabilisé vivant en EHPAD :

« *Le proc il m'a sorti de chez moi sans me dire ce qu'il se passait, j'ai été mis en maison de retraite sans rien me dire, c'était trop violent.* »

Suite à un évènement de crise, les professionnels des ESMS doivent redoubler d'effort pour remettre le résident dans un cadre adapté et serein. Les soignants regrettent ces hospitalisations qui sont évitables.

Les difficultés rencontrées par les soignants de première ligne se situent également dans la remise en question de leurs routines médicales. Ils font face à un certain désarroi qui se traduit parfois dans des manques de savoir-faire ou savoir-être dans l'accompagnement au résident. Ce sont des usagers qualifiés de « *chronophages* » par

<sup>37</sup> Participation au groupe de travail FAM MAS

<sup>38</sup> Exemple : procédure concernant l'obligation de quitter le territoire français (OQTF)

<sup>39</sup> Ibidem

les équipes faute de sensibilisation voire de formation aux troubles psychiatriques. La mixité des populations et les différences d'âge entre résidents accentuent ces situations d'accompagnement complexe. Les professionnels ont donc des réticences à s'occuper de résidents psychotiques.

Rendre active la coordination permet de positionner l'établissement comme une ressource du territoire. Le CHU est un acteur de premier plan qui est lui aussi concerné par ces personnes âgées aux parcours de soins en transition. Face ces situations complexes, l'établissement met en place des solutions en interne.

## **2.2 La dimension verticale des solutions : l'approche au CHU**

Dans les recommandations de bonnes pratiques de coordination, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) écrit que « *si ces transitions ne sont pas anticipées et préparées, elles peuvent entraîner des impacts négatifs sur la personne et provoquer des ruptures de parcours. Se coordonner permet de prendre en compte ce qui a déjà été mis en place, d'élargir si besoin et de consolider les partenariats existants*<sup>40</sup>. »

### **2.2.1 Un repérage précoce de la « complexité » par tous en interne**

L'entrée en service de Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) est souvent motivée par une question d'ordre médical, mais aussi parfois social. La sortie de ce service dépend de la coordination de plusieurs facteurs qui génèrent de la complexité et qu'il est important de pointer au plus tôt. L'approche globale de la personne et de ses besoins doit être envisagée en prenant en compte les facteurs environnementaux. Le CHU s'attache à transmettre ces informations, utiles et nécessaires, aux différents partenaires du parcours de la personne. Il tente de renforcer la coordination autour de la personne lorsque des facteurs de risque sont identifiés. En interne, les partenaires institutionnels doivent être mobilisés si besoin. Par ailleurs, l'établissement public de santé doit identifier en amont, sur son territoire les acteurs et structures spécialisées ainsi que les dispositifs pouvant diffuser une information appropriée. Enfin, l'implication de la personne dans le processus de transition et son niveau d'autodétermination sont des facteurs facilitant la transition.

---

<sup>40</sup> ANESM, Synthèse et outils, pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, Mars 2018

Face à l'augmentation des maladies mentales, l'hospitalisation comme réponse de première intention à la résolution d'une crise n'est plus souhaitable. Les équipes mobiles constituent un service visant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées hospitalisées en apportant une expertise. La filière est ainsi favorisée et elle dépasse la fragmentation des réponses apportées par les professionnels.

### **2.2.2 L'équipe mobile : un dispositif du CHU pour prévenir les hospitalisations**

La concertation et la coordination ne conduisent pas uniquement à confier le patient à quelqu'un d'autre. Faire appel à des équipes mobiles, c'est se donner la possibilité de travailler ensemble autour d'un problème.

Ces équipes, bien que différentes dans leur organisation sur le territoire, affichent des principes communs. Leur intervention dans les ESMS se fait en binôme afin de garantir un regard croisé sur les situations d'accompagnement. Elles peuvent également anticiper et ne pas attendre qu'une crise de la personne âgée atteinte de troubles psychiatriques ne survienne. Elles poursuivent plusieurs objectifs communs, notamment celui de restaurer l'usager dans un mode de vie ordinaire et d'articuler ses actions avec l'aidant habituel.

J'ai souhaité m'entretenir avec l'équipe mobile ESMS du CHU de Saint-Etienne afin de comprendre les enjeux de leur intervention. Cette équipe a été mise en place en septembre 2015. Son programme est de développer les soins communautaires de santé mentale et de réduire les hospitalisations chez les patients souffrant de troubles psychiques. Sa création s'inscrit dans un contexte stéphanois de développement de l'ambulatoire et de réduction des ré-hospitalisations. Une certaine perte de confiance et de réactivité était notable entre les professionnels des différents secteurs. La volonté était de rapprocher les équipes soignantes de psychiatrie des usagers.

L'équipe constate qu'il y a encore trop d'hospitalisations après décompensation, ce qui pose un préjudice pour la prise en charge. Les ESMS accueillent un nombre croissant de personnes atteintes de troubles psychiques. Avec cette mobilité, le secteur sanitaire est présent dans les lieux d'hébergement médico-sociaux. L'équipe mobile permet un bilan et une orientation vers une prise en charge adaptée, en coordonnant les actions avec des unités d'hospitalisation. L'observation de la personne dans son environnement et la concertation garantissent la connaissance des intérêts et des limites de chacun.

*« On intervient pour limiter la chronicisation en institutions psychiatriques des usagers et aussi les hospitalisations évitables.<sup>41</sup> »*

Les récurrentes situations d'impuissance du personnel face à l'agressivité des troubles amènent les ESMS à solliciter ces équipes. Cela les insère dans une démarche collaborative et leur apporte un regard extérieur. Elles viennent en appui des compétences. Leur intervention en ESMS améliore la motivation, diminue la prescription des psychotropes et stabilise les troubles du comportement. Des interactions se créent et les soignants adaptent mieux leur travail. Des conseils sont apportés en soutien aux équipes sur les attitudes à adopter ou les réponses à apporter en cas de manifestations, tout en restant en partenariat avec le Centre Médico-Psychologique (CMP) pour intervention si besoin.

Les connaissances et supports apportés sont une partie des solutions pour désamorcer des situations de crises.

*« On est rassuré lorsqu'on sait que l'équipe mobile peut intervenir à tout moment et peut nous apporter des réponses face à des troubles que l'on ne maîtrise pas et pour lesquels on ne sait pas comment réagir. Ils assurent des visites régulières. »*

*« On est moins anxieux pour appréhender le résident car l'équipe mobile nous a donné de l'information, un avis thérapeutique sur le diagnostic et nous a expliqué comment se comporter en cas de décompensation. »*

*« On essaie des techniques avec certains résidents psychiatriques et si ça fonctionne on en parle avec nos collègues. On fait des retours d'expériences et ça nous permet d'avancer dans nos pratiques professionnelles, d'être rassurés. On les évalue en échangeant de façon formelle ou informelle pendant les réunions de synthèse avec l'équipe mobile. »*

*« L'équipe mobile nous soutient, nous accompagne, par exemple dans le cas de Monsieur C. un contrat a été passé entre lui, nous et l'équipe mobile. Cela permet d'établir un discours, un cadre commun et on réajuste les séquentiels en accord avec Monsieur C. On organise avec eux l'hospitalisation si elle est nécessaire. »<sup>42</sup>*

<sup>41</sup> Entretien avec l'équipe mobile de St Etienne

<sup>42</sup> Entretiens menés auprès des équipes soignantes des ESMS où l'équipe mobile intervient

La mise en place de formations intersectorielles et l'interconnaissance des acteurs garantissent une vision élargie et une vue d'ensemble de l'accompagnement de la personne.

Les infirmières me précisent que travailler en réseau avec le secteur médico-social ne signifie pas que les dispositifs sont interchangeables. Au contraire, les besoins de partenariat attestent de leur complémentarité. Les résultats sont là. Les soins psychiatriques dans le milieu de vie ordinaire de la personne apporte une réduction des hospitalisations, une amélioration de la disponibilité des équipes pour de la prévention et un soutien à l'autonomie des usagers.

Plusieurs limites/difficultés sont toutefois soulevées pendant les entretiens. L'évaluation de l'efficacité des équipes mobiles est difficile en termes de gains médico-économiques. Par ailleurs, l'équipe mobile de Saint-Etienne ne peut intervenir que pour des patients déjà suivis par un psychiatre. Enfin, le cadre de santé me signifie que les moyens ont été redéployés, il n'y en a pas eu de supplémentaires.

Pour autant son efficacité en terme clinique est reconnue. L'OMS retient dans ses critères d'évaluation des soins la satisfaction de l'utilisateur. Pour l'équipe mobile, il s'agit de trouver un équilibre entre l'hyper interventionnisme et le respect de l'autonomie de la personne âgée. Il s'opère un rééquilibrage entre le soignant et le soigné. La personne âgée se réapproprie le pouvoir d'agir sur sa propre vie.

Témoignages d'usagers suivis par l'équipe mobile (à domicile et en ESMS) :

*« Je suis content à mon retour dans ma chambre à l'EHPAD après l'hôpital, je m'y retrouve dans l'organisation. Ici, je suis entouré par les soignants, je suis cadré pour mes repas et mes cachets et en même temps je fais ce que je veux. »<sup>43</sup>*

*« J'ai eu des gros problèmes de dépendance, le shit et l'alcool. Un jour un médecin m'a dit que j'étais bipolaire et puis après schizophrène. J'entendais des voix. J'en entends encore un peu mais ça va mieux. L'équipe, elle me suit à la maison. J'ai pu retrouver un appartement, une vie normale. J'ai des projets grâce à la religion aussi, au sport. Je vais partir en vacances avec ma sœur. J'écoute les infirmières, pour mes organisations chez moi, ça m'aide. Je me sens en sécurité maintenant et quand je vais pas bien je sais que je peux revenir ici, à l'hôpital pour me reposer et leur demander des conseils. »<sup>44</sup>*

<sup>43</sup> Monsieur C. Suivi en EHPAD par l'équipe mobile, avec séjours en séquentiels à l'hôpital

<sup>44</sup> M F. Suivi par l'équipe mobile à domicile, avec séjours en séquentiel à l'hôpital

L'intervention de l'équipe mobile est positive pour la plupart des usagers accompagnés. Les troubles du comportement sont stabilisés en ESMS, ce qui permet un accompagnement au sein d'un établissement indépendant d'un service de psychiatrie. La stigmatisation du sujet âgé psychotique est moindre. La crise est surmontée en trouvant une alternative à l'hospitalisation. Une convention entre l'ESMS et l'hôpital permet une hospitalisation rapide si besoin. Le patient se voit assurer une meilleure qualité de vie et la socialisation est maintenue.

D'autres modèles d'équipes mobiles permettent de constater le spectre d'interventions et d'effets positifs que peut apporter ce système.

L'équipe mobile de Roanne, à l'inverse de celle Saint-Etienne, intervient sur demande des professionnels, mais uniquement si la personne âgée avec troubles psychiques ne bénéficie pas déjà d'un suivi psychiatrique. Les médecins traitants doivent pouvoir connaître de plus en plus ces équipes mobiles pour débloquer des situations avant qu'elles ne deviennent complexes, notamment à domicile.

L'équipe mobile de l'Ain assure un travail interdisciplinaire qui réunit les métiers de la psychiatrie, du somatique et du social.

En tant que professionnel ressource, il est important de participer à des espaces de concertation locale.

### **2.2.3 Les commissions cas complexes en interne**

Les réponses décrites, parfois superposables, font appel le plus souvent à des organisations informelles et reposent sur la bonne volonté d'un groupe de personnes. Il est important, pour la pérennité de ces dispositifs, qu'une démarche institutionnelle les enracine à tous les niveaux de la prise en charge, avec un fonctionnement bien défini et facilement identifiable. Les responsabilités sont ainsi partagées, car la mise en place et l'animation de ceux-ci prend beaucoup de temps. Le CHU de Saint-Etienne a mis en place différents espaces de concertation locale.

Les situations bloquantes sont peu nombreuses à l'échelle d'un service mais soulèvent de nombreuses interrogations et créent des problématiques d'ordre humain et médico-économique incontestables.

- Le groupe de travail Foyer d'Accueil Médicalisé-Maison d'Accueil Spécialisée (FAM-MAS) permet de mettre en relation les équipes du CHU consacrées à ces problématiques. Ce groupe a été créé en lien avec un service de rééducation dans l'objectif d'être positionné également sur le champ du médico-social de façon pragmatique.

Pendant ces réunions, les participants s'identifient, ce qui permet de comprendre les enjeux et besoins du secteur psychiatrique, de l'équipe mobile et des autres services impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation complexe. D'autres points sont abordés lors de ces commissions. A plusieurs reprises, l'ARS est sollicitée pour l'étude de plusieurs dossiers, ce qui permet d'évoquer certaines difficultés de la psychiatrie selon les secteurs, en termes de géographie, mais également en terme de ressources médicales. Les besoins de la psychiatrie sont souvent évoqués lors de ces réunions, notamment celui pour les centres médico-sociaux d'avoir un référent psychiatrique qui puisse être contacté en cas de situation évolutive.

Des pistes sont évoquées et envisagées comme des solutions aux blocages d'accompagnement de certains usagers.

Les établissements partenaires du CHU doivent connaître leur secteur de référence. Le professeur M., chef de pôle du service de psychiatrie évoque les différentes possibilités d'accompagnement des CMP du territoire.

L'idée d'une cartographie affichant les secteurs et les communes de références ainsi que les attentes des ESMS sont évoquées pendant ce groupe de travail.

- C'est le cas également avec la coordination au sein du CLSM<sup>45</sup> de Saint-Etienne depuis plus d'un an. C'est une instance de concertation collective des acteurs en santé mentale dans l'objectif de décloisonnement et de prévention entre secteurs d'accompagnement. Le CLSM de Saint-Etienne est acté par la direction du pôle psychiatrie comme référent cas complexe. Dans ce cadre-là, les travailleurs sociaux du CHU sont sollicités, en veillant à créer de la transversalité entre les secteurs de la gériatrie et de la psychiatrie. Les protocoles et procédures sont revus et actualisés en groupe de travail, après retours d'expériences de traitement de situations complexes.

Un exemple de retour d'expérience de la coordonnatrice du CLSM de Saint-Etienne :

Un des dossiers suivi par le CLSM concerne une personne sans papier et sans domicile. C'est un mineur supposé mais se disant majeur. Il a commis des faits de violence et a été incarcéré pour cela. Par la suite, il a été hospitalisé en unité psychiatrique. Une association a assuré son suivi à la sortie de l'hôpital. Après un passage par un hôtel

<sup>45</sup> <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/historique-et-cadre-legislatif-des-clsm/>

social, cet usager est retourné aux urgences générales. Le Préfet ainsi que l'ARS ont été informés au fur à mesure des prises en charges. Ces ruptures dans l'accompagnement ont eu lieu sur deux années et ont mobilisé huit institutions différentes.

Ces groupes permettent d'une part de mieux connaître les différents partenaires potentiels, leurs attentes, leurs modes de fonctionnement, et d'autre part de voir comment peuvent être mis en place certains fonctionnements. Ces dispositifs ne permettent pas toujours d'arriver à des solutions concrètes, il y a parfois de vraies impasses hospitalières ; l'idée première reste celle d'un échange, d'un soutien et d'une écoute vis-à-vis des responsables/personnels de service qui sont en difficulté au quotidien.

Le CHU, en tant que partenaire incontournable du territoire, se positionne également au sein d'un tissu social et médico-social pour une prise en charge globale et coordonnée.

## **2.3 La dimension horizontale des solutions : l'approche territoriale**

Pour les cas complexes, à moyen terme, si aucune solution n'est trouvée en interne, une sollicitation doit être engagée auprès des réseaux qui sont constitués de partenaires de différents domaines impliqués tout au long du parcours.

### **2.3.1 La filière gérontologique du bassin stéphanois : un élément de réponse**

La nécessité de développer la coordination entre les acteurs du médico-social et du sanitaire, surtout dans les situations dites complexes, se concrétise par la finalisation des filières gérontologiques sur le territoire.

Leur mise en place constitue un exemple éclairant pour encourager cette continuité dans le parcours de soins de la personne âgée en situation complexe. La filière comprend l'ensemble des acteurs du territoire de santé afin de coordonner l'accompagnement. Chaque partenaire est intégré sans distinction de forme juridique, de statut ou de modalités d'exercice. L'objectif est de structurer les partenariats entre les établissements d'amont et d'aval pour fluidifier le parcours des personnes âgées. C'est un élément essentiel du maillage territorial.

Cette organisation est encouragée par la législation depuis plusieurs années.

La circulaire du 18 mars 2002<sup>46</sup> s'inscrit dans une logique d'intégration des différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Elle met en évidence le fait que les personnes âgées, résidant en institution ou non, sont particulièrement exposées aux risques de dépression ou de souffrance psychique.

Avec le plan solidarité Grand âge 2007-2012, un objectif plus significatif a été posé. Il s'agit de « *créer un réseau qui permette aux différents acteurs de nouer un partenariat de confiance, indispensable pour que les patients passent facilement d'une structure à une autre.* » Par ailleurs les annexes de la circulaire du 28 mars 2007<sup>47</sup> précisent que l'établissement de santé support de la filière est celui comportant le court séjour gériatrique, l'équipe mobile et une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique. Les autres établissements sont membres de la filière. Cette dernière doit organiser l'articulation ville-hôpital, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations des familles ou de patients et les structures de coordination.

Les filières couvrent l'ensemble du territoire dont le périmètre a été borné par l'ARS Rhône-Alpes en fonction de l'offre sanitaire de référence et des caractéristiques de santé des populations. Ces territoires sont ainsi définis au plus près des habitudes de vie des usagers et des relations entre les professionnels. Selon ce cadrage, la filière du bassin stéphanois s'est inscrite depuis 2010 dans une volonté de coopération afin de fluidifier le parcours de la personne âgée sur son territoire.

Pour les membres interrogés, les filières gérontologiques constituent un déclencheur pour décloisonner le travail social et médical. Ce décloisonnement permet une vraie cohérence au niveau des participants. Le dialogue est présent, avec une expertise mise au profit des territoires.

Par exemple : certains hôpitaux réservent des places dans leurs formations à destination des professionnels faisant partie des filières gérontologiques.

Les filières sont particulièrement actives en région Rhône Alpes.

« *Ici on fait une gériatrie de proximité car on s'intéresse à une population peu mobile. Cette dynamique n'est pas vraie dans toutes les régions de France ; le département de la Loire comporte particulièrement des filières actives* »<sup>48</sup>.

<sup>46</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

<sup>47</sup> Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

<sup>48</sup> R Gonthier, chef de pôle gériatrie du CHU

Cette dynamique résulte également des liens tissés entre professionnels ultérieurement à ce plan et cette circulaire.

« *Cela a fonctionné, car au départ, on a pris en compte les besoins des territoires, les acteurs s'en sont saisis. La filière gérontologique va plus loin que la filière gériatrique.* »<sup>49</sup>

Le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social s'effectue par le biais de deux vecteurs : la gouvernance des filières, qui intègre un pilotage de chacune d'entre elles avec un animateur provenant du secteur hospitalier et deux co-animateurs dont le pilote de la Méthode d'action pour l'intégration de services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) du territoire. Enfin, le contenu des travaux des filières poursuit cet objectif. Les besoins du domicile sont de plus en plus entendus par les hôpitaux. Les conventionnements avec les acteurs du domicile sont en hausse.

Le maillage permet donc d'éviter des situations de crise, voire de blocage, en repérant les ressources du territoire. En tant que professionnels ressources, il est également important de participer à des espaces de concertation locale.

### **2.3.2 Les commissions de cas complexes ouvertes sur l'extérieur : « *Ne pas avoir des partenaires, mais être partenaire* »**

A l'initiative d'un chef de service en gériatrie, une commission d'orientation inter établissement (CORIE) a été créée depuis plus de trois ans.

L'objectif de cette commission est d'étudier, entre partenaires (CHU et ESMS du territoire) les dossiers de personnes âgées sans solution. L'échange d'informations autour de dossier bloquants mobilise les acteurs pour agir dans l'intérêt collectif. Les dossiers présentés pendant cette liaison n'ont trouvé aucune solution au sein de l'établissement et chaque circuit interne et externe connu a été sollicité.

Le principe de coresponsabilité est appliqué. Plusieurs établissements, de tous secteurs sont réunis une fois par mois autour de la table : CHU, hôpital local, ESMS public ou privé à but non lucratif. Les discussions s'orientent sur le médical et le social pour chaque cas complexe en faisant ressortir les capacités et les contraintes de chacun.

A la lecture des dossiers en commission, plusieurs problèmes sont récurrents :

- le contexte conjoncturel des ressources humaines des établissements,
- les troubles du comportement,

---

<sup>49</sup> Pilote filière

- les représentations sociales du patient psychiatrique,
- le comportement de certaines familles entraînant des appréhensions de la part des directeurs,
- l'absence d'une protection juridique (ce qui pose problème dans les démarches administratives si la personne est dans une grande précarité sociale),
- la faiblesse des ressources en médecin traitant pouvant intervenir dans l'ESMS,
- l'absence de suivi psychiatrique de l'usager,
- l'âge transitoire mettant les usagers entre deux situations (handicap ou gériatrie),
- le dossier incomplet sur certaines pathologies psychiatriques induisant de la méfiance pour l'établissement,
- la volonté du patient qui peut invalider les solutions envisagées pour son parcours.

Suite aux différentes interventions des partenaires, des solutions sont envisagées entre eux :

- les ESMS proposent des « séjours d'essai » pour les personnes présentées,
- le CHU se positionne en garantissant une visite d'évaluation avant l'entrée dans l'ESMS ou un service de recours si des décompensations apparaissent après son entrée,
- les ESMS proposent à l'usager de venir visiter afin que ce dernier prenne part au projet,
- le CHU propose de solliciter Terre d'Éthique car pour certains dossiers, l'impasse est profonde.

Récemment cette commission a mis en place une automatisation des données, car le fonctionnement repose sur le volontariat des personnes. Il y a besoin de colliger les situations auprès de l'ARS. Ce recensement des besoins permet aux tutelles d'identifier les acteurs du territoire. Souvent, ces derniers ne déclarent pas les situations complexes car il sont déçus de la réponse apportée lors d'une précédente démarche ; il est toutefois primordial de penser également ces dispositifs du côté épidémiologique afin de les recenser et de les analyser à l'échelle de l'établissement.

A l'image de la CORIE et dans le cadre de l'expérimentation du dispositif du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), la Maison Loire Autonomie roannaise a initié une commission d'entrée en EHPAD sur le territoire. Le médecin référent chargé du projet s'est inscrit dans la volonté des établissements de trouver des solutions pour des dossiers complexes dont aucun ESMS ne voulait.

Ce qui ressort de positif, c'est que tous les partenaires « *jouent le jeu pour débloquer les situations* ». La mise en place de cette commission des cas complexes ne s'est pas fait exactement sur le même modèle que celle de Saint-Etienne. En effet, aucun ESMS n'est exclu autour de la table.

D'autres instances de coordinations existent sur le territoire et mettent en lumière l'existence d'une responsabilité populationnelle. Depuis une vingtaine d'années les situations se sont diversifiées et complexifiées et les réponses ne peuvent plus être monovalentes. La création de la Maison Loire Autonomie (MLA) pilotée par le Conseil départemental et la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est une opportunité pour relancer ces équipes pluridisciplinaires territorialisées et élargir le champ d'intervention aux personnes handicapées. L'Instance de Coordination à l'Autonomie (ICA) regroupe différents professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux qui mobilisent leurs compétences afin d'analyser des situations individuelles complexes. Des réponses concertées, cohérentes et équitables y sont apportées. Cette instance permet également le partage d'informations d'ordre général entre les partenaires.

Au regard de l'analyse du bassin dans lequel se situe le CHU de St Etienne, plusieurs préconisations peuvent être faites. Certaines pistes d'amélioration sont liées au contexte local et ne seront pas transposables en l'état à d'autres territoires ou d'autres établissements. Pour autant, en tant que professionnel, il importe de prendre en compte les éléments disponibles afin d'accompagner les situations complexes via la coopération et la coordination.

### **3 Tendre vers la responsabilité populationnelle au bénéfice des personnes en situation complexe**

F. Valletoux<sup>50</sup> précise que « *notre système de santé fait aujourd'hui face à des défis qui ne pourront être relevés que si l'hôpital et la ville travaillent en synergie au service d'une stratégie territoriale de santé.* »

Il n'existe pas de modèle type d'approche par co-construction et coresponsabilité car l'organisation dépend du contexte. Pour autant, en tant que directeur d'établissement sanitaire social et médico-social, il est important de s'en saisir et de chercher à les adapter aux territoires d'intervention.

Accompagner les cas complexes passe par l'organisation de réseaux de prise en charge souples qui nécessitent une coordination efficace et une adaptation au cas par cas.

#### **3.1 La coordination au service d'une réponse continue et globale**

*« La coordination du parcours de santé a pour objectif de faire bénéficier au patient de la bonne réponse, au bon endroit, au bon moment. Elle désigne l'ensemble des processus et des moyens par lesquels différents professionnels s'accordent sur les activités, en vue d'organiser la meilleure prise en charge des personnes en situation complexe, en termes d'orientation dans le système »<sup>51</sup>.*

La coordination permet aux usagers de bénéficier, in fine, d'un accompagnement sans rupture et adapté à leurs changements de leur situation.

Lorsque les acteurs de premiers recours n'arrivent plus à s'organiser autour de certaines situations, l'accompagnement est qualifié de complexe. La complexité peut s'avérer d'ordre médical et/ou psychique et/ou social et/ou organisationnel. Elle requiert la présence d'une multitude d'intervenants des différents champs.

Pour les « incasables », les professionnels ont besoin d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires : en amont et en aval.

---

<sup>50</sup> Le magazine de la FHF, Numéro 35, Printemps 2018

<sup>51</sup> ANAP, Organisations territoriales au service de la coordination, Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes, Septembre 2017

### 3.1.1 Coordonner l'amont et l'aval

Il s'agit de mieux synchroniser les interventions en amont et en aval autour de la personne.

#### **L'amont :**

Anticiper un parcours c'est aller au-devant des personnes âgées dont les troubles psychiatriques ne sont pas encore avérés ou stabilisés. Dans ce cadre, développer un travail en réseau avec les professionnels de premiers recours et les acteurs : sanitaire, social et médico-social, assure la personnalisation des soins. Lorsque les actions sont définies par les acteurs locaux, les passages de relais sont mieux garantis. Cette coordination répond aux demandes d'accueil non programmées, aux crises ainsi qu'aux urgences psychiatriques.

Plusieurs structures ont mis en place des astreintes téléphoniques dédiées, permettant de traiter les demandes urgentes venant de professionnels ou d'aidants. Le Centre Hospitalier d'Annonay a, par exemple, mis en place un poste d'IDE aux urgences, dédié aux personnes âgées.

Favoriser des actions graduées peut éviter l'hospitalisation ou en réduire la durée, notamment avec l'intervention des équipes mobiles couvrant des besoins précis tels que la santé mentale.

Récemment, le décret du 27 juillet 2017<sup>52</sup> confirme cette dynamique, en spécifiant que le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) doit « *déterminer le cadre de la coordination de second niveau et doit la décliner dans l'organisation des parcours de proximité* ». Le PTSM est un outil au service des secteurs pour l'élaboration en commun d'une réponse aux besoins des usagers sur un territoire donné. C'est un projet co-construit par les acteurs.

#### **L'aval :**

Structurer la sortie de l'hôpital en mobilisant les acteurs du territoire c'est aussi développer la fluidité du parcours de vie. Il est important pour les ESMS et les autorités de tutelles de veiller aux compétences vis-à-vis de l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques. Les structures sanitaires qui sont, elles, formées aux troubles psychiatriques et aux gestions de crises, doivent prévoir des modalités de « retour » vers l'établissement qui accueillait avant la crise afin de limiter les ruptures de parcours. C'est

---

<sup>52</sup> Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

une sorte de « *service après-vente*<sup>53</sup> », auquel les ESMS sont attachés dans les commissions de cas complexes.

Les acteurs doivent trouver du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques sinon les partenaires potentiels n'endossent ni responsabilités ni imputabilités dans les ruptures du parcours de l'utilisateur.

### **3.1.2 Les outils de coordination pour garantir la modularité de l'accompagnement**

Le contexte actuel est encore au clivage entre le sanitaire et le social, l'ambulatoire et l'institutionnel, les soins longue durée et les soins aigus. Le législateur a favorisé la coopération pour passer d'une logique institutionnelle à une logique de réseau, en mettant à dispositions plusieurs outils de coordination. Il est important pour un directeur de s'inscrire dans cette démarche de coopération.

Il a, à sa disposition, plusieurs moyens et méthodes pour coopérer :

Depuis l'instruction du 29 décembre 2017<sup>54</sup>, des fiches outils permettent de s'organiser dans l'objectif d'amélioration des parcours de santé des personnes âgées. Il s'agit de favoriser la circulation d'informations entre professionnels et d'assurer un accès simplifié à des expertises gériatriques pour les publics âgés ciblés.

Des conventions de coopérations existent entre le sanitaire et le médico-social : les filières, l'hospitalisation à domicile, une convention avec l'hôpital sont autant de partenariats à faire vivre. Plusieurs établissements partagent par exemple des courriers médicaux en sortie d'hôpital pour assurer la continuité des soins, ou encore, des fiches navettes qui facilitent la circulation d'informations.

Les conventions, notamment en terme de formations, aident les directeurs d'ESMS à former leurs agents régulièrement. Devant le niveau d'expertise requis pour les soins en ESMS, les agents doivent pouvoir suivre des formations continues au contact des pratiques hospitalières.

---

<sup>53</sup> Vocabulaire utilisé par les équipes soignantes des ESMS

<sup>54</sup> Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé, médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

Les réseaux de santé, inscrits dans la loi depuis 2002, constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. La loi « *confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social)* »<sup>55</sup>.

Plusieurs autres acteurs assurent cette fonction de coordination de proximité, notamment les maisons de santé, les centres de santé, l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques.

Les réseaux de santé sont historiquement positionnés sur le champ de la coordination. L'objectif de transversalité entre la ville et l'hôpital doit se décliner à l'intérieur d'espaces de concertation que représentent ces réseaux de santé. Il s'agit de mobiliser les compétences des services et établissements afin de répondre à un besoin d'appui à la coordination.

Dans sa thèse, Sophie Cervello fait référence à J-L Roelandt lorsqu'il décrit les principes de la « *psychiatrie citoyenne* »<sup>56</sup>. Selon lui, il s'agit de « *ne pas avoir des partenaires mais d'être partenaire* ». Le directeur doit considérer cette phrase dans son exercice professionnel en se positionnant activement dans un maillage territorial avec d'autres professionnels, au service de l'utilisateur.

### **3.2 De la logique institutionnelle à la logique de parcours : l'exemple de la réponse accompagnée pour tous (RAPT)**

La loi Santé du 26/01/2016, dans son article 74, définit un parcours de santé comme complexe lorsque « *l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux* ». Le législateur confirme ces facteurs de risques dans le décret du 7 février 2017<sup>57</sup> en constatant que les patients handicapés, associant des déficiences somatiques, psychiques, cognitives, sociales, subissent plus que d'autres des ruptures dans leurs parcours.

---

<sup>55</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>56</sup> CERVELLO Sophie, Université de Saint-Etienne, Faculté de Médecine Jacques Lisfranc Renforcer les liens entre la psychiatrie et le secteur médico-social pour réduire les hospitalisations : Expérience et évaluation de l'équipe mobile en établissements sociaux et médico-sociaux du secteur de St Etienne, Année 2017, Numéro 54/2017

<sup>57</sup> Décret n°2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées

Cette évolution législative s'inscrit dans celle des éléments sociodémographiques et économiques. Ces changements conduisent progressivement à une logique de parcours plutôt qu'à une logique de places.

### 3.2.1 Le concept de mobilisation collective

A travers cette évolution, la société se donne une obligation de résultat et non plus de moyens, en substituant une logique de « réponse accompagnée » à une logique de places. La réponse accompagnée consiste en un « *filet d'absolue sécurité* » avec solution immédiate et un projet au long cours. L'anticipation, la transmission d'informations, l'identification claire d'une responsabilité de pilotage d'ensemble signe une nouvelle manière de travailler.

L'affaire Amélie Loquet a permis une prise de conscience concernant les ruptures de parcours. Le groupe de travail ayant débouché sur le Rapport Piveteau était convaincu qu'il était « *possible, par une mobilisation collective de mettre un terme aux ruptures de parcours. S'organiser pour s'interdire collectivement l'émergence de toute situation de rupture est le sens même d'une protection sociale* »<sup>58</sup>.

La RAPT permet donc d'appréhender une situation autrement qu'à travers le champ d'intervention de celui qui doit accompagner la personne en situation complexe. Face à une situation complexe, le nombre trop important d'intervenants risque de noyer les responsabilités des partenaires. Les solutions sont alors collectives car les acteurs s'appuient sur les ressources et les expertises de chacun.

Le groupe de travail précise que les réponses doivent être modulaires afin de garantir un parcours sans rupture. Les structures sanitaires et médico-sociales de haute technicité, doivent s'organiser pour intervenir en renfort de celles qui le sont moins, de façon mobile et souple (par exemple via l'équipe mobile ou en séquentiel).

« *Au niveau du département de la Loire, une réponse existait déjà depuis 2011 et elle est issue du sanitaire. Un groupe de travail a été créé pour un travail de filière et de fluidité. Le but était de rendre opérationnel un rapprochement entre le sanitaire et le médico-social. De là a été créé le groupe FAM-MAS. Très vite il a été proposé à l'ARS d'intégrer le groupe. Le travail devenait conjoint avec le département. Plusieurs éléments ont*

<sup>58</sup> Rapport PIVETEAU, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome 1, 10 juin 2014

émergé de ce groupe : principalement les services se connaissent mieux et collaboraient ensemble. Il restait à « sanitiser » le médico-social et inversement.

Pour le groupe de travail, aller plus loin dans la fluidité des filières, c'était aussi travailler autour des *bed blockers* : entre l'hôpital, l'ARS et les ESMS : chacun venait parler des situations bloquantes. Par la suite, une commission des cas critiques a été créée. Ce qui était intéressant c'était cette logique de construction ascendante à partir des besoins du terrain.

Puis la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a proposé à tous les départements d'être pionniers pour la RAPT pendant deux ans. Mi 2015, le département de la Loire postule pour être site pionnier en sachant que la mise en place de la RAPT est obligatoire à compter de janvier 2018. Suite à la feuille de route de la mission M-S. Desaulle, le Département a instauré une organisation spécifique pour continuer à impliquer tout le monde. En effet, si la coresponsabilité n'est pas un postulat de départ, l'investissement est perdu. La RAPT fonctionne sur un mode dérogatoire, donc elle nécessite que tout le monde soit inclu. Les tutelles voient au travers des situations complexes les besoins du territoire.

*Il s'agit ici de penser les choses différemment. A partir de la personne, le lien est fait entre tous ses besoins dans leur globalité. C'est une grande remise en question car la prise en charge est en étoile. On est sur un fonctionnement en parcours et non plus à la place.*

*Exemple de solutions trouvées pour un cas complexe :*

*Un établissement pivot est trouvé afin que l'usager se pose, puis on dissocie un certain nombre d'interventions et d'accompagnements différents : détachement de personnel, service après-vente avec le sanitaire pour du soin technique, dérogation pour intervention d'HAD en FAM... Ce qui fonctionne bien dans ces prises en charge en étoile c'est que les professionnels s'y sentent sécurisés. »*

*Entretien avec Nelly Montrobert- Ref MDPH pour la RAPT*

La réflexion d'un parcours en étoile c'est faire en sorte que les gens s'engagent, chacun pouvant apporter un bout de prise en charge. Pour ce faire, une organisation administrative et législative s'est mise en place.

### **3.2.2 Les modalités d'action de la mobilisation collective**

La MDPH joue un rôle de pivot. La CNSA et l'Agence Nationale d'Appui à la performance (ANAP) ont modélisé en 2013 le parcours pour les adultes et les enfants

handicapés, avec un « carrefour central », la MDPH distribuant « plusieurs avenues » où le médico-social est au service du projet de vie de la personne.

Nous avons vu précédemment que plusieurs freins limitaient cet accompagnement spécifique et modulaire par le secteur du médico-social. Pour autant le rapport Piveteau précise que la « *décision d'orientation ne doit pas être prise sans être limitée par l'offre disponible. Chaque plan doit pouvoir fixer des orientations vers des dispositifs et non des structures* »<sup>59</sup>. C'est à ce moment que la MDPH joue un rôle central car, via la RAPT, ses modalités d'actions sont élargies avec possibilité légale de mobiliser les groupes nécessaires. Cela se matérialise par un droit de convocation. La MDPH suit les dossiers à l'aide d'un système d'information mettant en évidence l'écart entre la solution recherchée et la solution proposée. L'organisation des responsabilités est ainsi plus transparente. Impliquer les tutelles et autorités de tarification peut lever des obstacles budgétaires voire réglementaires dans certaines situations.

Les financements modulaires sont portés dans la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet handicap psychique. L'axe 3 du projet précise le passage d'une logique d'égalité à une logique d'équité. « *Le financement devient alors modulable car les besoins ne sont pas les mêmes selon les personnes accompagnées, et il sera fondé sur la liaison entre les besoins et les réponses apportées. Ainsi le financement ne sera plus annuel (logique de place) mais lié aux besoins et aux prestations fournies, c'est à dire à l'activité (logique de parcours)* ».

La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale précise également qu'une clarification des rôles de chacun est nécessaire entre médecins des ESMS et médecins externes aux structures. Les partenariats seront encouragés par les tutelles en les inscrivant dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des ESMS selon les contextes locaux.

Enfin, la formation doit être, elle aussi, transversale. La montée en compétences des professionnels médico-sociaux ne doit pas s'effectuer indépendamment de celle des équipes sanitaires qui font face aux mêmes situations complexes.

L'exemple de la RAPT met en évidence une manière autre de penser les choses. Comme dans le champ du handicap, les personnes âgées en ESMS ont un besoin de plus en plus important de suivi médical spécialisé, rendant primordiaux les interfaces entre les différents secteurs. Tous les partenaires doivent se sentir concernés par l'orientation des

---

<sup>59</sup> Op. Cit.

personnes vers les modalités d'accompagnement les plus adaptées, quel que soit son point d'entrée : il s'agit de la responsabilité populationnelle.

### **3.3 Vers la responsabilité populationnelle**

En mars 2018, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a présenté dix-sept propositions détaillées pour expérimenter la responsabilité populationnelle qui « *consiste à cibler des besoins précis d'une population afin d'organiser une stratégie de santé permettant de répondre aux besoins des patients sur un territoire* »<sup>60</sup>.

#### **3.3.1 Une réflexion territoriale en premier lieu**

Si les acteurs de santé engagent leur responsabilité, ils doivent faire en sorte que chaque personne, sur son territoire de proximité, trouve une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins. Cet objectif tendra vers une réduction des inégalités territoriales de santé. Il y a des enjeux épidémiologiques, d'amélioration de l'état de santé des populations et plus largement de santé publique territoriale avec la coresponsabilité. De nombreuses personnes ne sont pas en demande, notamment les personnes en précarité sociale ou atteintes de troubles psychiatriques. Il s'agit donc d'aller au-devant des situations.

Ces réflexions territoriales s'inscrivent au niveau de la région avec le PRS et au niveau national dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. Elles prennent progressivement la dimension d'une responsabilité populationnelle.

#### **3.3.2 La responsabilité populationnelle comme levier d'accompagnement des cas complexes**

La notion de responsabilité populationnelle signifie que les professionnels assument conjointement la responsabilité de la réponse aux besoins de santé de la population d'un territoire.

Au Québec, la réforme de 2004 fusionne l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales publiques d'un territoire donné. La notion de responsabilité populationnelle est alors introduite. Elle est coordonnée par une instance locale mais elle est exercée par de multiples partenaires. Les dirigeants des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) portent l'amélioration du bien-être des populations dans un territoire précis.

---

<sup>60</sup> Op. Cit.

Progressivement, les activités relevant du sanitaire ont été impliquées puis les actions visant à améliorer la santé des populations ont débouché sur des projets à teneur sociale. Des réseaux de service intégrés pour les clientèles vulnérables ont été créés. Enfin la présence d'un hôpital dans le CSSS est un atout dans les collaborations et les alliances avec les partenaires du territoire.

Un directeur d'établissement ne peut arriver seul à forger des alliances pour contribuer à la santé de son territoire, la responsabilité populationnelle l'aide pour cela. L'Agence de la santé et des services sociaux doit alors faciliter la gestion des réseaux locaux en planifiant et déterminant l'offre basée sur les besoins de la population du territoire.

Antoine Malone<sup>61</sup> explique que plusieurs tensions peuvent apparaître dans cette méthode. Certaines se situent, par exemple, entre l'approche curative et l'approche préventive. L'implication des usagers dans la définition des besoins et le partage d'expériences entre partenaires sont des leviers de corrections de ces freins.

Dans son discours du 4 mars 2013, Madame la Ministre Marisol TOURAINE indiquait : « *Le service public territorial de santé, c'est reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. L'objectif est simple : 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, patients, personnes âgées, personnes handicapées.* » Dans cette perspective, tous les partenaires doivent se sentir concernés par le repérage des modalités d'accompagnement correspondant aux besoins de la personne. La responsabilité populationnelle n'est pas la somme de réponses ponctuelles d'acteurs, c'est un circuit maillé.

Face aux situations critiques, parfois cette responsabilité populationnelle ne suffit pas. Les partenaires font alors appel à l'éthique.

### **3.3.3 Aller plus loin avec le recours à l'éthique**

Pour les professionnels partageant une même responsabilité à l'égard d'une personne vulnérable, se questionner en permanence, c'est confronter leur décision avec les valeurs

---

<sup>61</sup> MALONE Antoine, Revue Hospitalière de France, Intégrer soins de santé et santé publique : Forces et atouts de la responsabilité populationnelle, Numéro 570, Juillet août 2016

auxquelles ils se réfèrent. L'ANESM précise que le soutien aux professionnels au sein de dispositifs ressources se traduit par exemple par du temps d'analyse des pratiques<sup>62</sup>.

C'est à ce moment-là qu'interviennent les questionnements éthiques.

On définit l'éthique comme s'articulant entre la morale d'une part et la loi d'autre part. *« La morale cherche à distinguer le bien du mal à partir de principes et d'une vision philosophique. Elle pose donc des catégories et des impératifs moraux qui permettent d'agir par devoir. Le droit découle de ces impératifs moraux pour organiser la vie en société. L'éthique se pratique dans des situations particulières dans le respect des personnes, mais aussi des contraintes relatives au contexte et à la culture dans lesquelles ces situations surviennent<sup>63</sup>. »*

Les espaces de concertations, comme ceux de la CORIE, permettent de sensibiliser les professionnels aux enjeux éthiques et gériatologiques à partir de situations concrètes.

Lors de la CORIE du mois de juin 2018, les partenaires mettaient en commun leurs solutions et leurs éclairages quant à une situation complexe. Le cas d'une personne âgée atteinte de troubles psychiatriques a conduit les acteurs dans une impasse. Les équipes exposent la situation de la personne : *« Des dérogations ont été obtenues auprès des tutelles, plusieurs expertises psychiatriques ont été demandées, l'agressivité est toujours présente avec risque incendiaire, l'absence de consentement de la personne se concrétise dans une mise en échec des solutions, l'administration judiciaire doit se prononcer et la société médicale est dans une impasse en terme d'administration thérapeutique. Nous demandons à ce que ce dossier soit présenté à Terre d'Éthique, car nous sommes face à un manque de solution qui garantissent les droits et intérêts de la personne tout en prenant en compte le bien commun, la justice sociale et la responsabilité des directeurs. Si on s'appuie sur la réflexion de ce comité d'éthique, cela évitera de prendre une décision hâtive et inappropriée. <sup>64</sup> »*

Dans d'autres cas encore, les décisions concernant l'accompagnement de sujets âgés souffrant d'une pathologie mentale génèrent une multitude de questionnements professionnels :

---

<sup>62</sup> ANESM, Synthèse et outils, pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, Mars 2018

<sup>63</sup> FRANCO Alain, BLANCHARD François, La revue de Gériatrie, Fondements et repères pour une démarche éthique clinique, L'exemple de la gériatrie, Tome 42, Numéro 1, janvier 2017, page 30

<sup>64</sup> Participation à la Corie du mois de juin 2018

- Les gestionnaires de cas, mis en place suite au plan Alzheimer 2008-2012, travaillent au repérage, à l'évaluation et à la coordination de services autour d'une situation complexe. Or, les évaluations médico-sociales conditionnent le montant de certaines allocations. La question du rôle dans l'allocation de ressources est alors posée.

- La limite du partage d'informations pourtant essentielle avec le patient et la famille fait également débat. Dans le plan d'aide, certaines informations utiles à chaque intervenants sont ciblées, or, le texte du 4 mars 2002 n'envisage pas explicitement la coopération entre professionnels des secteurs sanitaires et sociaux.

- Il existe également une difficulté importante pour les professionnels, celle de s'assurer de la non-opposition de la personne au partage d'informations. La question éthique est celle du refus de soins. Il y a un net besoin de procédures très encadrées, avec une traçabilité et un contrôle, afin que le principe de bienveillance des professionnels soit garanti pour que la personne accepte les soins.

Faire du patient le dénominateur commun permettra d'instaurer une culture commune autour d'une responsabilité territoriale et populationnelle. Co-construire c'est dialoguer pour que chacun comprenne les besoins et contraintes de l'autre dans l'objectif d'instaurer de la confiance et du respect entre partenaires, le tout dans une démarche éthique.



## Conclusion

La complexité croissante de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques dans un contexte de vieillissement de la population, appelle à un renforcement de la coordination entre les professionnels.

Que ce soit au niveau national ou local, les parcours de soins de ce public affichent des caractéristiques et des marqueurs communs. Leur accompagnement se situe à la croisée de plusieurs disciplines et secteurs. L'intrication des pathologies associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs sont autant d'éléments créant des ruptures dans le parcours des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Cette discontinuité peut aussi provenir de la situation de la personne elle-même. La superposition des facteurs de risques reste l'obstacle le plus important pour assurer l'accès adapté à des soins de qualité pour ce public. Le sujet âgé est perçu comme « incasable » avec la fragmentation des réponses qui lui sont apportées. Mais le contexte organisationnel cloisonné dans lequel elle évolue peut lui-même engendrer des situations complexes.

Face à ce contexte, l'offre de soins, tous secteurs confondus, adapte progressivement son dispositif de prise en charge avec des actions ciblées et coordonnées. L'organisation territoriale ainsi que la montée en charge de la responsabilité populationnelle contribuent à améliorer l'accompagnement des personnes âgées en structurant la coopération et la transversalité. Bien que cette nécessité fasse l'objet d'un consensus entre les acteurs, pour des raisons historiques et culturelles, dans la réalité, le travail en collaboration ne diffuse pas encore au quotidien dans les pratiques professionnelles et des résistances persistent.

L'objectif est d'arriver à des trajectoires cohérentes, le tout à un coût supportable pour la société, car les demandes sociales se multiplient et se complexifient. Se pencher sur la problématique de fluidité des filières, tend à s'approcher d'un idéal de fonctionnement : le bon patient, au bon endroit, au bon moment. La coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des accompagnements entre les trois secteurs suivants : le sanitaire, le social et le médico-social.

Pour ce faire, de nombreux textes instaurent un cadre renouvelé pour l'accompagnement des personnes vulnérables. Le législateur et les pouvoirs publics cherchent à décroisonner les prises en charge et imposent progressivement l'idée d'une transversalité

recoupant plusieurs disciplines. Il s'agit de sortir du strict cadre des structures pour s'adapter au parcours de la personne et non l'inverse.

Dans la Loire, des mouvements sont déjà à l'œuvre avec l'objectif d'accompagner les personnes en situation complexe. Les réponses trouvées font souvent appel à des organisations informelles et volontaristes. Toutefois des améliorations des pratiques dans les court, moyen ou long termes sont activement recherchées. De plus, ces organisations parfois loco-locales, se multiplient d'un territoire à l'autre. Des expérimentations sont menées puis pérennisées par la suite, en collaboration avec les autorités de tutelle.

Dans ce cadre, le directeur est responsable de la vision stratégique d'une institution. Il doit conjuguer au quotidien, une gestion optimisée des ressources financières et humaines devenues difficiles à tenir avec la nécessité d'assurer un accompagnement de qualité.

Cette préoccupation doit orienter sa stratégie interne. La responsabilité populationnelle s'organise au sein des établissements même, au travers de groupes de travail. Impliquer les professionnels pendant la construction du modèle, à partir d'un état des lieux, garantit le fonctionnement et la pérennité du système. La coresponsabilité autour des cas complexes se concrétise également avec la mise en place d'équipes mobiles ou encore d'espaces de concertations. Les équipes mobiles sont un dispositif transversal qui implique de transformer les organisations traditionnelles hospitalières. Elles représentent une dimension stratégique et managériale très importante. Le côté pluri-professionnel de ces dispositifs est crucial, avec une implication de chaque corps de métier. Enfin, les retours d'expériences permettent de consolider les solutions. Partager une vision globale et renforcer les liens entre les partenaires encourage le rappel des missions et le champ d'intervention de chaque partenaire. Ces retours valorisent le travail des équipes et l'expérience acquise pour la gestion des événements futurs en induisant une responsabilité partenariale collective autour d'un dénominateur commun : l'utilisateur.

D'un point de vue de la stratégie externe, les établissements et services doivent s'ouvrir, en particulier sur leur environnement proche afin de rester dans une dynamique territoriale. Le directeur doit ainsi comprendre les enjeux et interagir dans un environnement plus vaste, pour garantir l'efficacité de l'accompagnement. Il doit fédérer les professionnels autour de ce projet et accompagner ce changement important pour permettre sa mise en œuvre effective. Le secteur du handicap, avec la mise en place de la RAPT, a conduit au développement d'innovations organisationnelles permettant de limiter ces ruptures et de concourir à cette polyvalence. Les procédures de passage d'une modalité de prise en charge à une autre doivent être connues et évaluées, afin d'assurer

la continuité du parcours. L'évaluation est ici conçue dans une approche managériale et de santé publique.

Avec ces nouvelles démarches de travail et ces nouvelles façons de penser, les évolutions recherchées sont les suivantes : favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins, promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs et organiser des réponses aux situations complexes afin de prévenir les ruptures de parcours. Il s'agit vraiment de rompre avec les représentations classiques et de passer d'une logique de places à une logique de parcours.



---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

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

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

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

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

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

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

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

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

Circulaire n°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

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

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

Décret n°2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées

Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé, médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées

#### Articles :

AMOYAL Catherine Dr., Revue hospitalière de France, Personnes âgées, autonomie, fragilités et citoyenneté, Numéro 551, Mars avril 2013, pp 40-53

BLOND Jean-Claude et al., L'information psychiatrique, L'équipe mobile de psychogérontologie de l'Ain : un outil de prévention, Volume 86, Janvier 2010, pp 21-26

CERASE Valérie, Revue Hospitalière de France, *Gestion de cas : une fonction récente dédiée aux personnes en situation complexe*, Numéro 566, Septembre et octobre 2015, p. 44-47

CLESSE Christophe et Al., Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil, *Comment faciliter l'orientation des sujets âgés en situation de handicap psychique vers une alternative sanitaire à l'hospitalisation ?*, Volume 14 Numéro 3, Septembre 2016

CORVOL Aline, Gérontologie et société, *La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions*, Numéro 142, 3<sup>ième</sup> trimestre 2012, pp 195-204

FRANCO Alain, BLANCHARD François, La revue de Gériatrie, *Fondements et repères pour une démarche éthique clinique, L'exemple de la gériatrie*, Tome 42, Numéro 1, janvier 2017, pp 29-42

MALONE Antoine, Revue Hospitalière de France, Intégrer soins de santé et santé publique : Forces et atouts de la responsabilité populationnelle, Numéro 570, Juillet août 2016

PLAYE Marie, Revue de gériatrie, *Psychiatrie en EHPAD*, Tome 41 Numéro 7, Septembre 2016, pp 403-423

ROY Denis, Sciences Sociales et santé, *Par-delà la loi, renouveler les pratiques de la santé publique, Commentaire*, Volume 32, Avril 2014, pp 33-41

TREPIED Valentine, La documentation française « Retraite et société », *La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants, Étude de cas entre deux EHPAD, public et privé*, Numéro 67, Janvier 2014, pp 93-110

TROUILLET Hélène et MAQUINAY Guillaume, Soins Cadres, *Coopération autour des parcours de santé*, Numéro 104, Novembre Décembre Janvier 2018, pp 13-38

#### Rapports:

ANAP, Organisations territoriales au service de la coordination, Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes, Septembre 2017

ANAP, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche, Août 2015

ANAP, Les parcours des personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience, Août 2011

ANESM, Synthèse et outils, pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, Mars 2018

Direction Générale de l'Offre de Soins, Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé, Octobre 2012

DREES, *Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable*, Numéro 1046, Janvier 2018

IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, 2011, p5-121

RAPPORT DEVICTOR, *Le Service Public Territorial de Santé, le Service Public Hospitalier, Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Mars 2014

RAPPORT PIVETEAU, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome 1, 10 juin 2014

Schéma départemental de l'autonomie de la Loire 2017-2021, Pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

#### Ouvrages :

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Janvier 2014

#### Thèses et mémoires :

BUISSON Emmanuelle, EHESP, DESSMS, *La transversalité sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge des personnes âgées : l'exemple de l'équipe mobile gériatrique du Centre Hospitalier de Saumur*, Décembre 2009

CERVELLO Sophie, Université de Saint-Etienne, Faculté de Médecine Jacques Lisfranc *Renforcer les liens entre la psychiatrie et le secteur médico-social pour réduire les hospitalisations : Expérience et évaluation de l'équipe mobile en établissements sociaux et médico-sociaux du secteur de St Etienne*, Thèse de doctorat en médecine, Année 2017, Numéro 54/2017

HUBERT Régis, Université Lille 2, Université Paris 13, APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille, *Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ?*, 2016

#### Webographie :

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) [consulté le 26/10/2017]

[www.drees.solidarités-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf](http://www.drees.solidarités-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf) [consulté le 22 juin 2018]

[Ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_fr.pdf](http://Ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf) [consulté le 8 août 2018]

[www.insee.fr/fr/statistiques/2011101/geo=DEP-42](http://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101/geo=DEP-42), [consulté le 5 mai 2017]

[www.insee.fr/fr/statistiques/1281151/titre-bloc-3](http://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151/titre-bloc-3) [consulté le 7 juillet 2018]

[www.insee.fr/fr/statistiques/2119595](http://www.insee.fr/fr/statistiques/2119595) [consulté le 29 juillet 2018]

[www.insee.fr/fr/statistiques/2012690](http://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690) [consulté le 29 juillet 2018]

[www.insee.fr/fr/statistiques/2513082](http://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082) [consulté le 7 septembre 2018]

[www.loire.fr/jcms/c\\_744258/cartographie](http://www.loire.fr/jcms/c_744258/cartographie), [consulté le 15 avril 2017]

[www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/) [consulté le 5 août 2018]

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif des entretiens menés

ANNEXE 3 : Hospitalisations et personnes âgées au CHU

## ANNEXE 1 : Guide d'entretien

*Objectif : Poser des questions pour arriver à répondre à :*

- *Carrefours dans parcours usager*
- *Difficultés matérielles*
- *Difficultés organisationnelles des professionnels et familles*
- *Comment l'usager vit sa situation*
- *Ce qui nous surprend dans cette situation*

### **Questionnaire usagers :**

*On fait connaissance (présentation, garantie de l'anonymat, raisons de l'entretien)*

- Situation sociale initiale : logement, aides à domiciles, tutelles
- Difficultés dans le diagnostic ?
- Comment le lien était fait entre les accompagnements divers ?
- Entrée dans la structure, de qui provenait la demande ? (pré-visite ? avis ?)
- Quotidien dans la structure, lien avec la collectivité ?
- Quel lien avec le personnel qui accompagne ?
- Contact gardé avec les personnes des anciens lieux de vie ou structures spécialisées ? Quel lien conservé avec les familles ?
- Comment l'usager est-il informé ?
- Hospitalisation en unité psychiatrique depuis son entrée en ESMS ?
- Au sein de la structure, y a-t-il un référent désigné ? quel est son rôle ?
- Cumul de plusieurs facteurs de ruptures ? (handicaps, perte famille, statut social)
- Qu'est ce qui questionne dans son accompagnement ? (évolution, ruptures ?)

### **Questionnaire pour les professionnels**

Questions sur les troubles psychiques et les problèmes d'accompagnement causés :

- Est-ce qu'un trouble psychiatrique est considéré comme un handicap mental ?
- Est-ce que ces personnes atteintes de troubles psychiatriques ont un âge du vieillissement qui se situe avant 60 ans ?
- Intégration en structure rendue difficile par des problèmes liés au syndrome ?
- Pendant période de crise : l'ESMS est-il adapté à son accompagnement ?
- Quels sont les leviers utilisés pour son accompagnement ?

Questions sur l'organisation du système de santé par rapport à cette thématique :

- Diriez-vous qu'on a encore comme réponse de première intention à la résolution d'une crise : l'hospitalisation ?
- Quels sont les freins/ différences à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par le personnel des ESMS face à ces usagers ?
- Est-ce que les personnels des ESMS sont formés en psychologie ?
- Quelle volonté d'intégrer les services psychiatriques au réseau gérontologique local ?

- Quelle mixité possible au sein d'un ESMS pour des publics avec dépendance et d'autres avec troubles psychiatriques ?
- Est-ce que le devenir du patient est souvent lié aux difficultés organisationnelles des services et beaucoup moins à ses besoins ?
- Médicalisation des troubles : solution?

Questions sur l'équipe mobile (EM) :

- Quelles sont les missions principales de l'EM ?
- Quelle est l'origine des demandes d'interventions ?
- Quel schéma fonctionnel : interface du monde social et médical ?
  - Quel lien EM et médecin traitant ?
  - Quel lien EM et volet social ?
  - Quel lien avec le CMP ?
  - Quel est le lien avec les équipes des ESMS ?
- Partenaires de proximité sont-ils de conseils pour l'accompagnement au quotidien ?
- Est-ce que les demandes faites à l'EM se situent de plus en plus en amont des crises ?
- Personnes de moins de 60 ans avec dérogations : nombreuses ?

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif des entretiens menés

| Date                                | Personne(s) rencontrée(s)                             | Sujet d'échanges   | Modalités              |
|-------------------------------------|---|--|------------------------|
| 01/06/2018                          | Équipe mobile psychiatrique ESMS du secteur de St E.  | Fonctionnement du service, enjeux d'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques                                    | Entretien enregistré   |
| 05/06/2018                          | Référente RAPT au sein de la MDPH                     | Modalités de mise en place de la RAPT  | Entretien enregistré   |
| 08/06/2018                          | C., Résident en EHPAD                                 | Son accompagnement au sein de l'ESMS, son parcours et ses liens avec l'équipe mobile   | Prises de notes        |
| 08/06/2018                          | B., Résident en EHPAD                                 | Son accompagnement au sein de l'ESMS, son parcours et ses liens avec l'équipe mobile   | Prises de notes        |
| 08/06/2018                          | Équipes soignantes EHPAD                              | Fonctionnement du service, enjeux d'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques (en lien avec les équipes mobiles) | Entretiens enregistrés |
| 19/06/2018                          | Docteur C. Médecin en SSR- Référent du groupe FAM-MAS | Modalités et enjeux des accompagnements décroisonnés pour les personnes en situation complexe  | Entretien enregistré   |
| 19/06/2018                          | Travailleur social du pôle psychiatrique              | Compréhension des enjeux de gestion au sein du pôle  | Entretien enregistré   |
| 20/06/2018                          | Cadre de santé de l'équipe mobile du secteur du G.    | Fonctionnement du service, modalités et enjeux d'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques                       | Entretien enregistré   |
| 20/06/2018                          | F., Usager suivi par l'équipe mobile, à domicile      | Son accompagnement à domicile, son parcours et ses liens avec l'équipe mobile  | Prises de notes        |
| 13/08/2018                          | Équipe mobile du secteur de R.                        | Fonctionnement du service, modalités et enjeux d'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques                       | Entretien enregistré   |
| <b>Groupes de travail, réunions</b> | CORIE   | Modalités et enjeux des accompagnements décroisonnés pour les personnes en situation complexe  | Prises de notes        |
|                                     | Commission d'entrée en EHPAD de R.                    | Modalités et enjeux des accompagnements décroisonnés pour les personnes en situation complexe  | Prises de notes        |

### ANNEXE 3 : Hospitalisations et personnes âgées au CHU de Saint-Etienne

(Source : Direction de l'information médicale)

|   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017        |
|---|------|------|------|-------------|
| Age moyen des personnes hospitalisées en CS                       | 85,3 | 85,4 | 85   | 85,2        |
| Nombre de personnes de plus de 85 ans en médecine                 | 1886 | 2055 | 2171 | 3040        |
| Nb de personnes de plus de 85 ans en CS                           | 899  | 946  | 893  | 933         |
| Nb d'entrées en CS gériatrique via les urgences (non programmées) | 1164 | 1120 | 535  | 578         |
| Nb d'appels hot line  | 1201 | 1463 | 1323 | 1350        |
| Nb de sorties équipes mobiles EHPAD et NPG domicile               | 245  | 273  | 299  | 348         |
| Nb de dossiers traités par la commission cas complexes            |      |      | 114  | 100         |
| Nb de dossiers réglés par la commission cas complexes             |      |      | 69   | 80          |
| Nb de personnes suivies en Hôpital de Jour fragilités             |      | 199  | 314  | 258         |
| Nb total de décès en CS gériatrique                               | 216  | 183  | 162  | 164         |
| Durée des hospitalisations en CS chez les 75 ans et plus          |      |      |      | 13,57 jours |
| Durée des hospitalisations en SSR chez les 75 ans et plus         |      |      |      | 23,50 jours |

VIVIER

Marion

Décembre 2018

**Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social**  
Promotion 2017-2018

**Vers une responsabilité populationnelle pour un meilleur accompagnement des personnes en situation complexe**

**Résumé :**

La France est engagée dans un processus de transition démographique. Le vieillissement est un phénomène exposé à diverses pathologies, en particulier celles de la santé mentale. L'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques requiert la participation d'intervenants pluriels. Qualifier un parcours de complexe pour ce public revient à définir un périmètre de causes multiples. Les différents secteurs d'accompagnement se sont progressivement structurés autour de cette complexité. Pour autant, malgré les outils juridiques et organisationnels, le cloisonnement des secteurs reste manifeste et préjudiciable pour la personne.

La nécessité de lien entre secteurs est à l'origine d'initiatives locales. Ces ponts facilitent le maillage partenarial afin d'anticiper les situations de blocages dans le parcours de la personne âgée atteintes de troubles psychiques.

La coresponsabilité se concrétise par la création d'instances de coordination, de filières gérontologiques ou encore d'équipes mobiles, garantissant ainsi la transversalité et la globalité d'accompagnement requis.

Au-delà de ces coopérations, une réponse à disposition des partenaires réside dans un raisonnement en parcours et dans la modularité des dispositifs d'accompagnement. Co-construire autour de la complexité d'un parcours c'est assumer à plusieurs la responsabilité populationnelle d'un territoire.

**Mots clés :**

PERSONNES ÂGÉES, SANTE MENTALE, PARCOURS, RUPTURES, COMPLEXITE, TERRITOIRE, DISPOSITIF, PROXIMITÉ, DÉCLOISONNEMENT, MAILLAGE, TRANSVERSALITE, COOPÉRATION, RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ETHIQUE, VOLONTARISME , MOYENS

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*