



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2020-2021

**Les enjeux du parcours coordonné de la personne âgée
au travers de l'articulation des acteurs sanitaires,
médico-sociaux et sociaux : Réflexions autour du projet
de capitalisation des expériences COVID-19 dans les
territoires de filières gériatriques bretons**

Félyse Launay

Remerciements

En premier lieu, je remercie sincèrement Dominique Penhouët et Josiane Bettler pour leur encadrement et pour la confiance qu'ils m'ont accordée. Leurs conseils et leurs apprentissages ont été une véritable richesse dans l'acquisition de nouvelles compétences et savoirs.

J'associe à ces remerciements l'ensemble de l'équipe de la Direction Adjointe Autonomie ainsi que les autres directions de l'ARS Bretagne et les quatre délégations départementales avec lesquelles j'ai eu la chance de collaborer.

Je tiens à remercier Blanche Le Bihan pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la construction de ce mémoire, ainsi qu'Arnaud Campéon pour son accompagnement et sa bienveillance tout au long de cette année de formation.

Je remercie également l'ensemble des professionnels et des acteurs intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées pour leurs apports à ce travail.

Leurs témoignages, leurs initiatives, leurs coopérations et leurs engagements sont indispensables à l'amélioration des parcours gériatriques.

Je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien infailible. Plus particulièrement mon compagnon, qui m'a accompagné et épaulé dans la période charnière et riche qu'a été ma reprise d'étude. Merci pour son écoute.

Enfin, merci à ces rencontres, professionnels ou patients, source d'inspiration intarissable, qui m'ont l'une après l'autre guidé dans mes projets et mes engagements professionnels.

Sommaire

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| PROBLEMATIQUE..... | 5 |
| LA MISSION D'APPUI MEDICO-SOCIAL | 6 |
| LE TRAVAIL DE CAPITALISATION DES EXPERIENCES DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19 DANS LES TERRITOIRES DE FILIERE GERIATRIQUE..... | 7 |
| METHODOLOGIE DE TRAVAIL..... | 8 |
| LIMITES METHODOLOGIQUES..... | 12 |
| PREMIERE PARTIE : GRAND AGE ET AUTONOMIE : UN ENJEU DE SOCIETE AUTOUR DE LA COORDINATION ET DU DECLOISONNEMENT | 14 |
| 1.1 UNE PRIORITE INTEGREE DANS LES ORIENTATIONS NATIONALES ET DECLINEE DANS LES PRIORITES D' ACTIONS TERRITORIALES..... | 14 |
| 1.1.1 La notion de parcours : d'une approche restrictive à une approche holistique | 14 |
| 1.1.2 Une stratégie nationale pour repenser l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées grâce au renforcement de la coordination et de la coopération | 15 |
| 1.1.3 La mesure 5 du pacte de refondation des urgences et le pilier 4 du Ségur de la santé comme projet structurant au sein des territoires | 16 |
| 1.1.4 Le rôle de l'Agence régionale de santé dans la déclinaison des politiques de coopérations en faveur des personnes âgées..... | 18 |
| 1.2 ORGANISATION INSTITUTIONNELLE ET TERRITORIALE DE LA STRUCTURATION COORDONNEE AUTOUR DES PARCOURS GERIATRIQUES | 21 |
| 1.2.1 Gouvernance institutionnelle du champ gérontologique | 21 |
| 1.2.2 Une organisation territoriale censée structurer la coordination | 22 |
| 1.2.3 L'organisation de la prise en charge transversale des personnes âgées : les filières de soins gériatriques pour structurer et décloisonner les parcours..... | 23 |
| 1.2.4 Eléments de structuration en faveur de la prise en charge transversale des personnes âgées en région Bretagne | 25 |
| DEUXIEME PARTIE : CE QUE REVELE LA CRISE DE CES ORGANISATIONS TERRITORIALES DE COORDINATION : REFLEXION AUTOUR DES EXPERIENCES COVID-19 AU SEIN DES FILIERES GERIATRIQUES BRETONNES | 29 |
| 1.1 UNE REPRESENTATIVITE QUI DIFFERE D'UNE FILIERE A UNE AUTRE..... | 29 |
| 1.2 LA RECONNAISSANCE DE L'UTILITE DE L'APPUI SANITAIRE EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX MAIS DES DISPARITES TERRITORIALES IMPORTANTES..... | 30 |
| 1.2.1 Le rôle de l'IDE Hygiène et gestion des risques mutualisé(e)s en EHPAD | 30 |
| 1.2.2 Des astreintes gériatriques et des équipes mobiles de gériatrie plus ou moins sollicitées selon les territoires..... | 33 |
| 1.2.3 L'hétérogénéité des interventions de l'HAD pendant la crise sanitaire | 35 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 1.2.4 | <i>La géronto-psychiatrie : ressource indispensable au sein du parcours.....</i> | 36 |
| 1.2.5 | <i>Nécessité d'ouvrir l'appui sanitaire aux services à domicile et aux structures non médicalisées</i> | 38 |
| 1.3 | UNE ORGANISATION TERRITORIALE GRADUEE AU SERVICE DES ESMS ET DU DOMICILE | 39 |
| 1.3.1 | <i>Mise en place des mesures de protection renforcées au sein des établissements hébergeant des personnes âgées</i> | 39 |
| 1.3.2 | <i>Les réunions territoriales de crise : une mise en réseau indispensable en période de crise comme en période ordinaire.....</i> | 41 |
| 1.3.3 | <i>L'impact de la crise sanitaire sur l'activité des Dispositifs d'Appui à la Coordination</i> | 43 |
| 1.3.4 | <i>Le rôle nuancé des conseils départementaux</i> | 45 |
| 1.3.5 | <i>La mise en réseau des établissements et services sociaux et médico-sociaux.....</i> | 47 |
| 1.4 | S'APPUYER ET AMELIORER L'EXISTANT POUR RENDRE COHERENTE L'OFFRE DU PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE . | 49 |
| 1.4.1 | <i>Les modalités et les attendus des dispositifs d'astreinte d'IDE de nuit.....</i> | 49 |
| 1.4.2 | <i>Une multiplication des échelles et un enchevêtrement des territoires d'interventions</i> | 51 |
| 1.4.3 | <i>Promouvoir les outils partagés et la tenue des dossiers médicaux.....</i> | 53 |
| 1.5 | LIENS AVEC LA REFORME DE LA LOI AUTONOMIE GRAND AGE CENSEE FAVORISER LA COORDINATION AUTOUR DU PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE | 54 |
| 1.5.1 | <i>Les ARS comme pilote unique des USLD et des EHPAD.....</i> | 54 |
| 1.5.2 | <i>L'incitation au regroupement des ESMS publics pour personnes âgées</i> | 55 |
| 1.5.3 | <i>L'EHPAD de demain comme le centre ressource territorial</i> | 56 |
| | CONCLUSION | 57 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 61 |
| | LISTE DES ANNEXES..... | 65 |
| | NOTE REFLEXIVE | 117 |

Liste des sigles utilisés

- ARACT** : Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
- ARS** : Agence régionale de santé
- CCAS** : Centre communal d'action sociale
- CD** : Conseil départemental
- CH** : Centre Hospitalier
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- CHRU** : Centre hospitalier régional universitaire
- CIAS** : Centre intercommunal d'action sociale
- CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- CNSA** : Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie
- CPIAS** : Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
- CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CREAI** : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
- DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- DASPF** : Direction Adjointe soins de proximité et formation
- DAVSS** : Direction Adjointe Veille et Sécurité sanitaire
- DD** : Délégation départementale
- DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale
- DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- DGS** : Direction générale de la santé
- DHAP** : Direction de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance
- DMP** : Dossier médical partagé
- DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EAMS** : Equipe d'appui médicosocial
- EHESP** : Ecole des hautes études en santé publique
- EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMG** : Equipe mobile de gériatrie
- EMS** : Etablissement médicosocial

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

EOH : Equipe opérationnelle d'hygiène

ESMS : Etablissement et services médicosociaux

FG : Filière gériatrique

FNADEPA : Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIR : Groupe iso-ressources

GSC CAPPS : Groupement de coopération sanitaire pour la coordination pour l'amélioration des pratiques des professionnels en santé

HAD : Hospitalisation à domicile

HPTS : Hôpital, patients, santé et territoire

IDE C : Infirmière diplômé(e) d'Etat coordinatrice

IDE H et GDR : IDE hygiène et gestion des risques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion santé

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MAMS : Mission d'appui Médico-social

MSP : **Maison de santé**

PA : Personnes âgées

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PH : Personnes handicapées

PRS : Projet régional de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

PTS : Projet territorial de santé

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SROS : Schéma régional d'organisation de soins

SRROM : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SRS : Schéma régional de santé

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

USLD : Unité de soins de longue durée

Table des figures

Figure 1 : Les catégories de parcours.....p.15

Introduction

En France en 2020, 17 millions de personnes ont 60 ans et plus, c'est 1.4 fois plus qu'en 2000. Au sein de cette population, le « grand âge » augmente également puisque près de 4 millions de personnes ont 80 ans et plus, soit 1.8 fois plus qu'en 2000 (DREES, 2002). On estime même à 4 millions le nombre de personnes de 85 ans et plus en 2050, soit 3 fois plus qu'en 2017 (INSEE, 2019). Plusieurs facteurs contribuent à ce vieillissement de la population, la réduction du taux de fécondité, l'allongement de l'espérance de vie ou encore l'arrivée à un âge avancé des générations du baby-boom. Ce vieillissement significatif représente donc un enjeu bien connu et une priorité des politiques dans les réponses à apporter à ce public vulnérable et de plus en plus nombreux. En effet, ce vieillissement implique une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et/ou en perte d'autonomie, qui est de 1.3 millions aujourd'hui et qui pourrait atteindre 2.2 millions en 2050 (Rapport Libault, 2019).

La perte d'autonomie représente un enjeu fondamental, car une population vieillissante implique des besoins grandissants avec notamment l'augmentation des polyopathologies/polyhandicaps et des maladies neuro-dégénératives liées à l'âge. Les problématiques de grand âge et santé sont grandement abordées dans la stratégie nationale de santé et repris dans la stratégie « Ma santé 2022 ». De plus, la Loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, promulguée le 7 août 2020, définit la création du 5ème risque dépendance/autonomie de la sécurité sociale, visant à couvrir les risques de la vie liés à la perte d'autonomie et au handicap. Nous observons donc l'identification de cet enjeu majeur de la santé par les pouvoirs publics et l'engagement des politiques dans l'élaboration des réponses à apporter à cette population vulnérable.

Tout comme la Stratégie Nationale de Santé inscrit depuis 2012 le parcours coordonné du patient au cœur des évolutions souhaitées du système de soins, la loi de 2016 relative à la modernisation de notre système de santé développe une ambition plus globale pour le parcours de santé et notamment celui de la personne âgée. Ces parcours obligent à la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, afin de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge, en tenant compte des spécificités territoriales (P.Marin et al., 2020). Parallèlement, plusieurs réformes visant à renforcer la coordination des soins ont vu le jour depuis les années 2000, comme la mise en place du médecin traitant « gatekeeper » en 2005, régulant les adressages vers l'hôpital ou le lancement du Dossier Médical Partagé (DMP) en 2004 (F.Yatim et al., 2016). En 2009, la loi Hôpital

Patient Santé Territoires (HPST) assoit clairement la question de la coordination comme enjeu sanitaire, économique et social central avec la création des Agences Régionales de Santé censées assurer un pilotage unifié de la santé en région, améliorer les réponses aux besoins de la population et accroître l'efficacité du système.

Le contexte sociodémographique, plaçant la prise en charge de la perte d'autonomie et du grand âge comme priorité d'action publique, constitue donc un vecteur de changement. Le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie n'est pas linéaire et de nombreux acteurs y participent, avec des logiques « d'aller et retour » entre les différents secteurs. Les trajectoires oscillent souvent entre domicile, hôpital et structure médico-sociale. Les frontières des secteurs du parcours de santé sont donc minces, la prise en charge est pluridisciplinaire mais aussi plurisectorielle et doit répondre à un nouvel enjeu de décloisonnement et de coopération. En effet, nous constatons un problème persistant dans la logique de parcours : la fragmentation de notre système de santé et d'aide (M-A. Bloch, 2013), « entre les secteurs professionnels du sanitaire (l'hôpital, la médecine de ville et les professionnels libéraux), du médicosocial (avec ses nombreuses structures prenant en charge le handicap et le vieillissement) et du social (qui répond à la vulnérabilité et distribue les prestations) » (H. Bertillot, 2017). Cette fragmentation entre chaque étape de parcours peut augmenter le « risque de survenue d'événements iatrogéniques » (Ovretveit, 2021) et engendrer des « gaspillages conséquent » (Berwick et Hackbarth, 2012). Ces deux constats font d'ailleurs écho à la mesure 5 du pacte de refondation des urgences, lancé en 2019, qui incite à « généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ». Les causes de cette fragmentation sont multiples mais résultent en partie de savoirs et de compétences qui nécessitent un besoin accru de spécialisation, (« hyperspécialisation ») et de l'explosion des connaissances dans le secteur de la santé qui fait qu'un professionnel ne peut pas toutes les maîtriser (M-A. Bloch, 2013). Par conséquent, nous observons depuis plusieurs années, le développement de professionnels, d'équipes et de services compétents uniquement sur un volet de la prise en charge : Géro-psycho-geriatrie, Equipes spécialisées Alzheimer, Equipe mobile de soins palliatifs, Equipe mobile de gériatrie etc.

L'écosystème des acteurs est complexe, les parcours aussi et d'autres dispositifs viennent se greffer pour aider au décloisonnement et à la coordination. En France, un grand nombre de politiques publiques depuis les années 60 se sont basées sur l'idée de coordination. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les réseaux de santé (MAIA, PTA) et avant cela les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'autres organisations ont été développés sur cette base (Somme & de Stampa, 2011 ; Frossard et al., 2004). Concernant le public des personnes âgées,

on a d'abord créé les MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à la coordination des services d'aide et de soins (CNSA, 2014), autour des parcours complexes.

Mais ces réseaux de santé sont multiples, PTA, CLIC, MAIA, CPTS et font face à des difficultés de mise en œuvre. En effet, implantés différemment selon les territoires, avec des champs d'interventions et des missions pas toujours lisibles pour les usagers et les professionnels, ces dispositifs nécessitent à leur tour une réorganisation. Les Réseaux de soins n'ont pas pu répondre aux besoins de coordination et d'harmonisation, ni remettre en cause une organisation des soins cloisonnée, malgré leur caractère dynamique et évolutif (F.Yatim at al, 2016). C'est pourquoi en 2019, par le biais d'une instruction nationale à décliner au niveau régional, ont été créés des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), issus de la convergence de dispositifs existants, en regroupant les expertises des MAIA, Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), coordination territoriale d'appui (PAERPA) et réseaux de santé territoriaux de la région. Les CLIC peuvent également participer à cette convergence sur délibération du Conseil Départemental. Les DAC doivent ainsi permettre d'apporter des réponses davantage coordonnées entre secteurs, quelles que soient la pathologie, l'âge du patient et la complexité de son parcours. Seulement, le démarrage est encore fragile malgré les 23 postes initiés sur la région Bretagne pour leur mise en œuvre.

D'autres actions publiques contribuent à cette volonté de coordination et de structuration, notamment dans le plan Solidarité Grand Age 2007-2012 et le plan Alzheimer 2008-2012, qui instaurent et définissent la mise en place des filières gériatriques de territoire. Ces dernières, attachées à un établissement sanitaire support, doivent « permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité ». Ces mesures doivent viser « la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ». Il y a 19 filières gériatriques sur la région Bretagne (Annexe 1), avec autant d'établissements sanitaires supports, chaque filière couvre une liste définie d'EHPAD sur leur territoire, de 7 établissements pour la filière de Quimperlé dans le Finistère, à 78 établissements pour la filière Rennaise en Ille et Vilaine pour une moyenne de 25 établissements par filière.

Nous observons donc une volonté politique de structurer, formaliser et outiller la coordination des soins et de l'accompagnement mais les difficultés de mise en œuvre sont nombreuses. Sortir de la logique de « Silo » ne se fait pas de manière uniforme dans les territoires, tant à l'échelon institutionnel qu'à l'échelon des établissements et des services. Ces volontés de coordination et de coopération sont dépendantes des logiques d'acteurs, de gouvernance et du contexte territorial. Ces disparités peuvent être en partie expliquées par « l'hégémonie (au moins symbolique) d'un acteur dans un cas, le monopole de l'offre gérontologique territoriale dans un autre, qui ont pu contribuer à ralentir l'implantation de l'innovation » (D.Somme et al., 2013). Nous pouvons citer quatre facteurs explicatifs prégnant à ce phénomène : « l'inexpérience du partenariat, la suspicion d'instrumentalisation du partenaire dominant, le fatalisme concernant une appropriation des produits du partenariat, le peu de modes de légitimation déployables par les autres partenaires. » (*Ibid.*). C'est pourquoi les enjeux de la coordination autour des parcours de santé de la personne âgée sont encore nombreux, les dispositifs et mesures mis en place demandent des améliorations significatives dans la pratique. Ce constat est celui fait en situation dite « ordinaire », mais depuis 15 mois nous traversons une crise sanitaire majeure qui a bouleversé notre système de santé et qui nécessite de contextualiser le propos de notre travail.

La crise sanitaire de la COVID-19, que nous traversons depuis maintenant plus d'un an a particulièrement touché les personnes âgées, plus vulnérables face au virus. En effet, les risques d'être hospitalisé ou de décéder des suites du SARS COV 2 augmentent de manière significative avec l'âge. Ce dernier reste de loin, le facteur le plus déterminant : l'âge médian des décès étant de 85 ans (Santé Publique France). Il paraît donc inévitable que les établissements et services prenant en charge des personnes âgées soient davantage touchés, ou du moins plus directement, et mis en difficulté par le contexte sanitaire. Ces structures et ces services n'étaient pas dimensionnés pour faire face à une telle pandémie, que ce soit en termes d'organisation des locaux, de formation des professionnels, de matériels de protection, d'équipements médicaux ou tout simplement en culture et en maîtrise de la gestion des risques. Ainsi, pour maintenir la continuité des soins tout en protégeant les personnes vulnérables ainsi que les professionnels les prenant en charge, les coopérations et autres mutualisations se sont faites entre établissements et services (ressources humaines, compétences, expertises...). Les filières gériatriques ont tenté de jouer leur rôle de support et d'expertise (astreintes, web-conférence, intervention équipe mobile de gériatrie...), l'HAD (hospitalisation à domicile) et les équipes mobiles de soins palliatifs sont intervenues de manière anticipée lorsque cela était nécessaire, les dispositifs d'appui à la coordination ont fait correctement l'interface et les professionnels libéraux ont été un appui pour la continuité des soins. Malgré une volonté affichée des professionnels de coopérer, la réalité fut beaucoup plus complexe

pour un certain nombre d'établissements et de services. En effet, la crise sanitaire s'est également traduite par des situations particulièrement complexes dans beaucoup d'établissements médico-sociaux et pour les services d'aide et de soins à domicile. Certaines structures se sont retrouvées complètement isolées, très impactées par le virus avec un taux d'absentéisme et des fragilités structurelles exacerbées par le contexte sanitaire et la gestion de crise.

Face à ces difficultés, la crise de la COVID-19 et les différentes périodes de confinement ont poussé les structures et les professionnels à faire preuve d'inventivité, de créativité et d'adaptabilité. Ils ont dans l'urgence, modifié certaines pratiques et mis en place de nouveaux dispositifs, dont certains semblent avoir été pérennisés.

Problématique

La volonté d'aller vers davantage de structuration, de coordination voire même d'intégration dans les parcours de soins de la personne âgée corrélée au contexte sanitaire que nous vivons actuellement interroge sur plusieurs points. La coopération et le décloisonnement autour des parcours gériatriques s'inscrit dans une volonté d'action publique mais est-elle réellement initiée ? Comment s'organise la structuration du parcours gériatrique ? Les difficultés de mise en œuvre sont-elles révélées par le contexte sanitaire ? Quels sont les freins et les leviers mis en avant par les acteurs du parcours de la personne âgée ? Comment capitaliser les retours d'expériences COVID-19 afin de soutenir et de favoriser les démarches de coordination dans les territoires en difficulté ?

Ainsi, la question centrale de ce mémoire est : **Dans quelle mesure la crise sanitaire de la COVID-19 a-t-elle eu un impact sur le décloisonnement et la coopération des acteurs autour du parcours de santé de la personne âgée dans un contexte d'action publique tournée vers la coordination ?**

Pour répondre à cette problématique, il convient de revenir sur le contexte de cet enjeu de coordination et de décloisonnement autour des parcours gériatriques. Il nous a semblé opportun, dans un premier temps, d'apporter des éléments sur les orientations et les politiques publiques qui encadrent et tentent de mettre en œuvre la notion de parcours coordonné. Il s'agira ensuite d'étudier l'environnement institutionnel, organisationnel et territorial qui structure ces politiques au niveau national et plus particulièrement au niveau régional de la Bretagne. Enfin, dans un second temps, ces éléments seront analysés à l'échelon régional, dans un contexte de crise sanitaire COVID-19, au travers des témoignages des acteurs du parcours de la personne âgée dans les territoires de filières gériatriques bretonnes.

La réalisation de ce mémoire, et plus particulièrement de sa démarche empirique, s'est initiée à partir de deux missions mandatées par l'ARS Bretagne dans le cadre de la crise sanitaire et de ses impacts dans la prise en charge des personnes âgées, en secteurs médico-social, social et sanitaire. Il semble alors nécessaire de les mettre en perspective ici, avant de vous présenter la méthodologie générale de notre travail.

La mission d'appui médico-social

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne, par le biais de la direction de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance, a lancé plusieurs initiatives afin d'accompagner le secteur médico-social pendant la crise sanitaire. En avril 2020, une équipe d'appui médico-social, composée de 5 professionnels en management des établissements de santé, médico-sociaux et des organisations, a été missionnée pour intervenir en soutien et en appui des établissements mis en difficulté par l'épidémie du COVID 19. La coordination de l'EAMS (Equipe d'Appui Médico-social) s'est basée au niveau de l'ARS et s'est répartie dans les 4 départements bretons afin d'être en référence et en proximité des EMS (établissements médico-sociaux) accompagnés. Après un an de travail et des interventions dans plus de 50 établissements de la région, ils ont pu réaliser plusieurs constats et propositions d'actions (Annexe 2). Il faut retenir que si le nombre d'établissements investigués est réduit, ce qui constitue une limite a priori, ces structures représentent néanmoins un nombre important d'EMS isolés, impactés ou en forte appréhension du risque de cas Covid 19. De plus ces établissements ont en commun les mêmes caractéristiques de fragilité, notamment : un déficit de contribution hygiène (les $\frac{3}{4}$ des EHPAD ne bénéficient pas actuellement de l'intervention d'une IDE Hygiène et d'un qualicien) et de coordination médicale : 30% des établissements ne disposent pas de médecin coordonnateur en Bretagne (beaucoup plus au niveau des zones sous-médicalisées) ; dans cette situation peu d'EMS bénéficient de la contribution de médecin référent.

Des constats réalisés ont pu découler des préconisations, et un axe prioritaire a été mis en lumière, celui de contribuer à fédérer les EMS isolés au niveau de leur territoire, sur leur secteur, puisqu'un établissement seul, encore moins isolé ne peut répondre à ce type de crise sanitaire. Les EMS doivent pouvoir compter, en cas de crise sanitaire sur une conjonction d'aides mutuelles qu'il convient de construire, de formaliser, de structurer afin d'être en mesure de les activer spontanément. Au niveau de chaque structure les directions et les équipes doivent s'inscrire en mode « gestion des risques », grâce à une anticipation et une agilité organisationnelle avec l'appui de l'expertise des filières d'hygiène, palliative et gériatrique sur une dimension territoriale.

Le travail de capitalisation des expériences de la crise sanitaire COVID-19 dans les territoires de filière gériatrique

Dans la même logique, suite aux constats et aux besoins préexistants mis en lumière par la crise sanitaire dans le secteur médico-social, l'ARS Bretagne a missionné en février 2021, une Conseillère Autonomie grand âge, ancienne directrice d'établissement sanitaire, pour travailler sur la capitalisation des retours d'expérience COVID-19 dans les territoires bretons. Nous sommes intervenus à ses côtés sur la réalisation de ce projet. Le travail autour du projet RETEX COVID-19, s'est initié à partir notamment des constats réalisés par l'équipe d'appui médico-social et en lien avec les objectifs de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences qui contribuent à structurer le parcours du patient âgé. Ce projet, en lien avec les quatre délégations départementales (DD) de l'ARS, a cherché à réunir les acteurs d'un même territoire de filière gériatrique afin d'identifier les leviers de coopération déployés pendant la crise et les axes d'amélioration pérennes en partant des remontées et des expériences de chacun des acteurs. Pour ce faire le projet a d'abord été présenté lors de différentes réunions institutionnelles (réunions de services, réunions siège/DD, Comité opérationnel Technique...) mais également lors d'une des rencontres hebdomadaires entre la direction ajointe autonomie et les fédérations médico-sociales.

Méthodologie de travail

Les premières réflexions autour de ce travail se sont basées sur une revue de littérature et sur l'analyse de concepts théoriques de la problématique retenue sur l'articulation intersectorielle du parcours de la personne âgée. Une lecture des textes législatifs, plans nationaux et articles scientifiques fut essentielle pour appréhender l'historique et la structuration du parcours de la personne âgée. La deuxième partie de ce travail s'articule autour du travail de capitalisation des expériences COVID-19 dans les territoires de filières gériatriques, qui a permis d'apporter l'éclairage du terrain afin de répondre à l'exigence de produire de la connaissance via un travail empirique.

La méthodologie générale de ce travail empirique s'articule en trois temps. Premièrement, en lien avec les délégations départementales, un partage des objectifs et une identification des acteurs du territoire (sanitaire, médico-sociaux et sociaux) a été effectué grâce à différents échanges et groupes de travail. Deuxièmement, un état des lieux succinct des territoires de filières gériatriques en lien avec les DD et les référents de filière des établissements sanitaires supports a été réalisé, également grâce à différents échanges et groupe de travail. Enfin, de début mai à fin juin 2021, s'est initié l'organisation et la réalisation des différentes rencontres avec les acteurs de chaque territoire de filière.

L'objectif de ce travail empirique était de réaliser un diagnostic de l'organisation mise en place et des partenariats initiés durant la crise sanitaire et proposer des recommandations s'appuyant sur les enseignements tirés notamment sur la coordination, les coopérations, le décloisonnement et les solidarités entre acteurs. Plusieurs thématiques et indicateurs abordés lors de nos investigations, ont permis de réaliser un état des lieux, une cartographie des territoires de filières gériatriques et des coopérations entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ce travail collaboratif a pour objectif d'aider à co-construire l'amélioration des parcours gériatrique grâce à l'articulation et la coordination de l'ensemble des dispositifs existants sur un même territoire.

L'identification des acteurs à réunir pendant les rencontres territoriales s'est faite par le biais de rendez-vous préparatoires avec les référents personnes âgées et hospitalisation de chaque délégation départementale et les référents administratifs et médicaux de chaque filière gériatrique. Cette première phase de « balisage » était indispensable pour comprendre la logique de coopération autour des parcours gériatriques : les activités, les ressources, les partenariats, le pilotage, les outils etc.

Dans un objectif de réunir de manière exhaustive l'ensemble des acteurs et des dispositifs intervenant dans le parcours du patient âgée, les acteurs invités autour de la table lors des rencontres au sein de chaque territoire de filière ont été identifiés en amont, en tenant compte des spécificités territoriales. C'est pourquoi, pour chaque rencontre nous avons la volonté de réunir les acteurs suivants :

- ARS siège
- Référents Délégation départementale et Conseil départemental
- Référents filière gériatrique de l'établissement sanitaire support (médicaux et administratifs)
- Hygiène / prévention des risques (EOH)
- Equipe mobile de gériatrie
- HAD (médecins, IDEC, cadre...)
- Filière palliative
- Représentants d'établissements médico-sociaux PA (Fédérations, directeurs, IDEC, médecins coordonnateurs...)
- Dispositifs d'appui à la coordination (DAC, MAIA, PTA...)
- Représentants ambulatoires, professionnels libéraux (CSP, MSP, CPTS...)
- Géro-psycho-geriatrie
- Service d'aide et de soins à domicile (fédérations, directeurs...)
- Un membre de l'équipe d'appui médico-social

Suite à ces identifications, les rencontres menées sur chaque territoire de filière gériatrique ont pu se réaliser dans une logique « bottom up », en partant des remontées et des expériences des participants. Sur les 19 filières gériatriques bretonnes, treize rencontres ont eu lieu (Annexe 3), dont certaines ont réunies deux filières. C'est le cas pour les filières de Vannes-Auray / Ploërmel-Malestroit, celles de Lorient / Quimperlé et enfin celles de Trégor-Goëlo / Guingamp. Chaque rencontre s'est déroulée sur environ deux heures, s'articulant de la manière suivante : un tour de table de 10 minutes, suivi d'une présentation de 15 minutes explicitant le projet RETEX COVID-19 dans les territoires et reprenant le bilan de l'EAMS et enfin un temps d'échange et de débat d'une heure et demie sur les thématiques présentées. Pour aider à structurer nos échanges, les réflexions se sont articulées autour des thématiques préétablies :

- Niveau d'interconnaissance et de coordination des acteurs de la filière (DAC, HAD, EMSP, EMG, géro-psycho-geriatrie, EOH...)

- Réponse aux besoins et diversité des ressources de la filière mise à disposition des acteurs du territoire (astreinte gériatrique, IDEH et GDR, IDE de nuit, HAD, géronto-psychiatrie, EMG, télémédecine, place des dispositifs d'appui à la coordination...)
- Ouverture de la filière à l'accompagnement des structures autres que les EHPAD (ex : SAAD/SSIAD, résidences autonomes, résidences seniors...)
- Projet relatif à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences : parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées

Ensuite pour faciliter l'analyse des échanges initiés lors de ces rencontres, en plus de la rédaction systématique d'un compte-rendu des échanges (Annexe 4), nous avons formalisé une grille d'analyse des thématiques abordées (Annexe 5) ainsi qu'une grille « d'observation » afin d'analyser les échanges initiés lors des rencontres (Annexe 6). Cette méthodologie a permis de prendre du recul sur un ensemble large de questions et d'observations, en relation avec un questionnement sociologique plus spécifique (problématique, construction...) et de systématiser la collecte de données de ces réunions de territoires. Ce travail de recueil de données et d'observations a également été nourri des échanges lors de nombreuses réunions préparatoires à chaque rencontre ou des différentes commissions comme celle organisées avec les fédérations médico-sociales (Annexe 7), d'échanges de travail informels ou encore d'une documentation interne de l'ARS riche et abondante.

Le modèle de rencontre a été le même pour tous les territoires de filières, à l'exception de Rennes, où nous avons rencontré différents acteurs séparément. Dont la rencontre avec la FNADEPA d'Ille et Vilaine, qui a réunies 14 directeurs d'établissements représentant tous les statuts de gestionnaires, et celle avec le GCSMS Noesis, réunissant trois de ses représentants. La rencontre avec la filière de Vitré n'a pas eu lieu, au vu d'un contexte territorial difficile mais des éléments nous ont été rapportés lors d'un entretien avec la référente de filière gériatrique au CH de Vitré. Enfin, pour les filières de Brest et de Carhaix, la rencontre ne s'est pas faite sous ce format car ces territoires sont très bien connus de la conseillère autonomie grand âge, en charge de ce projet, qui était directrice du pôle gériatrie au CHRU de Brest jusqu'en janvier 2021.

Le recueil de données initié dans le cadre de ce travail a donné lieu à un rapport, présenté au directeur général de l'ARS Bretagne, à la direction de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance, à la DAVSS et à la DASPF en associant les délégations départementales. Ce rapport prend la forme de plusieurs tableaux construits par Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) avec les filières gériatriques y étant rattachées et déclinant plusieurs indicateurs faisant l'état des

lieux, de l'organisation et de la ressource. Cette première étape de « diagnostics » a été complétée par un rapport déclinant des constats, freins et leviers par filières gériatriques. Enfin des constats généraux et des préconisations d'actions viennent compléter cette première phase de « diagnostic ».

Chaque tableau diagnostic par GHT avec ses filières gériatres s'articule autour des indicateurs suivants :

- Etablissements supports
- Référents médicaux et administratifs
- Référent DD et Conseil Départemental
- Astreinte Gériatrique avec amplitude horaire
- Equipe mobile de gériatrie
- Hospitalisation à domicile
- Filière de soins palliatifs
- Dispositif d'appui à la Coordination
- Dispositif d'astreinte IDE de nuit mutualisé(e)s en EHPAD
- Dispositif IDE Hygiénistes et Gestion des Risques mutualisé(e)s en EHPAD
- Filière géronto-psychiatrique
- Ressource médicale gériatre
- Ressource ingénierie filière gériatrique et projet mesure 5
- EHPAD du territoire de filière et répartition par gestionnaire
- Groupements d'établissements et de professionnels de santé (GCSMS, CPTS, MSP...)
- Etablissements engagés dans l'action « Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise » de l'ARACT

Vous trouverez en annexe de ce travail, les tableaux diagnostics que nous avons élaborés dans le cadre du projet RETEX (Annexe 8). Cependant, le rapport final du projet RETEX, mandaté par l'ARS Bretagne ne peut être diffusé avant sa validation par le directeur générale et sa présentation en COMEX début septembre.

Limites méthodologiques

La méthodologie de travail de ce mémoire a dû être pensée en intégrant les mêmes contraintes temporelles et contextuelles que la mission de capitalisation des expériences COVID-19 dans laquelle nous avons accompagné la conseillère autonomie grand âge. En effet, cette mission était limitée dans le temps, de février 2021 à juillet 2021, soit une durée de 6 mois et il a fallu prendre ce paramètre en compte. Le travail entrepris était conséquent et la phase préparatoire du projet a pris quelques semaines puisque la commande était entièrement à construire et aucun cahier des charges ou fiche de mission n'a été établi. De plus, la pluridisciplinarité, la pluri-sectorialité des acteurs et leur nombre important, ainsi que l'ampleur régional de l'enquête dans un temps particulièrement limité (réunions programmées de mai à juin pour un rapport à rendre fin juillet) a contraint à certain choix méthodologique. Par conséquent, le choix de réunir tous les acteurs par le biais d'une réunion commune sur chaque territoire de filière a été préféré à celui de questionnaires quantitatifs ou d'entretiens qualitatifs individuels. La volonté de travailler sur des retours d'expériences représentatifs et exhaustifs dans un temps très limité a obligé à restreindre le recueil qualitatif à des réunions plénières et aux échanges préparatoires et informels qui ont aidé à leur construction et à leurs analyses. Néanmoins, malgré la recherche d'exhaustivité, cette temporalité a exclu certains retours d'expérience et témoignages qui auraient été particulièrement intéressants à mettre en lumière comme celui des usagers, patients comme aidants.

De surcroît, ce travail empirique basé principalement sur l'observation a dû faire face à un contexte de distanciation sociale obligeant à réaliser la grande majorité des échanges par téléphone ou en visioconférence. Ces modalités ont limité le travail d'observation car certains éléments parfois révélateurs n'ont pas pu être appréhender, notamment la communication non verbale ou les échanges parallèles ou « parasite » pendant les réunions. De plus des problèmes « techniques » de matériels ou de connexion ont pu empêcher la prise de parole et la participation de certains acteurs pendant les réunions plénières. La disparité de l'exhaustivité des participants d'un territoire à un autre est également à noter. En effet, certains territoires ont réuni au moins un représentant pour l'ensemble des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux quand d'autres comptaient plusieurs secteurs non représentés. Même si parfois certaines absences étaient considérées comme « révélatrices », il ne s'agissait pas toujours d'une volonté de la part des acteurs. Le contexte difficile, les délais du projet et l'organisation en journée de ces rencontres, n'a pas toujours été en adéquation avec les modalités de travail et les disponibilités des professionnels de santé et a pu compromettre la présence de certains acteurs.

Enfin, le manque de disponibilité des acteurs, déjà beaucoup sollicités par ce projet et par une gestion de crise embolisante et particulièrement chronophage, n'ont pas facilité la faisabilité et l'organisation d'entretiens qualitatifs individuels ou de focus groupe complémentaires qui auraient pu être réalisés dans le cadre de ce mémoire. Nous avons donc fait le choix de limiter le travail empirique au recueil effectué lors des rencontres territoriales de filière gériatriques et a du matériel d'observation recueilli de manière informelle.

Première partie : Grand âge et autonomie : un enjeu de société autour de la coordination et du décloisonnement

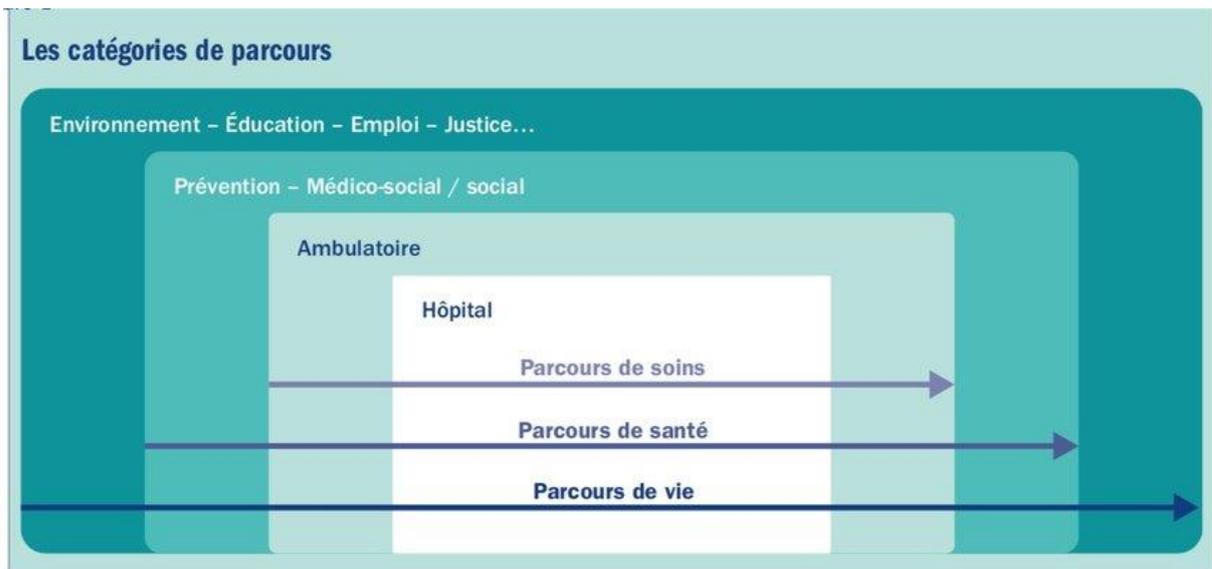
1.1 Une priorité intégrée dans les orientations nationales et déclinée dans les priorités d'actions territoriales

Comme nous l'avons rappelé en partie introductive de ce mémoire, depuis de nombreuses années l'enjeu de l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment celle de plus de 80 ans appelées communément aujourd'hui « le grand âge », et les besoins spécifiques en accompagnement, obligent à adapter le système de soins et de prise en charge. C'est en ce sens que les politiques publiques et les grandes stratégies nationales en faveur de l'autonomie et des personnes âgées ne cessent d'évoluer et de s'inscrire dans les priorités gouvernementales.

1.1.1 La notion de parcours : d'une approche restrictive à une approche holistique

Comme nous avons pu l'explicitier dans nos propos introductifs, la notion de « parcours » est apparue dans la volonté publique sur l'organisation des soins et s'inscrit dans les textes de loi. Cette notion tend à faire face à l'évolution des besoins de la population. Concernant la personne âgée, le vieillissement de la population engendre inévitablement un accroissement des réponses à apporter face à l'enjeu de la prévention et de la prise en charge de la perte d'autonomie. Les polyopathologies et les polyhandicaps augmentant avec l'âge, la nécessité de modifier les organisations paraît alors indispensable, ces dernières étant jusqu'ici principalement centrée sur la notion de « monopathologie » (Parcours de santé : enjeux et perspectives, adsp n°88, 2014). Aujourd'hui, le système de santé doit donc offrir un chemin adapté aux besoins des personnes grâce à une approche globale mais graduée s'articulant autour de trois niveaux de prise en charge. Tout d'abord, les parcours de soins, répondant aux besoins « sanitaires » doivent « permettent l'accès aux consultations de 1^{er} recours et quand cela est nécessaire aux autres lieux de soins » tels que l'hospitalisation, l'HAD, les SSR, les USLD ou les EHPAD (ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). Ensuite les parcours de santé, doivent répondre à une articulation de « soins, en amont, avec une prévention en santé et sociale et en aval, via l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile » (*Ibid.*). Enfin les parcours de vie, eux « envisagent la personne dans son environnement » (*Ibid.*) (famille et entourage, scolarisation, logement...). Ces trois niveaux de prise en charge ne doivent en aucun cas entrer dans une logique « hiérarchique » mais bien répondre à une approche globale de parcours prenant en compte l'intégralité de ces composantes et les faisant interagir entre eux.

Figure 1 : Les catégories de parcours



Source : « Quelle stratégie régionale pour réduire les risques de ruptures dans les parcours de vie des publics les plus fragiles ? », ARS Nouvelle Aquitaine, janvier 2018.

L'objectif de cette organisation est de permettre de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment » et de recentrer l'organisation de soins autour du patient grâce à une approche plus personnalisée. Par conséquent depuis une vingtaine d'années, l'organisation mise en place autour de la prise en charge de la personne âgée cherche à répondre à l'enjeu de la mise en réseau des acteurs et des ressources, « tant dans les milieux professionnels qu'institutionnels et universitaires » (H.Trouve, Y.Couturier et al., 2010). Les professionnels doivent donc s'organiser afin de tendre à une notion de parcours de la personne âgée prenant racine dans une approche globale reposant sur « une collaboration inter-professionnelle et inter-organisationnelle, qui permettrait d'assurer une prise en charge pluridimensionnelle » (*Ibid.*).

1.1.2 Une stratégie nationale pour repenser l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées grâce au renforcement de la coordination et de la coopération

Face au défi démographique que représente l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, la loi de janvier 2016 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectif « d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement » (Portail national d'information PA, 2020). Pour répondre à cet objectif, cette loi assoie et promeut la nécessité de

renforcer la coopération entre acteurs afin de favoriser des prises en charge optimales et coordonnées autour des besoins de la personne, « il s'agit d'accompagner l'évolution des professionnels dans des logiques de coopération et d'intégration de services correspondant mieux aux besoins du parcours de vie de la personne ».

Dans la même lignée, la loi autonomie grand âge, très attendue par l'ensemble des acteurs médico-sociaux et du maintien à domicile, a fait l'objet depuis dix ans, de nombreuses concertations et de nombreux rapports (El Khomri, Guedj, Libault...). Encore récemment, l'ancienne ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, a lancé en octobre 2018 une vaste concertation sur le grand âge et l'autonomie en vue d'une réforme ambitieuse de laquelle devait découler un projet de loi. Mais annoncée depuis 3 ans, la loi autonomie grand âge fait l'objet d'un nouveau report dont le délai reste indéterminé. En cause, la crise sanitaire qui a impacté le calendrier et modifié les priorités gouvernementales. Cependant, selon une annonce faite par le ministre des Solidarités et de la santé, Olivier Véran, le projet de loi Grand âge et autonomie pourrait être présenté en Conseil des ministres « *dans le courant de l'été* » 2021 pour ensuite être « *potentiellement examiné à la rentrée* » par le Parlement.

C'est sur des difficultés structurelles dans le secteur de la prévention et de la prise en charge de la perte d'autonomie que se basent les principaux axes de ce projet de réforme. Ces derniers s'attardent sur la revalorisation des métiers du grand âge dans les EMS comme dans le secteur du domicile, la mise en œuvre de la cinquième branche « dépendance » de la sécurité sociale et enfin le développement d'un nouveau modèle d'EHPAD plus ouverts sur l'extérieur (domicile, hôpital, résidences non médicalisées...) afin de décloisonner les établissements. Et c'est particulièrement ce point qui nous intéresse ici, puisqu'en effet il démontre toute la volonté et la nécessité politique et institutionnelle de faire coopérer de concert l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de santé de la personne âgée.

1.1.3 La mesure 5 du pacte de refondation des urgences et le pilier 4 du Ségur de la santé comme projet structurant au sein des territoires

Depuis plusieurs années, les services d'urgences ont connu une augmentation continue d'activité sur l'ensemble du territoire national. En plus d'un manque de moyens décrié par le personnel hospitalier depuis de nombreuses années, les raisons de cet engorgement sont multifactorielles. A l'interface de la médecine de ville et de l'hospitalisation, les services d'urgences sont mis en difficultés à la fois par l'amont (manque de moyen de la permanence des soins) et l'aval des urgences (difficulté à orienter les patients à la sortie du service) (ARS Bretagne, 2020). Afin de

répondre à cette problématique, le gouvernement a annoncé en novembre 2019, la mise en place d'un pacte de refondation des urgences, déclinant 12 mesures supposées répondre aux difficultés des services d'urgences.

Selon l'étude « Réseau Bretagne Urgences » de la DREES publiée en 2019, plus d'un patient sur deux passera un temps supérieur à deux heures aux urgences. Cette durée de passage variable augmente en fonction de l'âge des patients, passant d'une durée moyenne de 240 min pour les patients de 40 ans à une durée de moyenne de 360 min pour les patients de 80 ans. La région Bretagne, connaît un vieillissement démographique plus important que la moyenne nationale et par conséquent l'accueil des personnes âgées représente un flux important pour les services d'urgences bretons.

La mesure 5 du pacte de refondation des urgences est un dossier structurant censée répondre à cette problématique. Ce dossier doit être initié par l'établissement sanitaire support de filière gériatrique en co-construction avec les acteurs du territoire. Il s'agit d'une mesure systémique pour mettre en relation les acteurs du parcours des personnes âgées afin de limiter les passages aux urgences en travaillant sur l'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD. En effet aujourd'hui, 51 % des personnes âgées de 75 ans ayant été pris en charge en MCO (médecine chirurgie obstétrique) sont passées par un service d'urgences et 47% n'ont pas été hospitalisées par la suite (ARS Bretagne, 2020). A l'inverse, le taux d'hospitalisation directe (sans passage par le service des urgences) n'est encore que de 49% pour des séjours en médecine et la région Bretagne se situe dans une échelle basse de 38 à 44% (ARS Bretagne, 2020).

L'organisation des initiatives présentées dans le dossier mesure 5 doit permettre à des médecins de ville ou à des établissements d'hébergement de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins. C'est une mesure phare du gouvernement qui engagera des moyens financiers conséquents auprès des hôpitaux qui sont en charges de ce parcours structuré. Cette nouvelle démarche d'outillage des filières gériatriques exprime tout l'enjeu du renforcement des coopérations au sein des territoires mais sa déclinaison risque de se heurter à des disparités territoriales importantes.

En mai 2020, en pleine crise sanitaire, le gouvernement a lancé le « Ségur de la santé ». Cette grande concertation réunissant l'ensemble des acteurs du système de soin (syndicats, professionnels de santé, collectifs...) avait pour objectif de reconsidérer et réformer le système

actuel, dont les défaillances ont été mises en lumière par la pandémie de COVID-19. Le Ségur touche plusieurs pans du système de santé, hôpitaux, médecine ambulatoire, secteur médico-social et a donné lieu à divers engagements de la part du gouvernement dans le but de poursuivre la modernisation du système de santé, d'améliorer les conditions de travail des soignants et *in fine* la prise en charge des patients. La mesure 5 du PRU, fait écho au pilier 4 du Ségur de la santé, défini comme la volonté « de fédérer les acteurs dans les territoires aux services des usagers notamment en améliorant l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné, en mettant en place une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées et en faisant des hôpitaux de proximité des laboratoires en matière de coopération territoriale ». Ici, le choix sémantique du terme de prise en charge « intégrée » n'est pas anodin. En effet, le concept d'intégration, va au-delà de la coordination puisqu'il vise non seulement l'articulation des organisations existantes mais également à la transformation du fonctionnement même de l'ensemble des organisations. Dans une logique de coordination, il s'agit de confier à un acteur la mission de pallier au manque de coordination des organisations préexistantes mais pas à les modifier pour qu'elles trouvent de manière commune des solutions de coopération. Par ailleurs, la coordination constitue une étape indispensable pour aboutir au concept d'intégration mais la coordination n'a pas nécessairement pour finalité l'intégration (D.Somme et al., 2013). Par l'utilisation de ce terme d'intégration, les pouvoirs publics cherchent à démontrer l'importance de faire coopérer l'ensemble des secteurs puisque contrairement à la coordination qui peut se jouer au sein d'un même secteur, l'approche intégrative doit obligatoirement se faire en intersectorialité, sanitaire, médico-social et social et prendre en compte la dimension territoriale. C'est pourquoi, comme la mise en œuvre des projets partagés mesure 5 dans chaque filière gériatrique, la capitalisation post COVID-19 menée dans les territoires doit se réaliser avec l'ensemble des secteurs et leurs représentants pour espérer être en cohérence avec cette notion d'intégration.

1.1.4 Le rôle de l'Agence régionale de santé dans la déclinaison des politiques de coopérations en faveur des personnes âgées

Depuis la loi HPST, le niveau régional s'est vu propulsé comme « niveau pertinent de pilotage » (M.Vermorel, 2014), notamment par la création des ARS en 2009 marquant « la volonté de rassembler sous une même autorité la régulation des dépenses d'assurance maladie et la coordination des politiques relatives à la médecine de ville, les établissements sanitaires et le secteur médico-social » (*Ibid.*). Entre autres, ces agences régionales de santé ont pour mission de mettre en œuvre les plans nationaux et les feuilles de route nationales en faveur des personnes

âgées. Ils ont été nombreux depuis le début des années 2000, comme le plan solidarité grand âge, les différents plans Alzheimer ou maladie neurodégénératives ou encore le plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie. Ces plans de stratégie et d'orientation nationale font de l'accompagnement des personnes âgées une priorité de la mise en œuvre de la politique de santé régionale. Pour mettre en œuvre ces priorités et ces grandes orientations, l'ARS décline un projet régional de santé (PRS), établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaire, sociaux et médico-sociaux de sa région. Ce programme donne aux ARS la possibilité d'une présentation plus transversale et décloisonnée des politiques de santé. Le Schéma Régional de Santé, établi également pour 5 ans, est la feuille de route de l'action collective au service de la santé de la population régionale.

Le SRS 2018-2022 de l'ARS Bretagne s'inscrit dans une volonté de « meilleure articulation entre les différents acteurs du soin, du médico-social et de l'accompagnement social », intervenant auprès de la personne âgée dans un environnement. Cependant, cette volonté doit prendre en compte un contexte régional caractérisé par une démographie de médecins gériatres en tension, souffrant d'importantes disparités territoriales malgré une légère augmentation des médecins en formation dans cette spécialité. A titre d'exemple, seul un médecin gériatre sortira diplômé cette année de l'UFR de médecine de Rennes. Afin de répondre à cet enjeu de décloisonnement et d'articulation intersectorielle, quatre grands objectifs sont inscrits dans le PRS 2018-2022 :

- Prévenir la perte d'autonomie et éviter son aggravation : Conforter les programmes d'actions coordonnées associant les principaux partenaires de la prévention de la perte d'autonomie (conseil départemental, caisses de retraite, ARS...), Soutenir les actions de repérage précoce de la fragilité et des risques de perte d'autonomie avec une attention particulière aux SSIAD, SPASAD et les EHPAD.
- Faciliter le maintien à domicile par l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement : organisation de la réponse aux besoins de soins primaires des PA, recomposition de l'offre en SSIAD et optimisation en hébergement temporaire, adaptation des EHPAD aux nouveaux besoins, poursuite du maillage et le rééquilibrage territorial des dispositifs spécialisés pour personnes atteintes de maladies neurodégénératives, un accès facilité aux soins hospitaliers gériatriques et autres spécialités.
- Renforcer le soutien aux aidants : Développer une stratégie en faveur de l'accompagnement des aidants, de renforcer la prise en compte dans les ESMS de leur

place dans l'accompagnement des personnes âgées, et d'améliorer la structuration, l'efficacité et l'accessibilité de l'offre de répit.

- Favoriser l'intégration des politiques publiques et des services en faveur de l'autonomie des personnes âgées : La mise en place d'instances stratégiques départementales prenant appui sur les DAC, la définition de stratégies régionales départementales et territoriales partagées en lien avec les schémas départementaux en faveur de l'autonomie des PA et la mise en œuvre de projets territoriaux d'intégration participeront à un pilotage stratégique partagé en coresponsabilité au bénéfice du projet de vie de la personne âgée (PRS, 2018-2022).

La direction adjointe de l'autonomie et de la santé mentale de l'ARS Bretagne construit chaque année une feuille de route déclinant les thèmes pilotés par la direction ainsi que leurs principaux objectifs, points saillants, moyens, échéances et résultats attendus. Cette déclinaison opérationnelle doit rester conforme aux fondamentaux en s'inscrivant dans les orientations et les objectifs du PRS mais doit également s'adapter à l'actualité et à l'évolution des besoins. Bien entendu, la feuille de route 2021 de la DAA s'efforce de tirer de la crise des enseignements forts, et de prioriser des leviers structurants. Ainsi, les priorités d'actions de l'agence concernant le secteur des personnes âgées s'articulent largement autour des enjeux de coopérations et de décloisonnements :

« Renforcer l'offre de service et l'appui sanitaire aux EHPAD, et les coopérations territoriales (mutualisations, coordinations) par un renforcement des actions de prévention, un étayage plus structuré de l'appui sanitaire aux EHPAD au sein des partenariats territoriaux dont la crise a confirmé la nécessité, un renforcement de la coordination et de la gradation des réponses à domicile, et l'amélioration de la réponse aux besoins des aidants, en lien avec la politique globale de l'agence en la matière » (Feuille de route 2021 de la DAA ARS Bretagne).

Le plan d'action de cette feuille de route (Annexe 9) concernant la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie fait également le lien avec les sujets abordés dans le cadre de ce travail. Et plus précisément, le renforcement de l'accompagnement des établissements supports de filières gériatriques dans leurs missions d'appui auprès des ESMS et du domicile par la mise en œuvre de dossiers structurant comme la mesure 5 du pacte de refondation des urgences ou le déploiement d'IDE H et GDR mutualisé(e)s en EHPAD.

1.2 Organisation institutionnelle et territoriale de la structuration coordonnée autour des parcours gériatriques

1.2.1 Gouvernance institutionnelle du champ gérontologique

La réussite de la coordination dépend en partie de l'environnement institutionnel dans lequel les réseaux intégrés s'implantent et se développent. En France, nous observons une dispersion des responsabilités entre instances étatiques, caisses d'assurance sociale et les collectivités territoriales du champ gérontologique (H. Trouvé et al., 2014). C'est-à-dire que « dans le domaine gérontologique, les modalités générales des politiques sont formulées à l'échelle nationale, tandis que leur mise en œuvre est renvoyée à des dispositifs négociés à des échelons régionaux, départementaux ou municipaux, selon le cas. » (*Ibid.*). Au niveau régional, l'Agence régionale de santé, dont les normes sont définies au niveau national, a pour rôle de créer des conditions favorables à « l'intégration des services ». La mise en œuvre des réseaux intégrés est confiée à des acteurs locaux. Sans oublier que depuis la loi de 2004, le conseil départemental se voit attribuer un rôle de « chef de fil » de l'action sociale et médico-sociale auprès des personnes âgées.

D'autre part, les outils et instruments auxquels recourent les instances nationales et territoriales obéissent à des logiques d'intervention multiples : « concurrentielles (Appel à projet, Appel à manifestations d'intérêt...), non concurrentielles (autorisation), coercitives (accréditation, tarification...) et incitatives (labellisation, certification...) » (*Ibid.*). La régulation des services gérontologiques est donc multi-instrumentale et s'inscrit dans une logique sectorielle de superposition de dispositifs et d'interventions n'ayant pas la même gouvernance. Certains sont sous la responsabilité exclusive de l'action sociale avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), d'autres issus du champ de la santé publique relevant de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ou la direction générale de la santé (DGS) (*Ibid.*). Or les organisations en silo entre institutions nationales et territoriales mais également au sein même de ces institutions ne facilitent pas la cohérence des instruments mis en œuvre et peut perdre les acteurs. Ce système est donc loin de l'exemple d'un socle d'actions publiques dont l'objectif commun est d'améliorer la coordination des soins en réduisant les frontières inter-organisationnelles et professionnelles (Denis et al, 1999, Kodner, 2010).

Il est important de prendre en compte dans la mise en œuvre de la coopération le contexte local sur le plan professionnel, organisationnel et politique. Mais néanmoins, au vu de ce constat institutionnel, il paraît alors difficile d'imaginer initier une démarche de coordination ou

d'intégration auprès des acteurs de terrain qui se retrouvent parfois confrontés à l'enchevêtrement du pilotage, de la gouvernance ou même des financements qu'ils leurs sont alloués. A titre d'illustration, l'expérimentation SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) lancée en Bretagne en 2016 avec 16 services expérimentateurs, est un véritable exemple d'intégration. Ce service assure à la fois les missions d'un SSIAD et celles à d'un SAAD par le rapprochement des deux services en un guichet unique. Mais au travers des bilans annuels rendus via les CPOM à l'ARS par ces services expérimentateurs, il ressort plusieurs difficultés de mise en œuvre et de freins à la structuration illustrant l'enchevêtrement de gouvernance qui complexifient la volonté d'intégration. En effet, les deux services n'ont pas la même tarification et ne relèvent pas du même champ. Les SSIAD font partie du secteur médico-social, avec des crédits financés par l'Assurance Maladie puis une allocation et un contrôle dépendant de l'ARS. Les SAAD rattachés au secteur social sont exclusivement financés et contrôlés par les départements. L'absence d'harmonisation des modes de financement des services et de prise en compte financière des temps de coordination nécessaires au rapprochement des deux services, rendent difficile la mise en œuvre de cette intégration. De plus, la présence de deux financeurs pour l'expérimentation, ARS et CD, ayant chacun des modalités de financement différentes, complexifie la conduite et constitue un frein sur certaines actions.

1.2.2 Une organisation territoriale censée structurer la coordination

La Région Bretagne est constituée de 8 territoires de santé (Annexe 10), créés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Ces zones « de proximité » ont vocation à servir d'espace pertinent « de l'organisation des soins pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge de l'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins primaires ». Ce découpage s'inscrit dans une volonté de faire des schémas régionaux de santé (SRS) l'outil unique de planification à l'échelle régionale et dans ce cadre, le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire pour devenir le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Une volonté de transversalité stratégique donc, avec des projets médicaux désormais territorialisés et élaborer en concertation avec les acteurs du champ de la santé, du médico-social, du social et également les usagers (V. Lucas-Gabrielli, 2010).

Parallèlement, pour venir renforcer la coopération territoriale en matière d'offre de soin et pour ancrer l'hôpital dans son territoire, la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont rendus obligatoire depuis juillet 2016 par décret d'application de la loi de modernisation de notre système de santé. Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun aux besoins de la population. Le principe est d'inciter

les établissements à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région (ARS Bretagne, 2018). Dans le même objectif que les territoires de santé, ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population. C'est pourquoi, en Bretagne, sur les huit territoires de santé se trouve un GHT. Ils sont donc au nombre de huit pour la région (Annexe 11), allant d'une constitution à deux établissements pour le GHT de Centre Bretagne (au sein du territoire de santé 8 Loudéac-Pontivy), à onze établissements pour le GHT Haute Bretagne (au sien du territoire de santé 5 Rennes-Redon-Fougères-Vitré). Ce dispositif conventionnel engage les établissements à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé (ARS Bretagne, 2018).

A cette composition territoriale et afin de formaliser les liens ville-hôpital-médico-social autour des parcours de soins, notamment des prises en charge gériatriques, s'ajoutent des organisations territoriales et coordonnées de l'offre de services de santé, sanitaire, sociaux et médico-sociaux. Entre autres, les GHT doivent développer avec l'ensemble des partenaires du territoire une organisation partagée de service aux personnes âgées et accompagner la mise en œuvre de leur projet médical gériatrique partagé. Ce projet doit établir puis poursuivre la structuration des filières gériatriques de proximité afin d'améliorer les transitions ville-hôpital et veiller à organiser l'accès à l'expertise gériatrique, géronto-psychiatrique et oncogénétique pour les acteurs ambulatoires et médico-sociaux (ARS Bretagne, 2019).

1.2.3 L'organisation de la prise en charge transversale des personnes âgées : les filières de soins gériatriques pour structurer et décloisonner les parcours

Partant de la stratégie nationale en matière de prise en charge transversale, la politique régionale remet en cause différents clivages pour favoriser des parcours de soins coordonnés : ville/hôpital, généralistes/spécialités, public/libéral, préventif/curatif, médical/social, professionnels/administrations (F.Yatim et al, 2016). En effet, l'absence d'une structuration cohérente du champ gérontologique « engendre des phénomènes de cloisonnements des services offerts aux personnes âgées » (H. Trouvé et al, 2010). Ces cloisonnements s'opèrent de manière intersectorielle, interprofessionnelle et interorganisationnelle, principalement entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, entre les professionnels de ville et ceux de l'hôpital, entre les lieux de vie « domicile » et « institution », ainsi qu'entre les organisations « publiques », « privées lucratives » et « privées non lucratives » (*Ibid.*).

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être mieux structurée sur un territoire et adaptée au caractère évolutif des besoins des personnes âgées. L'offre implique une prise en charge pluri-professionnelle organisée dans le cadre « d'un réseau de soins de proximité multi partenarial et d'une filière hospitalière » intégrant, en étroite coordination avec les professionnels de soins de ville et les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques. C'est pourquoi l'engagement vers une organisation et des coopérations centrées autour d'un parcours de vie coordonné, comprenant le soin et l'accompagnement de la personne âgée et des aidants se formalise dans les régions. L'amélioration de l'accès du patient gériatrique à un soin et à un accompagnement adapté suppose la mise en place d'une organisation territoriale en filière(s) gériatrique(s) hospitalière et non hospitalière qui travaillent de concert pour répondre à la qualité du parcours (ARS Bretagne, 2015).

L'organisation de ces filières s'appuie sur l'ensemble des acteurs et structures assurant ou participant à la prise en charge des personnes âgées au premier rang desquels les médecins et les professionnels de soins de ville. Elle intègre également les SSIAD, les EHPAD, les structures sociales comme les CLIC, les DAC (MAIA, PTA...), les SAAD mais aussi la prise en charge spécialisée en psychiatrie (géro-psi-chiatrie).

L'offre médico-sociale concerne les EHPAD, les services à domicile (SSIAD et SAAD) et les CLIC. L'offre de soins ambulatoire concerne les réseaux gérontologiques, la médecine de ville et les professionnels paramédicaux libéraux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.). L'offre hospitalière doit comporter différentes unités fonctionnelles organisées en filières de soins gériatriques :

- Un pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultations et/ou hôpital de jour gériatrique ;
- Une unité de court séjour gériatrique ;
- Une équipe mobile de gériatrie ;
- Des soins de suite pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ;
- Des soins de longue durée.

Le fonctionnement de ces structures en filière hospitalière de soins gériatriques doit permettre d'optimiser les séjours hospitaliers et d'éviter les passages inadéquats par les urgences. L'organisation coordonnée de ces niveaux de prise en charge est appelée « filière gériatrique » et est associée à l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sociaux.

1.2.4 Éléments de structuration en faveur de la prise en charge transversale des personnes âgées en région Bretagne

A) Les filières gériatriques et les équipes mobiles de gériatrie bretonnes

La région Bretagne s'inscrit dans ces orientations stratégiques et les quatre départements envisagent et tentent d'initier les coordinations des interventions en faveur des personnes âgées, notamment au travers des schémas gérontologiques initiés par les conseils départementaux. De son côté, l'organisation hospitalière repose sur 19 filières hospitalières de soins gériatriques (Annexe 1) qui couvrent près de 85% de la population bretonne âgée de 75 ans et plus (ARS Bretagne, 2015). Ces filières gériatriques hospitalières de territoire constituent un maillon indispensable censé contribuer aux parcours à titre de conseil, de recours et d'expertise gériatrique. Elle participe à la réalisation des objectifs du PRS et PTS (programmes territoriaux de santé) et à vocation à s'intégrer avec les dispositifs de coordination gérontologique des schémas départementaux. Comme nous avons déjà pu l'expliquer, c'est d'ailleurs à l'établissement filière de support de piloter et de veiller à la mise en œuvre d'un projet territorial qui doit répondre aux objectifs de la mesure 5 du Pacte de refondation des urgences, en lien avec les acteurs et partenaires du premier recours ainsi que les établissements hospitaliers du territoire de filière.

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) font partie intégrante de la filière gériatrique et gérontologique dont elles constituent un maillon important. L'ensemble de la région Bretagne est couvert par une EMG, chacune intervenant sur un ou plusieurs territoires de projets intégrés au territoire de filière. Les 18 EMG du territoire assurent trois types d'intervention : l'évaluation en services d'urgences ainsi qu'une aide à l'orientation, l'apport d'une expertise gériatrique par l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) et l'élaboration d'un projet de soins dans les services de spécialités et enfin l'évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination ville-hôpital (organisation des sorties). Les missions hospitalières sont dans l'ensemble conformes à la réglementation mais les missions de conseils et de formation, notamment en extrahospitalier (établissements médico-sociaux et domicile) sont encore à formalisées. En effet, selon une étude de l'ARS Bretagne datant de 2015, les interventions en dehors de l'hôpital support de filières sont encore peu fréquentes, moins d'un tiers des EMG est intervenu hors établissements et très ponctuellement, principalement en EHPAD. Très peu d'EMG interviennent à domicile à l'exception de Quimperlé, Saint Briec et Tréguier. Cette activité « hors les murs » mérite donc d'être développée pour favoriser le décroisement ville-hôpital mais les équipes expliquent que cette activité est très chronophage et difficile à mettre en place au regard des effectifs engagés. De plus,

même si les effectifs médicaux et infirmiers moyens sont proches de ceux préconisés par la circulaire, les disparités territoriales sont importantes.

B) Les dispositifs d'appui à la coordination

Un autre acteur constitue un élément important au sein de la filière gériatrique. En effet, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), obligatoire depuis 2019, doivent venir en appui des professionnels de santé, prenant en charge des personnes en situation et en parcours de soins complexes. Ils doivent ainsi permettre d'orienter et d'apporter des réponses adaptées entre les professionnels, quels que soient la pathologie et l'âge de la personne accompagnée. Ce dispositif vient en appui aux professionnels de santé ambulatoire (libéraux ou salariés), aux personnels des établissements de santé publics, privés et HAD ainsi que les professionnels de l'ensemble du champ social et médico-social. Les personnes et leurs aidants peuvent également solliciter les DAC pour faciliter leurs parcours en apportant une réponse coordonnée à leurs besoins. Leur rôle est donc crucial dans le décloisonnement et la coordination des acteurs intervenant dans le parcours des personnes âgées. En septembre 2020, on comptait 118 DAC constitués ou en construction sur le territoire national (panorama ANAP, septembre 2020) mais ces dispositifs sont jeunes et réunissent souvent plusieurs entités qui varient d'un territoire à une autre avec un état d'avancement très hétérogène. Cette hétérogénéité de l'offre ne favorise pas la lisibilité des missions du DAC pour les acteurs. Aujourd'hui, la région Bretagne compte 11 DAC constitués ou en cours de constitution et encore quelques MAIA et PTA autonomes, notamment sur le territoire de santé 5, Rennes-Redon-Fougères-Vitré.

C) Les groupements d'établissements, des services et l'exercice coordonné

Les groupements d'établissements et services médico-sociaux ou sociaux, type GCSMS, les groupements de professionnels de santé type CPTS et les structures d'exercices coordonnées constituent également un levier de structuration de la prise en charge transversale des personnes âgées.

L'exercice coordonné des professionnels de santé des soins de premier recours se développe depuis quelques années et favorise les échanges et la coordination entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients. Il existe aujourd'hui deux sortes de structures coordonnées : les maisons de santé pluri professionnelles (MSP) et les centres de santé pluri professionnels. En Bretagne, les MSP signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sont au nombre de 60 et les MSP non signataires sont au nombre de 71. L'ensemble des 19 filières gériatriques est pourvu de plusieurs MSP avec un maillage assez hétérogène. En effet on dénombre

21 MSP pour la filière de Rennes (78 EHPAD) et respectivement 4 MSP pour les filières de Carhaix (7 EHPAD), Douarnenez/Pont-L'Abbé (18 EHPAD), Guingamp (19 EHPAD) et Trégor-Goëlo (24 EHPAD). Nous observons donc que le nombre de MSP n'est pas corrélé au nombre d'EHPAD couverts sur la filière, alors que leur présence facilite les prises en charge pluridisciplinaires de professionnels libéraux dans le parcours du résident.

Ces organisations d'exercices coordonnées s'accompagnent d'une structuration de l'offre de soins de proximité autour notamment des CPTS. Les CPTS, créées par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, remplacent les pôles de santé et « regroupent les professionnels de santé exerçant en ville et/ou au sein d'établissements de santé assurant des soins de premier ou deuxième recours ainsi que les professionnels participants à ces missions au sein d'établissements sociaux ou médico-sociaux ». Ces communautés permettent alors « d'organiser au mieux les réponses aux soins non programmés, l'articulation entre les différents acteurs de santé, la sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment par l'anticipation des hospitalisations et la préparation des sorties d'hospitalisation, le maintien à domicile des personnes vulnérables ainsi que le développement des activités de prévention et de dépistage » (J. Saison, 2021). En Bretagne, 5 CPTS constituées sont signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel, 3 CPTS constituées ne sont pas signataires et 7 CPTS sont en cours de structuration ou en projet. La présence d'une CPTS sur un territoire de filière gériatrique semble faciliter la coopération territoriale et faciliter la gestion de crise. En effet, « deux enquêtes menées par la DGOS, en juin 2020, auprès des ARS et de 34 CPTS révèlent leur forte capacité à organiser la gestion de la crise sur leur territoire notamment en termes de gestion des équipements de protection individuelle, de diffusion et de partage de l'information entre professionnels mais également en matière d'accès aux soins par la mise en place de centres covid-19 et l'organisation de tournées infirmières par secteur » (J. Saison, 2021).

De son côté, le GCSMS est reconnu comme outil juridique de coopération à disposition des établissements et services médico-sociaux par le CASF. La spécificité des GCSMS réside dans l'objet de la coopération qu'il porte, justifiant une réglementation qui leur est propre. Leur constitution permet notamment, « l'intervention commune de professionnels, d'exercer directement les missions et prestations d'ESMS, d'assurer directement l'exploitation d'autorisations, de procéder à des fusions et regroupements, de créer des réseaux sociaux et médico-sociaux avec des établissements de santé ou des établissements de l'éducation nationale, d'être chargé d'une PUI ». En somme, ces organisations favorisent les partenariats, les coopérations et permettent le partage et les mutualisations entre établissements et/ou services. Leur plus-value pour les établissements

et services pour personnes âgées est notable et en Bretagne, 18 GCSMS constitués et en fonctionnement ont pour membres des gestionnaires d'ESMS pour personnes âgées (publics autonomes, publics territoriaux, privés à but non lucratif, privés à but lucratif...).

Malgré le nombre important de ces organisations sur le territoire breton, les territoires de santé et les filières gériatriques ne sont pas pourvus de manière homogène. En effet, certaines filières sont pourvues d'un nombre important de MSP, CPTS ou GCSMS, qui facilite la coordination des professionnels, des établissements et des services dans le parcours de soins de la personne âgée, à l'image des filières de Rennes ou de Vannes-Auray, tandis que d'autres ne comptent sur leur filière aucun groupement et seulement 4 MSP pour les structures coordonnées, comme les filières de Dinan et de Guingamp.

Deuxième partie : Ce que révèle la crise de ces organisations territoriales de coordination : réflexion autour des expériences COVID-19 au sein des filières gériatriques bretonnes

1.1 Une représentativité qui diffère d'une filière à une autre

L'organisation des réunions fut identique sur tous les territoires et les invitations ont été envoyées minimum 3 semaines avant la date de rencontre. Cependant, nous avons pu noter des différences importantes de participation d'un territoire à un autre. En effet, la représentativité des participants a été complètement exhaustive pour seulement cinq des rencontres territoriales, celles des filières de Morlaix, Lorient, Quimperlé, Dinan et Saint Brieuc.

Pour les autres rencontres, c'est l'absence d'un représentant du conseil départemental qui s'est fait le plus ressentir. Le conseil départemental du Morbihan, concerné par les rencontres de 6 filières gériatriques n'a répondu présent qu'à la rencontre des filières de Lorient / Quimperlé. Le conseil départemental des Côtes d'Armor invité pour 4 filières était absent pour celle de Trégor-Goëlo et Guingamp. Enfin, le conseil départemental d'Ille et Vilaine n'a participé à aucune des rencontres pour les filières de son département. A l'inverse, le conseil départemental du Finistère a assisté à toutes les rencontres organisées pour 3 filières de son territoire. Cette hétérogénéité de participation des conseils départementaux peut poser question puisque des établissements et services sociaux (résidences autonomie, résidences seniors, SAAD...) placés sous leur égide étaient aussi conviés à apporter leur témoignage lors de ces rencontres. Selon les témoignages des acteurs de filière, les CD ont été plus discrets pendant la crise sanitaire et certains directeurs d'EHPAD et de résidences autonomie d'Ille et Vilaine ont exprimé le sentiment de « *décalage entre le bilan que fait le département de ses actions et l'accompagnement qu'ont reçu les ESMS* ». Pourtant, le CD 35 mène également ce travail de capitalisation par une étude en cours avec l'IREPS afin de recueillir des initiatives impulsées lors de la crise sanitaire dans les établissements d'Ille et Vilaine recevant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et d'établir des recommandations pour améliorer leur accompagnement. Ces constats interrogent de nouveau le décloisonnement qui doit également s'opérer au niveau institutionnel, entre les deux instances de gouvernance du secteur médico-social, l'ARS et les conseils départementaux.

L'absence des représentants de professionnels de santé libéraux s'est également fait ressentir, puisqu'ils étaient absents pour les filières de Douarnenez/Pont-L'Abbé, Redon, Quimper, Vannes-Auray et Ploërmel-Malestroit. Pour les acteurs de la filière de Douarnenez/Pont-l'Abbé, la

coopération avec les médecins libéraux semble avoir été parfois difficile pendant la crise et leur absence paraît « *symptomatique* » au regard d'une démographie médicale sinistrée. Il faut bien entendu noter que l'horaire des réunions qui avait lieu soit de 10h à 12h soit de 14h à 16h n'était pas forcément en adéquation avec les modalités de travail et les disponibilités des professionnels libéraux. Cette absence va pourtant à l'encontre de la logique d'une coopération territoriale efficace, quand on sait que le médecin traitant tient un rôle central de premier recours. Il est l'adresseur et le prescripteur tout au long du parcours gériatrique et ce que le patient soit à domicile ou en établissements sociaux ou médico-sociaux. Ainsi, si les médecins ne prennent pas part à ce dialogue territorial, les initiatives mises en place risquent d'être « *vaines* ». De plus, les structures d'exercices coordonnées ou les groupements de coopération de professionnels de santé libéraux, conviés lorsqu'ils étaient constitués sur le territoire, ont été peu nombreux à répondre à l'appel. Pourtant, ces organisations permettent d'organiser des ressources professionnelles diversifiées auprès des usagers et pallier des déséquilibres territoriaux de proximité.

Des logiques d'acteurs peuvent expliquer la présence hétérogène des participants sur les différentes filières. En effet, le pilotage officieux ou non de la coopération intersectorielle sur un territoire peut être entrepris par différents acteurs. Par exemple pour les filières de Lorient / Quimperlé, c'est l'HAD de l'Aven qui a rapidement pris parti de coordonner la coopération territoriale pendant la crise. Sur d'autres territoires se fut davantage le DAC, comme pour Quimper-Châteaulin et Douarnenez/Pont-L'Abbé. Enfin c'est le centre hospitalier qui a joué un rôle pivot sur certains territoires, à l'image de l'organisation initiée sur la filière de Dinan. Les spécificités de chaque territoire, ses ressources disponibles, son histoire et les logiques d'acteurs qui s'en dégagent sont importantes à prendre en compte dans la coopération des parcours gériatriques. L'uniformité et l'organisation unique n'existe et n'existeront pas, « la coordination étant tributaire des interactions entre les acteurs, elle se devait d'être appréhendée d'abord au niveau local, tant lors de la conception des dispositifs que lors de leur mise en œuvre » (Denis et Langley, 2002).

1.2 La reconnaissance de l'utilité de l'appui sanitaire en établissements et services médico-sociaux mais des disparités territoriales importantes

1.2.1 Le rôle de l'IDE Hygiène et gestion des risques mutualisé(e)s en EHPAD

L'ensemble des acteurs de filières rencontrés reconnaissent l'utilité d'un appui et d'une expertise gériatrique pour améliorer les parcours de la personne âgée mais également pour faciliter la gestion de crise. La compétence hygiène, qui se développe depuis quelques années en ESMS, semble s'être révélée aux équipes comme essentiel pour répondre aux besoins actuels des structures, en lieu de vie comme à domicile. La gestion de la pandémie de COVID-19 a mis en

évidence un besoin aigu d'appui des EHPAD en matière de prévention et de prise en charge du risque infectieux afin, d'une part, de prévenir le risque épidémique en période de forte circulation d'un virus et, d'autre part, de limiter le nombre d'hospitalisations induites par un épisode infectieux. Si le CPIAS et les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière ont été fortement mobilisés pendant la crise, il apparaît essentiel de pouvoir faire bénéficier les EHPAD directement de ressources expertes. C'est pourquoi, l'ARS finance depuis 2015 le déploiement de postes d'infirmier(e)s hygiénistes mutualisé(e)s en EHPAD coordonné en réseau par le CPIAS. Leur mission est d'appuyer ces derniers dans leur démarche de maîtrise du risque infectieux en déclinaison du programme national de prévention des infections associées aux soins (IAS) dans les établissements médico-sociaux (EMS). Au total, 13 postes d'IDE H ont été pérennisés par certains établissements moyennant un autofinancement à la suite du premier dispositif d'amorçage lancé en 2015. En 2020, en pleine crise sanitaire, l'ARS a souhaité généraliser ce dispositif à l'ensemble du territoire breton et l'ouvrir à la gestion des risques afin d'outiller les établissements pour la gestion de leurs événements indésirables associés aux soins. Ce dispositif qui est porté par les établissements de santé supports de filières gériatriques à vocation à être déployé au profit de l'ensemble des EHPAD de la région Bretagne (hors EHPAD hospitaliers, déjà bénéficiaires d'une EOH hospitalière) grâce au recrutement de 29 nouveaux postes d'IDE H et GDR.

Les différents témoignages que nous avons recueillis montre que le rôle de l'IDE Hygiéniste s'est révélé aux EHPAD pendant la crise comme une compétence indispensable aux EMS. Néanmoins, si beaucoup d'EHPAD témoignent d'une « *révélation* » et d'interventions « *salvatrices* » au sein de leur établissement, soit pour aider à résoudre des épisodes de clusters soit pour prévenir l'apparition et la circulation du virus, la volonté d'un maillage régional dans tous les EHPAD n'est pas encore atteinte. Certains établissements hospitaliers supports de filière possédaient avant la crise, un réseau hygiène intervenant en ESMS déjà connu et reconnu sur le territoire, ce qui a facilité leur déploiement lors du nouveau dispositif d'amorçage initié pendant la crise. C'est le cas notamment du RHEMS (Réseau hygiène pour établissements médico-sociaux) du centre hospitalier du pays de Morlaix, du réseau de l'EOH du CH de Dinan en place auprès de 12 EHPAD depuis 2015 ou encore du réseau porté par l'EOH du CH de Guingamp mis en place dès 2013 en partenariat avec 15 EHPAD de la filière. A l'inverse, pour d'autre territoire, la ressource était pratiquement inexistante avec une EOH n'intervenant presque qu'exclusivement en intra hospitalier. Le recrutement des IDE, dans le cadre du financement octroyé fin 2020, est aujourd'hui toujours en cours pour certains établissements et certains recrutements sont effectués sans prises de postes effective à ce jour. Bien entendu, la ressource et les candidats ne sont pas évident à trouver. Sur ces territoires, les EHPAD ont souvent fait jouer leur propre ressource, avec des IDE formées au DU hygiène au sein de leurs équipes mettant un avant un véritable besoin d'expertise

sur la prévention du risque infectieux. Selon une directrice d'EHPAD rencontrée, il n'est pas possible de mettre les établissements médico-sociaux sur le même niveau que le sanitaire mais l'appui et l'acculturation sur la prévention des risques et l'hygiène semble essentiel et le contexte sanitaire l'a mis en lumière. A ce jour, 66% des EHPAD bretons, hors EHPAD hospitaliers, sont couverts par un dispositif d'IDE hygiène et gestion des risques (ARS Bretagne, 2021).

Outre ces disparités territoriales, une véritable problématique de financement est mise en exergue lors de nos rencontres. En effet, le financement des postes étant annoncé pour une durée de deux ans, « *certaines EHPAD freinent leur inscription dans le dispositif par crainte de ne pouvoir maintenir les postes à la suite des crédits d'amorçage* », souligne le médecin hygiéniste du CH centre Bretagne. Cette interrogation quant à la pérennité des financements ARS et la crainte des désengagements que cela pourrait engendrer de la part des EHPAD, qui devraient ensuite financer la démarche, sont prégnants. Le médecin hygiéniste du CH de Dinan alerte sur la nécessité d'une dotation permanente en lieu de vie car la maîtrise du risque infectieux est indispensable en période de crise comme en période ordinaire (gastro entérite, gal, grippe, légionellose...). D'autres part, les IDE H recruté(e)s dans le cadre de ce dispositif et non formé(e)s au DU hygiène, le sont ou le seront, par conséquent il y a donc un véritable enjeu stratégique et financier à préserver leurs postes. De surcroît, pour réussir à recruter, certains établissements de santé ont eu recours à des contrats à durée indéterminés

Par ailleurs, la compétence « gestion des risques » imputée à ces IDE mutualisé(e)s pose question. En effet, c'est une expertise que les hygiénistes ne développent pas dans leur formation et au cours de leurs missions, dévolues à la prévention du risque infectieux. Le médecin hygiéniste de l'EOH de Saint Malo souligne que « *la gestion des risques est un métier à part entière plutôt porté par des qualiciens, plus légitimes sur ces fonctions* ». Nous observons donc un manque de cohérence dans les demandes de missions de ces IDE, malgré la demande de l'ARS faite auprès du GCS CAPPs pour les faire évoluer sur cette fonction. La priorité bien inscrite, identifiée et appartenant au champ de compétence de ces professionnels est bien la prévention et la gestion du risque infectieux.

Il est également important de mettre en avant, qu'une minorité de réseau hygiène viennent en appui dans les structures non médicalisées (résidences autonomie, résidences seniors...) ou à domicile auprès des équipes de SAAD ou de SSIAD. Ce constat a été fait par plusieurs acteurs du domicile, décrivant leur absence dans le dispositif et soulignant la nécessité de cette compétence auprès de leurs équipes, au minimum lors d'épidémies saisonnières et dans un contexte de crise sanitaire exceptionnelle. Seuls les services de soins et d'accompagnement à domicile de la filière de Guingamp saluent la réactivité du réseau et son implication pendant la crise. D'autres services

et structures non médicalisées ont bénéficié de cette compétence grâce à des IDEC formées en amont à un DU hygiène mais ils représentent une très petite minorité des services rencontrés.

Les expériences vécues ont été très différentes d'un EHPAD à un autre, chacun ayant son expérience et sa configuration. Sans omettre les caractéristiques de « lieu de vie » des ESMS, l'appui et l'acculturation sur la prévention des risques et l'hygiène avec les établissements de santé est décrit à l'unanimité comme un véritable besoin. L'EHPAD Sainte Bernadette, rattaché à la filière de Morlaix, met en évidence le besoin d'un appui hospitalier pour appréhender une culture sanitaire et former le personnel à certaines pratiques (port des EPI, actes techniques, utilisation des DM...) en période de crise mais également en période ordinaire au vu de la médicalisation grandissante des EMS. En ce sens, il semble alors important de rappeler que « bien évidemment, les ESSMS se doivent d'assurer à la fois une qualité de vie sociale et relationnelle exemplaire, mais ne doivent en aucun cas négliger la qualité du soin et de la santé de ceux qu'ils accueillent » (E. Zolla, 2018). Enfin, le dispositif d'IDE H et GDR peut être la porte d'entrée à d'autres partenariats et d'autres coopérations, ce constat a été fait par une gériatre du CH de Dinan qui explique que « *le réseau hygiène permet une véritable connaissance et une bonne communication avec les EMS, ce qui favorise le projet d'externalisation de l'équipe mobile de gériatrie* ».

1.2.2 Des astreintes gériatriques et des équipes mobiles de gériatrie plus ou moins sollicitées selon les territoires

Depuis plusieurs années, la volonté d'externaliser les équipes mobiles de gériatrie vers le domicile et les établissements médico-sociaux favorisant l'accès à l'expertise gériatrique se heurte à des difficultés de mise en œuvre. Nous avons observé précédemment que les EMG du territoire breton n'avaient pas toutes le même niveau de maturité et n'offraient pas le même appui extrahospitalier. Ce constat s'est confirmé au cours des rencontres territoriales au sein des territoires de filières gériatriques.

En effet, si une majorité des EMG offraient expertise et appui à distance aux ESMS, principalement par le numéro d'astreinte gériatrique, une minorité d'équipes a eu la possibilité de se déplacer sur site pour venir en soutien des équipes en institutions ou à domicile. Bien entendu, les appels pour conseil et avis font partie du bouquet d'offre des « interventions extrahospitalières », cependant pour les acteurs interrogés l'impact des interventions sur site n'est pas du tout le même. Par exemple, l'équipe mobile du CHBA de Vannes s'est déplacée en binôme (une IDE et une gériatre) dans un grand nombre d'établissements médico-sociaux. Pour les bénéficiaires, ces interventions dans le cadre de la crise ont permis de « *faire capitaliser dans chaque ESMS les expériences déjà rencontrées par d'autres structures* ». La présence sur site a également beaucoup « *rassurée* » les équipes et les résidents puis à engendrer une mise en place

rapide des mesures et de l'organisation à mettre en place au sein de l'établissement. Outre l'apport indéniable de ces interventions en période de crise, une directrice d'EHPAD ajoute que « *même en période ordinaire ces interventions permettent de maintenir le lien avec l'hôpital, de faire hospitaliser certains résidents en évitant un passage aux urgences ou d'éviter certaines hospitalisations. Ce lien est donc à pérenniser afin de faire collaborer l'hôpital et les ESMS* ». Les interventions de certaines EMG pendant la crise, ont donc mis en exergue le besoin permanent de cette expertise au sein des EHPAD, qui pour certains n'y faisaient « *jamais appel* ».

Peu de temps après le début de la crise sanitaire, l'obligation pour les établissements supports de filières sanitaires de mettre en place un numéro d'astreinte gériatrique a été décrété. Ce numéro d'appel était censé répondre aux interrogations des professionnels des EHPAD, médecin traitant libéraux, médecin coordonnateur ou IDEC quant à des situations complexes au sein de leurs établissements (clusters, repérage des symptômes, organisation de dépistages...). Certains établissements ont fait le choix de basculer cette astreinte sur un numéro déjà existant et identifié par les acteurs du territoire. C'est le cas notamment pour les filières de Saint Malo ou de Vannes-Auray. Cette préexistence a souvent été de pair avec une sollicitation plus importante de la part des ESMS.

Selon le gériatre référent de filière au CH de Saint Malo, les acteurs sont plus nombreux à solliciter une ressource si elle est mise en place grâce à la « *capitalisation des outils et des partenariats existants, à l'image de la hotline gériatrique mise en place via le numéro « Nuage » connu et utilisé depuis quelques années* ». Néanmoins, dans une grande majorité des cas, l'astreinte gériatrique a été peu sollicitée. Selon une enquête nationale multicentrique ENCOPAD, réalisée auprès de 700 EHPAD après la première vague de la pandémie et selon des « *résultats préliminaires bruts* » à croiser avec la situation épidémique des EHPAD participants, plus de la moitié d'entre eux soit 53.2% n'ont pas fait appel à la Hotline (apm news, décembre 2020). Différents arguments sont mis en avant par les acteurs rencontrés pour expliquer ce phénomène. Plusieurs directeurs d'EHPAD de la filière Douarnenez Pont l'Abbé exprimant lors de notre rencontre que « *cette faible sollicitation peut être expliquée par le fait que lorsque les acteurs de ville font appel à la ressource sanitaire, ils souhaitent davantage un examen clinique ou une place à l'hôpital qu'un conseil ou un appui à distance* », considérant que pour avoir une bonne évaluation médicale, l'examen clinique est essentiel. Ce constat fait écho au besoin d'externalisation de l'EMG hospitalière, à distance (appels, télémedecine...) mais également sur place pour une évaluation complète des besoins du résident. D'autres acteurs mettent en cause le manque d'identification de cette ressource auprès des ESMS de leur filière. Le référent administratif de la filière de Fougères, pour qui l'astreinte a été peu sollicitée, met en « *évidence l'importance d'améliorer la communication sur le numéro d'astreinte ou sur les dispositifs de rencontre que le CH initie* ». Nous pouvons également ajouter

Félyse LAUNAY - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2020-2021 34

qu'un nombre non négligeable d'EHPAD, n'ont accès à cette astreinte gériatrique que par le biais des médecins libéraux puisqu'ils ne se sont pas pourvus de médecin coordonnateurs et/ou d'IDEC.

Pour autant, l'ensemble des acteurs saluent le décloisonnement hôpital/ESMS qui s'est opéré pendant la crise sanitaire que ce soit en terme « *d'interconnaissance* », de « *communication* », « *d'appui* », de « *soutien* », de « *partage d'expérience* » ou de « *mutualisation de ressources* ». Aujourd'hui, une majorité des EMG souhaite s'externaliser davantage, soit par une intervention de l'équipe en extra hospitalier sur site auprès des ESMS, soit par le développement de l'offre de télé-médecine (télé-expertise, téléconsultation, web conférences...) ou encore par la mise en place de formation aux spécificités gériatriques à destination des ESMS.

1.2.3 L'hétérogénéité des interventions de l'HAD pendant la crise sanitaire

Le rôle joué par l'HAD auprès des établissements et services pour âgées pendant la crise, a fortement varié d'une filière à une autre. Certaines structures prodiguant seulement du conseil et de l'appui téléphonique quand d'autres se sont rendues sur place pour soutenir des établissements en plein cluster par le biais de prises en charge soignante et/ou du prêt de matériel (aspirations, oxygénothérapie...). Sur la filière de Lorient, l'HAD a joué un véritable rôle d'appui, par ses interventions mais également par ses conseils et son expertise auprès des ESMS. La mise à disposition d'outils et de matériel par l'HAD aux établissements, « *qui n'étaient pas forcément utilisés mais qui ont permis d'anticiper les besoins et de rassurer les équipes, a été aussi capital que nos interventions sur place* », souligne le médecin directeur de l'HAD de Lorient. A noter que cette HAD jouit d'une ressource humaine particulièrement bien armée, de 5 médecins coordonnateurs, de 5 psychologues, d'infirmières spécialisées (plaies et cicatrisation, hygiène), d'une vingtaine d'IDE effecteurs de soins et de beaucoup d'autres ressources humaines facilitant l'organisation et le fonctionnement de la structure. La situation est bien différente pour d'autres HAD, comme pour celle de Dinan portée par l'AUB Santé, pour laquelle des « *tensions RH structurelles compliquent l'intervention et les prises en charge hors des files actives* », situation exacerbée par le contexte sanitaire. En effet, sur l'HAD de Dinan, il manque 5 IDE, 1 médecin et 3 aides-soignantes pour « *assurer correctement les soins, ce qui a des répercussions sur la qualité des prises en charge y compris sur la file active* ». Les HAD de Pontivy et Morlaix également portées par l'AUB sont donc venues en renfort pendant la crise pour assurer la continuité de soins. A noter qu'au sein du même groupe, les cinq HAD portées par l'AUB sur le territoire font face à des disparités importantes, avec des logiques d'acteurs et de communications entre structures variant d'une HAD à une autre.

Cette hétérogénéité des interventions de l'HAD sur chaque territoire, résulte également de modèles économiques différents. Plusieurs HAD, comme celle de Quimper, n'ont pas d'IDE effecteurs de soins et conventionnent exclusivement avec des IDE libéraux, ce qui peut réduire la

marge de manœuvre pour sortir de la file active et mettre en place certaines prises en charge dans la mesure où les libéraux sont déjà très sollicités. Des dérogations réglementaires instaurées dans le cadre de la crise ont facilité les recours à l'HAD pour les ESMS : suspension de l'obligation de 7 jours de prise en charge par un SSIAD avant intervention de l'HAD à domicile, suspension de l'obligation de conventionner avec l'ESMS avant intervention et enfin possibilité d'intervenir sans accord du médecin traitant. Ces dérogations sont unanimement saluées par les acteurs et ont permis un grand nombre d'interventions auprès des personnes âgées et les acteurs souhaitent pérenniser ces nouvelles modalités de recours. En effet, ces modalités facilitent l'anticipation et permettent d'éviter certaines hospitalisations. Pour autant, les difficultés structurelles de modèle et de structuration RH ne permettent pas de répondre aux demandes malgré un contexte de recours facilité et certaines HAD se sont senties « *frustrés de ne pas pouvoir intervenir mais les limites organisationnelles ont freiné beaucoup de recours* ». Néanmoins, selon les acteurs, cette crise a ouvert à davantage de partenariats (conventions, protocoles...) entre l'HAD et les EMS accueillant des personnes âgées. Le développement de cette « *coopération souple et efficace* » est indispensable pour « *maintenir les personnes dans leur lieu de vie en faisant intervenir des ressources sanitaires externes et la capacité de l'hôpital à intervenir hors les murs doit se développer* ». Pour l'HAD centre Bretagne intervenant sur la filière de Pontivy, la deuxième vague a été particulièrement chargée, avec 85 patients par jour au plus fort de la crise contre 35 patients en première vague, soit une augmentation de 66 % de l'activité. Au premier trimestre 2021, ils ont pu noter une augmentation de 43% de l'activité sans aucune prise en charge de patients covidés, c'est pour la responsable des soins une preuve de la meilleure lisibilité de l'HAD sur le territoire.

1.2.4 La géro-psycho-geriatrie : ressource indispensable au sein du parcours

Le rôle de la psychiatrie doit répondre à trois niveaux d'intervention pendant la crise : auprès des patients atteints de troubles psychiatriques hospitalisés, auprès des patients en établissements sociaux et médico-sociaux et enfin auprès de la population générale. Il est important de rappeler que pour géro-psycho-geriatrie, la prise en charge des troubles psychiatriques est différente de celle nécessaire aux troubles neurodégénératifs comportementaux ou cognitifs, fréquents chez les personnes âgées. Une évaluation réalisée par une équipe spécialisée est donc primordiale afin de distinguer les troubles psychiatriques des troubles cognitifs dans le but d'adapter la prise en charge et ce que la personne soit hospitalisée en MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), à domicile ou en EMS. Pour les acteurs, les territoires dotés d'une unité cognitivo-comportementale ont un accès à la prise en charge des troubles neurodégénératifs et cognitifs plus adapté. Il y a neuf UCC sur la région, environ une par GHT et leur absence sur certains territoires a été soulignée. A l'image de la filière de Guingamp ou du GHT Haute Bretagne, regroupant quatre filières gériatriques pour une seule UCC sur le site du CHU de Rennes. De surcroît, dans un contexte

d'isolement et de confinement, le problème de la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs et déambulants était particulièrement prégnant et ont laissé les équipes face à des questionnements éthiques importants.

La ressource géronto-psychiatrique est un maillon essentiel du parcours de la personne âgée mais outre les UCC, l'offre présente des disparités territoriales importantes qui ne favorisent pas toujours les coopérations entre acteurs. Sur la région, seulement deux pôles de géronto-psychiatrie semblent avoir répondu à l'enjeu de la coopération territoriale pendant la crise. La fondation Bon Sauveur, dont dépendent les filières gériatriques de Trégor Goëlo et Guingamp, est un acteur connu et reconnu sur le territoire dans le domaine de la géronto-psychiatrie. Leur service de 20 lits pour personnes âgées fonctionne en cours séjour pour être « *le plus actif possible et ainsi rendre service au plus grand nombre* ». Leur équipe mobile intervient régulièrement dans les EHPAD mais également à domicile. La fondation Saint Jean de Dieu, intervenant sur les filières de Saint Briec et de Dinan, est constituée en filière psychiatrique du sujet âgé via un hôpital de jour pour personnes âgées de 12 places, une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) et une unité d'hospitalisation complète de 20 lits. Selon les participants à la rencontre de Dinan, les liens entre la fondation Saint de Dieu et les acteurs de la filière gériatrique sont restés continus pendant la crise, notamment grâce à l'UCC du CH de Dinan. Près de 30 établissements ont signé une convention avec la filière psychiatrique du sujet âgé de la fondation et l'antériorité de sa structuration a facilité la gestion de crise. De son côté, L'EPSM Etienne Gourmelen, dont les filières de Quimper-Châteaulin et Douarnenez-Pont l'Abbé dépendent, met en avant une baisse de la sollicitation de la part des établissements et une baisse de leur activité (fermeture des hôpitaux de jour) pendant la crise. Pourtant bien implantés auprès des ESMS du territoire, le numéro d'appel à disposition des ESMS depuis l'hiver 2019 et l'équipe mobile de l'EPSM ont également été très peu sollicités. Néanmoins, certains établissements médico-sociaux des deux filières regrettent « *l'intervention tardive de l'équipe mobile* ». Les dispositifs sont connus mais les interventions sollicitées en ce printemps 2021 paraissent décalées et auraient eu plus d'impact pendant la crise.

Sur d'autres territoires, la coopération et l'accès à la ressource psychiatrique est moins évidente pour les ESSMS. Par exemple, sur la filière de Vannes Auray, certains EHPAD mettent en avant l'accès difficile à l'EPSM du Morbihan à Saint Avé, qui gère les UHR et dont « *les possibilités de recours sont beaucoup moins lisibles* ». Ils notent également « *un soutien psychiatrique manquant pour les troubles cognitifs* ». A noter que l'EPSM du Morbihan fait face à des tensions RH prégnantes sur la partie médicale. Mais c'est pour la filière de Redon que la situation est la plus alarmante avec un déficit important de l'appui géronto-psychiatrique. Certains EHPAD tentent de trouver appui auprès du CH Guillaume Régnier mais ce dernier les renvoie vers leur secteur de rattachement. En effet, les EHPAD de la filière dépendent du CH de Redon pour cette ressource mais l'offre et les

moyens de l'hôpital ne sont pas suffisants pour répondre au besoin des ESMS. Le CMP et l'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie du CH n'ont d'ailleurs aucune prise en charge spécifique et dédiée à la personne âgée.

1.2.5 Nécessité d'ouvrir l'appui sanitaire aux services à domicile et aux structures non médicalisées

Sur l'ensemble des territoires de filières rencontrés, le constat est unanime : le soutien devrait s'ouvrir davantage auprès des services à domicile et des structures non médicalisées. Selon la responsable du pôle animation territoriale de la DD des Côtes d'Armor, cet axe d'amélioration « *serait davantage en adéquation avec la volonté politique du maintien à domicile* ». En effet, une majorité d'entre eux expriment le sentiment d'avoir été « *isolés* » voir « *oubliés* » pendant la crise sanitaire et ce de manière très prégnante en première partie de pandémie. Ce « *manque de considération* » a parfois laissé les professionnels en grande difficultés pour prendre en charge des personnes âgées fragiles à domicile ou en hébergement non médicalisé. Par ailleurs, au niveau institutionnel, l'appui des établissements de santé a surtout été ciblé vers les EHPAD afin qu'ils puissent s'appuyer sur une organisation territoriale et bénéficier des ressources nécessaires. Malgré le nombre important d'autres établissements et services prenant en charge des personnes âgées vulnérables ayant également besoin de cet appui et de l'accès à ces ressources territoriales. A noter que les structures non médicalisées sont nombreuses dans la région Bretagne et représentent donc de nombreuses personnes âgées. Par exemple, dans le département du Morbihan, on dénombre 31 résidences autonomie, 15 résidences services, 17 Petites Unités de vie, 22 communautés religieuses et 50 domiciles partagés soit 135 structures au total.

Certains services à domicile n'ont pas ressenti de changement dans la coopération avec l'hôpital pendant la crise, avec lequel il a été parfois difficile d'avoir des informations concernant les patients hospitalisés et pris en charge habituellement par leurs services. Il faut rappeler que dans la majorité des cas, l'astreinte gériatrique et l'EOH ne sont pas à disposition des SAAD et des SSIAD. En effet, cette hot line téléphonique est destinée aux médecins libéraux ou coordonnateurs, voire aux IDEC si l'EMS n'est pas pourvu d'un médecin coordonnateur. Par conséquent, les SAAD et les SSIAD ont été « *exclu* » de cette offre. Le président du conseil national professionnel (CNP) de gériatrie, rappelait à l'occasion d'un article d'apm News, que l'un des « *point faible* » de cet appui territorial restait le domicile : « *Si ces hotlines ont pu indiscutablement apporter une contribution auprès des établissements médico-sociaux, même si un certain nombre n'ont pas su les solliciter lors de la première phase, force est de constater que le domicile est resté un peu orphelin, et on peut s'interroger sur les personnes isolées à domicile* ». Ces propos corroborent avec ceux recueillis lors de nos rencontres, notamment ceux d'une directrice de résidence autonomie à Montfort, qui

déplorait le fait que « *les résidences ne sont pas connues de la filière gériatrique hospitalière et celles qui n'apparaissent pas dans les listings de diffusion doivent « se battre » deux fois plus en situation de crise* ».

Pourtant la crise a fait « *sauter plusieurs verrous* » et certains acteurs de services à domicile ou de structures non médicalisées ayant reçu un appui sanitaire pendant la crise ont exprimé l'effet salvateur de ce soutien. Par exemple, lors de la rencontre des acteurs de filière de Vannes-Auray, les résidences autonomes n'ont pas exprimé ce sentiment d'isolement car plusieurs d'entre elles ont pu bénéficier du soutien de l'EMG et de l'intervention d'une IDE hygiéniste de l'EOH en cas de clusters. Grâce à ce soutien et après un premier cluster en novembre 2020, une des résidences autonomie du territoire a pu compter sur la mise en place très rapide du réseau lors d'un deuxième cas COVID déclaré en janvier qui a ainsi pu rester isolé. Bien entendu, ces structures n'ont pas un besoin constant d'appui sanitaire mais mettent en avant la nécessité de faire « *jouer les solidarités territoriales* » lorsqu'un établissement se retrouve en situation de crise. Dans cette logique, lors de la rédaction par la direction adjointe veille et de la sécurité sanitaire, de la convention type relative aux interventions des IDE H et GDR en EHPAD, qui devra être signée entre l'établissement sanitaire support et l'EHPAD bénéficiaire, cette modalité a été clairement identifiée. Cette convention stipule donc dans un de ses articles qu'« à titre exceptionnel, une contribution solidaire du dispositif auprès d'établissements en situation de crise sur le plan infectieux mais ne relevant pas du périmètre d'intervention défini initialement (ex : résidences autonomie, résidences sénior, MAS, foyers de vie...) » devra se mettre en place (Convention-cadre, ARS Bretagne, 2021).

1.3 Une organisation territoriale graduée au service des ESMS et du Domicile

1.3.1 Mise en place des mesures de protection renforcées au sein des établissements hébergeant des personnes âgées

Pour faciliter l'accès à une ressource d'information adaptée aux besoins des professionnels de santé dans le contexte COVID 19, il a été mis à disposition un ensemble de services portés par le CPIAS et le GCS CAPPs Bretagne.

L'équipe du CPIAS se rendait disponible pour accompagner les ESMS lors de la survenue de cas suspects/confirmés COVID 19 en semaine, par téléphone et par mail et le weekend grâce à une astreinte joignable via la cellule de crise de l'ARS. L'appui du CPIAS a été à de nombreuses fois plébiscité par les acteurs, comme les services à domicile des filières Trégor-Goëlo / Guingamp, le CH2P (hôpital de proximité sur la filière de Briec) ou encore les EHPAD de la filière de Saint Malo, et de Quimper-Châteaulin. Le médecin du CPIAS s'étant même exceptionnellement déplacé sur site

dans le cadre de certains clusters, comme pour l'EHPAD Le Steir dans le finistère (filiale de Quimper-Châteaulin).

Un site internet dédié a été mis en place par le GCS CAPPs dans le cadre de la crise sanitaire, à destination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Ce site publie les vidéos des web conférences ESMS organisées sur le territoire de santé 5 et 1, les rendant ainsi accessible à l'ensemble des professionnels de la région. Ces web conférences abordent des sujets de la gestion de crise en ESMS, comme par exemple la vaccination ou la gestion des visites et sorties PA/PH et permettent l'accès à une expertise, à des informations communes et une interaction directe concernant les interrogations des acteurs. Les bénéficiaires de ces web conférences ont été unanimes sur leur utilité. Elles « *ont joué un rôle catalyseur dans l'accompagnement des acteurs face à leurs interrogations et à leurs questionnements* », explique la pilote de la MAIA Haute Bretagne rencontrée. Le site du GCS CAPPs renvoie également vers la plateforme « EMBRUNS », espace mutualisé breton des ressources d'intégration en santé dédiés aux professionnels des différents secteurs, mise en place début 2020 par l'ARS en lien avec le GCS CAPPs, le CPIAS et le CREAL Bretagne. Ses objectifs sont d'informer les professionnels du domicile et des établissements sur les bonnes pratiques en matière de prévention et gestion des risques et de la qualité dans les ESMS, de constituer un outil support de la gestion de crise, de répondre aux questionnements des professionnels et de partager les bonnes pratiques et les ressources de son territoire. L'outil partagé et le canal institutionnel unique que peut représenter cette plateforme est intéressant dans une logique de coordination des acteurs via le partage d'informations, la lisibilité et l'identification des dispositifs mais aussi l'amélioration de l'interconnaissance des acteurs. Cependant seuls deux participants à nos rencontres territoriales ont mentionné sa consultation et son utilisation.

En effet, pour la grande majorité de nos acteurs, la profusion et la confusion d'information émanant des institutions a rendu l'application des réglementations particulièrement difficile, comme le témoigne cette directrice d'EHPAD : « *Tout le monde a été pris de cours, avec des recommandations tardives, des décalages, parfois des annonces médiatiques avant la diffusion officielle et des familles très demandeuses* ». Un seul protocole pouvait être relayé à la fois par l'ARS siège, la DD, le CD voir envoyé à plusieurs reprises par la même institution. Pour la directrice du CIAS de Lamballe (filiale de Saint Briec) il a été « *difficile de s'adapter aux nombreuses consignes et réglementations, évoluant très vite et étant parfois en contradiction d'une institution à une autre* ». Ce constat a été illustré à plusieurs reprises par les services à domicile expliquant que les réglementations du ministère de la santé ne rendaient pas obligatoire le port du masque FFP2 lors de l'intervention au domicile du professionnel tandis que l'inspection du travail, de laquelle dépendent également les SAAD, l'a déclaré obligatoire au printemps 2021. Cette contradiction a créé des problématiques pour les responsables de services, craignant des sanctions juridiques à la

non application des injonctions de l'inspection du travail. Le personnel a aussi été impacté par ces contradictions, engendrant des réactions de « sur-sécurisation » pour certains voulant porter un masque FFP2 en permanence malgré les explications de l'ARS, et parfois de l'EOH de proximité.

1.3.2 Les réunions territoriales de crise : une mise en réseau indispensable en période de crise comme en période ordinaire

Au fil de nos rencontres et des témoignages recueillis, nous avons pu identifier la mise en place de nombreuses « cellules territoriales » initiées dans le cadre de la crise sanitaire, et ce à différents niveaux de coopération. Des réunions à l'initiative de l'ARS, qui selon les départements, ont mis en place des cellules territoriales d'appui animées par les DD et réunissant les représentants des filières gériatriques, le DAC, l'HAD, les soins palliatifs, les représentants de professionnels libéraux et les acteurs sociaux et médico-sociaux. Ces initiatives ont vu le jour en Ille et Vilaine, où la DD a organisé des réunions hebdomadaires avec les établissements et services, pour qui ces échanges ont « *été indispensable pour les sortir de l'isolement* ». Mais également dans le Morbihan, dont les visioconférences de la DD à destination des acteurs du parcours PA venaient « *compléter le processus en coordonnant toutes les actions* » mises en place.

De nombreuses réunions à l'initiative des acteurs ont également vu le jour. Tout d'abord à l'échelle de la filière gériatrique, souvent impulsées par les CH ou les DAC. Le CH de Saint Malo qui a mis en place une cellule d'appui aux EMS avec les représentants médicaux, l'HAD, SOS médecin et les EMS afin de « *construire des feuilles de route et de déterminer les missions de chacun* ». Selon le gériatre référent de cette filière « *le lien ville et hôpital via les cellules a créé une cohérence sur le territoire afin de repérer et de solliciter* ». Le CH de Dinan a également organisé des réunions hebdomadaires ouvertes à tous les acteurs de la filière qui ont permis de faciliter la gestion de crise, cet « *espace d'échange qui permet d'identifier les ressources mobilisables en repérant qui fait quoi et qui intervient dans quels établissements* ». Le CH du Pays de Morlaix met également en avant l'importance des réunions réunissant les urgentistes, l'HAD et les EHPAD afin de répondre aux interrogations « *de qui transférer et à quel moment ?* ». Face à ces interrogations, la question de l'anticipation est majeure et tenter de coconstruire des plans d'actions ainsi qu'une ligne directrice est primordial. Dans le cadre de ces échanges, des initiatives ont été mises en place comme l'élaboration de « *fiches patients* » en amont de l'hospitalisation afin d'aider à la prise en charge et à l'orientation. Sur la filière de Pontivy-Loudéac, l'HAD centre Bretagne a beaucoup apprécié sa participation aux cellules territoriales. En deuxième partie de crise, ils ont beaucoup travaillé sur la communication en s'associant au CHCB avec l'organisation de webinaire commun avec les ESMS du territoire, à raison d'une heure tous les 15 jours. La MAIA Haute Bretagne et la PTA Appui santé Pays de Fougères (filiale de Fougère-Antrain) ont mis en place une cellule territoriale COVID

réunissant les acteurs du territoire. Cette dernière a été très appréciée et les ESMS étaient nombreux à consulter les comptes rendus reprenant les pistes et les liens possibles à initier entre établissements.

Pour le territoire de santé 4, c'est à l'échelle du GHT Brocéliande atlantique et de ses deux filières que s'est initiée cette cellule pour le partage d'information, des besoins et des ressources à destination des ESMS du territoire. Cette mise en place hebdomadaire d'une cellule de crise médico-sociale avec les porteurs des deux filières gériatriques, le DAC, l'HAD, les professionnels libéraux et les ESMS a été très appréciée. L'objectif premier du CH de Vannes était d'identifier les établissements, les cartographier puis de partager l'information avec la Clinique des Augustines et l'ensemble des acteurs du territoire.

Mais loin d'être hospitalo-centrée, cette forme d'organisation s'est également initiée à d'autres niveaux, comme celui du GCSMS Comète, groupement de 7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers et 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan. Les cellules de crise du GCSMS ont été pour l'EHPAD de Taulé (filière de Morlaix) « *très bénéfiques pour le partage d'information et la mutualisation de ressource* » entre établissements. Le GCSMS va d'ailleurs initier un bilan et travailler sur l'anticipation en prenant en compte la gestion de crise dans l'écriture des plans et des protocoles ou dans la création d'outils. Le CCAS de Pont l'Abbé (filière de Douarnenez-Pont L'Abbé) a mis en œuvre dès fin mars une cellule de crise qui est devenue par la suite une cellule de coordination afin de régler les problématiques COVID. Ainsi les structures isolées au départ, ont pu ensuite profiter d'une impulsion de coordination rapide. L'association Anne Boivent, gestionnaire de 15 établissements et services pour personnes âgées en Ille et Vilaine, a mis en place une cellule de crise qui a permis « *la mutualisation de nombreuses ressources* » selon une directrice d'EHPAD de l'association, notamment pour « *les médecins coordonnateurs et l'intervention d'une IDE Hygiéniste* ». La fondation Ildys, a également fait preuve de réactivité au travers d'une cellule de crise composée d'une équipe pluridisciplinaire. Enfin, les fédérations médico-sociales ont également impulsé ces initiatives à l'échelle régionale ou départementale, comme la FNADEPA, qui a organisé de nombreux temps d'échanges ou temps de travail, par exemple pour la réécriture des plans bleu, souvent mal adaptés à la situation sanitaire et se rapprochant davantage d'un « *plan canicule* » selon un directeur d'EHPAD membre de la fédération.

Sur l'ensemble des territoires, ces cellules ont été plébiscitées et il semble indispensable de consacrer un temps de parole à l'échelle d'un territoire de proximité pour tirer les enseignements de la crise à la bonne échelle avec des acteurs qui se connaissent. Cette crise a montré l'importance d'initier l'organisation de cellules territoriales, en période de crise comme en période ordinaire,

pour que la mise en œuvre, les besoins et les ressources mises à dispositions de tous les acteurs du parcours de la personne âgée soient plus lisibles, plus fluides et moins chronophage.

1.3.3 L'impact de la crise sanitaire sur l'activité des Dispositifs d'Appui à la Coordination

En novembre 2020, le ministère des solidarités et de la santé proposait des recommandations concernant l'appui des DAC à la prise en charge des parcours de santé complexes en relation avec les situations de Covid. Ainsi, les DAC étaient repérés pour constituer un appui, aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, à mobiliser pour toutes situations de personnes en parcours complexes. Différents appuis ont été identifiés dans la cadre de la crise sanitaire : L'appui aux professionnels et la participation à la coordination territoriale en période de gestion de crise, l'appui aux professionnels pour la prévention des (ré)hospitalisations ; les sorties d'hospitalisation mais également l'appui aux filières gériatriques. L'ensemble des DAC constitués ou en cours de structuration, réseaux territoriaux de santé, PTA, dispositifs MAIA ont donc été identifiés pour apporter une réponse aux personnes âgées en situation complexe et soutenir l'organisation des acteurs entre eux.

Lors de nos rencontres territoriales, les dispositifs de coordinations étaient très représentés, à l'exception des filières de Redon et de Saint Malo. Cette forte participation nous a permis de voir la différence d'appropriation des missions d'appui par les dispositifs d'appui d'un territoire à un autre. Certains DAC ont su trouver rapidement leur place dans l'animation territoriale et dans leur rôle d'appui aux filières gériatriques. Notamment, par la participation et l'organisation de cellules territoriales de crise comme nous avons pu l'explicitier auparavant.

Le DAC Espace autonomie Centre Bretagne, intervient sur le territoire de filière de Pontivy-Loudéac et sa labélisation très récente en janvier 2021, « *ne l'a pas empêché de venir en appui des acteurs de la filière* » selon son directeur. Les équipes du DAC sont venues en appui sur la gestion des ressources humaine pour les établissements touchés par des clusters, plus simple sur la première vague car à l'automne les ressources se faisaient plus rare et les équipes étaient épuisées par la gestion de crise. Une IDE du DAC est même venue en renfort sur certains établissements. Ils ont également assuré le lien entre les différentes ressources et renforts existants et ont tenté de prendre du recul afin d'identifier les leviers mobilisables. En première partie de crise, les échanges étaient très réguliers avec l'ARS et un travail commun avec l'ARS et le CD s'est mis en place pour identifier les fragilités et les besoins des établissements au travers de questionnaires permettant d'anticiper les besoins en cas de clusters et préparer les situations difficiles. Plusieurs DAC se sont positionnés sur ce travail de veille active via un recensement de l'organisation des partenaires et professionnels du territoire. Le DAC Cap autonomie santé, rencontré dans le cadre de la rencontre

des filières Lorient-Quimperlé, a travaillé sur le repère des besoins et des fragilités en établissements, par exemple au sein des EHPAD qui n'avaient pas de médecin coordonnateur. Le DAC Appui au parcours de santé, intervenant sur la filière de Vannes-Auray, a tenté de structurer les coopérations établie grâce à un Vade-mecum qui a permis de bien identifier le process à suivre et d'essayer de maintenir un continuum agile et rapide. Le DAC se positionne ainsi comme un facilitateur qui peut rendre lisible les ressources territoriales grâce à sa connaissance des acteurs et du territoire. Ils ont assuré le lien entre les différentes ressources et renforts existants et ont tenté de prendre du recul afin d'identifier les leviers mobilisables.

C'est vers les secteurs « *plus isolés* » que s'est rapidement tournée l'activité des DAC et autres réseaux de santé. En début de crise, le DAC Espace autonomie Centre Bretagne, s'était positionné sur la distribution d'EPI auprès des SAAD, SSIAD et habitats collectifs. En ce sens, le DAC a organisé un webinaire à destination des professionnels du domicile afin de les former au port des EPI avec l'appui du médecin hygiéniste du CH Centre Bretagne, du CPIAS et GCS CAPPs. Le DAC Cap autonomie santé, assez jeune sur le territoire a pu se faire connaître au travers de la crise qui l'a embarqué dans la réponse au besoin du territoire. Ils ont également été le relais d'information et un appui organisationnel : distribution des EPI, organisation des drives et des centres de vaccination en lien avec les professionnels libéraux etc. Leurs interventions étaient davantage tournées vers le domicile et l'ambulatoire qu'ils ont rapidement identifié comme davantage isolés. Ils ont pu venir en appui sur l'organisation des tournées de repas à domicile ou encore sur la prise en charge des situations complexes à domicile. Le DAC cap santé ouest Armor (filiales de Trégor-Goëlo et Guingamp) identifie son rôle comme un second recours, c'est pourquoi il s'est dirigé vers les secteurs les moins investies, comme par exemple vers les petites communes (144 sur le territoire) pour repérer ce qui a été mis en œuvre, notamment dans le cadre du maintien à domicile (livraison à domicile de la pharmacie, livraison de repas par le supermarché...). La PTA Appui santé du Pays de Fougères met également en lumière ses interventions auprès du domicile. En effet, ce secteur s'est retrouvé en grande difficulté avec des problématiques RH importantes et des situations complexes de patients bloqués à domicile par la fermeture des accueils de jour et la suspension des admissions dans les EMS. Difficultés exacerbées à la fin du premier confinement lorsque les proches aidants ont repris leurs activités. Par son appui, la PTA a tenté d'éviter au maximum les hospitalisations mais s'est souvent retrouvée dans l'impasse.

Plusieurs acteurs rencontrés, mettent en évidence le fait que certains DAC ont gagné en visibilité pendant la crise, facilitant leur recours. Le DAC Appui santé en Cornouaille (filiale de Quimper-Châteaulin / Douarnenez-Pont L'Abbé), estime qu'il n'est « *pas évident de se positionner sur ses missions d'animation territoriales* » dont certaines sont à la frontière du rôle de la DD, mais la crise lui a donné de la « *visibilité auprès des acteurs et a permis de renforcer son lien avec la filière*

gériatrique ». Le DAC appui santé en Cornouaille a donc su gagner en lisibilité pendant la crise même s'il n'a pas toujours été évident de se positionner et de savoir par où commencer. Le travail de collaboration étroit effectué avec la DD a permis de mieux définir les missions et le périmètre de chacun. De plus, le partenariat filières Est et Ouest est initié, notamment par le recrutement de la chargée de mission commune aux deux filières. Le DAC Cap autonomie santé, « *assez jeune* » sur le territoire « *a pu se faire connaître au travers de la crise qui l'a embarqué dans la réponse au besoin du territoire* ». Pour le DAC Ouest Armor, la crise leur a permis « *d'être mieux identifié par les professionnels et les élus* », puisque leur activité a augmenté de 45% sur l'année 2020.

Néanmoins, malgré un rôle renforcé par la crise pour certains dispositifs d'autres ont eu plus de difficultés à déterminer leur rôle et à se rendre lisible auprès des acteurs de la filière. Sur le territoire de la filière de Redon, le développement et l'implantation des dispositifs de coordination sont très limités. Il n'y a pas encore de constitution de DAC et le rôle de la MAIA de Redon agglomération n'est pas lisible pour l'ensemble des acteurs. Concernant l'animation territoriale des DAC, la vision n'est pas non plus partagée par les dispositifs rencontrés. En effet, après interrogation de la DD du Finistère quant au pilotage possible du DAC sur les réunions de filières gériatriques, le directeur du DAC Cap Santé Armor Ouest (filières de Trégor-Goëlo et Guingamp) explique que ce genre d'initiatives doit être portées par d'autres acteurs car il manque de ressources humaines (1 directeur et 2 chargés de mission). De plus, il ajoute que le « *pilotage de l'animation territoriale doit être déterminé par la gouvernance institutionnelle* ». De leur côté, La MAIA Haute Bretagne et la PTA Appui santé Pays de Fougères (filière de Fougère-Antrain) soulignent l'absence d'accompagnement de l'ARS dans la détermination du rôle et des missions qu'elles ont dû tenir pendant la crise sanitaire. Cependant, elles ont réussi à tenir leur rôle d'animation territoriale en mettant en place une cellule territoriale COVID réunissant les acteurs du territoire.

1.3.4 Le rôle nuancé des conseils départementaux

Les conseils départementaux, aux côtés de l'Etat et de l'ARS, de par leur échelon de proximité de décision, de gestion et de coordination mais également par leur statut de « chef de fil » du médico-social, avaient un rôle certain à jouer dans la gestion de crise COVID autour du parcours de la personne âgée. Mais pour certains acteurs rencontrés, le conseil départemental « *a été plus discret* » pendant la crise. Les CD ont tout de même essayé d'être présents en réalisant une veille active auprès des établissements pour être en alerte sur des indicateurs de fragilités et orienter si besoin vers un appui de la délégation départementale ou de l'interlocuteur adaptée. De plus, ils ont été un appui logistique dans la distribution d'EPI ou pour l'organisation de la campagne de vaccination auprès de l'ARS et des collectivités territoriales.

Le conseil départemental du Finistère, déclare avoir su « *faire preuve de souplesse d'application des directives en fonction de la situation des établissements* ». Il ne se positionne « *pas comme un simple tarifificateur* » et a su collaborer avec les acteurs du territoire, notamment avec l'ARS dans le cadre de la campagne de vaccination. Il a travaillé en appui de l'ARS en se positionnant en veille auprès des établissements concernant leurs besoins et les outils mis à leur disposition. Dans le cadre des CPOM (SAAD, Résidences autonomes, seniors...), il souhaite d'ailleurs réfléchir à des objectifs pour mieux anticiper les épisodes de crise. Il est intéressant pour eux d'entendre les acteurs et d'être invités à ces rencontres afin de nourrir de manière cohérente le schéma départemental « Bien vieillir ».

De son côté, le conseil départemental des Côtes d'Armor est venu en appui en début de crise auprès des résidences autonomes, seniors et des services à domicile. Les points réguliers avec l'ARS, les EHPAD et le domicile tous les 15 jours à trois semaines a permis « *de créer du lien* ». Enfin, les équipes du CD ont aidé à la vaccination dans les résidences autonomes avec le personnel du département et les professionnels libéraux (1200 PA dans 20 résidences). Un des médecins du conseil départemental, exprime « *les décroissements qui se sont opérés sur le territoire* ». Pendant la 1^{er} vague, le département est davantage venu en soutien face au manque d'EPI et ont appelé régulièrement les accueillants familiaux. Ils ont travaillé en proximité avec les résidences autonomie et seniors, pour lesquelles ils ont participé à la campagne de vaccination en collaboration avec les DAC. Le CD souligne « *les liens initiés avec les EHPAD* », desquels ils se sont rapprochés afin de connaître leur protocole de vaccination et de s'en inspirer pour intervenir auprès des résidences autonomes et seniors. Le conseil départemental met donc en avant l'importance du travail de collaboration qui a été initié mais souligne également l'épuisement des équipes « *qui peut rendre complexe le maintien des liens avec des retours particulièrement alarmant sur les tensions RH actuelles du secteur* ».

Le conseil départemental du Morbihan a mené un travail conjoint avec la délégation départementale pour identifier les structures collectives non médicalisées recevant des personnes âgées (communautés religieuses, habitats inclusifs...). Cette cartographie a également été faite en collaboration avec le DAC, toujours dans son rôle de repère des besoins. En effet, le département compte un nombre important de structures non médicalisées qu'il faut également intégrer à la vaccination et à la gestion de crise en faisant appel aux acteurs de soins de ville. En tout, le Morbihan dénombre 250 structures non médicalisées et médicalisées recevant des personnes âgées, dont 135 non médicalisées.

Néanmoins, le tableau dressé par les conseils départementaux lors de nos rencontres est nuancé par les propos de certains directeurs d'EHPAD et de résidences autonomie. Par exemple,

comme nous avons pu l'expliciter auparavant, selon des directeurs interrogés dans le cadre de l'étude de RETEX COVID mandatée par le CD 35 et réalisée conjointement par l'IREPS et l'EHESP, le conseil départemental d'Ille et Vilaine a été « *parfois en décalage avec les besoins des EMS* ». Certains directeurs se sont notamment étonnés du décalage entre le bilan que fait le département de ses actions et l'accompagnement qu'ont reçu les ESMS.

1.3.5 La mise en réseau des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Comme nous avons pu déjà le formuler, la crise a mis en avant un véritable besoin de partage entre structures voisines et de capitalisation d'expériences, notamment pour appliquer la réglementation et gérer la crise face à des questionnements éthiques importants. Les cellules territoriales organisées à différents niveaux ont permis de répondre en partie à ce besoin. Mais pour que cette organisation fonctionne, il est indispensable de travailler l'interconnaissance en amont, car mobiliser les acteurs lorsque ce n'est pas anticipé est plus difficile. En effet, « *les partenariats avec les acteurs du territoire n'avaient pas forcément été mis en place avant la crise ce qui montre l'importance de leur antériorité* ». Une directrice d'EHPAD rencontré explique que les partenariats sont utiles mais elle met en garde « *sur le temps de coordination particulièrement chronophage pour les activer* », selon plusieurs acteurs, il faudrait « *réfléchir à une structuration facilitante et prédéterminée afin d'éviter une charge mentale embolisante pour la direction* ». En effet, la volonté de faire rentrer le sanitaire dans le médico-social mais également social dans le médico-social avec une organisation triangulée nécessite la mise en place de partenariats pérennes. Ainsi, les groupements de coopérations et les partenariats établis ont fait leur preuve pendant la crise et ont vocation à être pérennisés et formalisés.

L'intégration que représente les SPASAD a montré sa légitimité dans la gestion de crise. Le SPASAD de Liffré-Cormier (filiale de Fougères) met en exergue « *l'importance de l'interconnaissance et du partage de ressources entre SAAD/SSIAD, le lien avec les professionnels libéraux et la nécessité d'être bien identifié sur le territoire* ». L'association le Connétable (filiale de Dinan), gestionnaire d'un centre de soins infirmiers, d'un EHPAD, d'un accueil de jour et d'un SPASAD, souligne l'implication et la présence des médecins libéraux mais aussi sa constitution en GCSMS (Rance Emeraude) et en SPASAD. Ces modalités d'organisation de leur service ont été « *une véritable force dans la gestion de crise par la mutualisation des ressources, notamment intellectuelles et humaines* ». Un responsable de services à domicile de Saint Malo, exprime également l'entraide importante qui s'est initié entre SAAD et SSIAD, même lorsque ces derniers ne sont pas constitués en SPASAD. L'interconnaissance entre les aides à domicile, les aides-soignantes et les IDE ont montré tout leur intérêt dans la prise en charge des personnes âgées.

Même si cette coopération n'a pas toujours suffi à sortir certains services de leur isolement, comme en témoigne le CCAS de Pont L'Abbé.

La fondation Ildys, gestionnaire de 3 EHPAD sur la filière de Morlaix, explique que la gestion de crise a renforcé la coopération et que le groupement a permis « *une mise en lien et une mutualisation importante* ». Dans les EHPAD et résidences autonomie du groupe de la mutualité, la « *coopération des forces vives de tous les établissements a permis de mieux gérer la crise en croisant les regards, les compétences et les expériences* ». L'organisation des cellules de crise s'est faite de manière large voir régionale afin de mutualiser un maximum de ressources. Il est également souligné « *le rôle essentiel de la collaboration entre les professionnels libéraux et les médecins coordonnateurs* ».

Néanmoins, aujourd'hui, plusieurs acteurs défendent la nécessité « *de transcender les statuts pour sécuriser les parcours des PA et d'harmoniser les procédures selon les statuts avec des systèmes dérogatoires* ». Des initiatives en ce sens ont déjà vu le jour, notamment sur la filière de Lorient, où plusieurs EHPAD adhérents FNADEPA (Hennebont, Bubry, Inzinzac et Languidic) de gestionnaires différents, ont anticipé la mutualisation de personnel en cas de clusters ou de difficultés dans un de leurs établissements. Pour autant, des freins psychologiques de certains groupements à s'inscrire en réseau inter-gestionnaire persistent et certains refusent de collaborer avec des statuts juridiques différents, en particulier avec les EHPAD privés à but lucratifs. D'autres établissements font face à des problèmes de gouvernance, par exemple un « *EHPAD associatif dont l'équipe est composée en majorité de bénévoles qui n'ont pas la culture du réseau et fonctionne de manière très centrée* ». Une problématique sur certaines situations de direction fragile est aussi notée par les acteurs (intérim, turn over, vacance de poste...). Ce phénomène est plus récurrent, selon les directeurs d'EHPAD rencontrés, chez les établissements publics territoriaux dont les conflits et les problèmes de pilotage sont plus fréquents (Elus, directeur de CCAS...).

Les GCSMS semblent également avoir fait leur preuve dans l'inscription d'une volonté de coordination des soins. Les groupements d'établissements et/ou de services ont permis de souder un collectif autour du parcours de la personnes âgée qui doit perdurer. Le projet du GCSMS Noesis, qui regroupera 12 EHPAD (filière de Rennes), est particulièrement porteur sur ce territoire, et souhaite « *ainsi mutualiser plusieurs ressources comme les médecins coordonnateurs, l'appui dans les coupes pathos et créer de la coordination auprès des médecins libéraux* ». La crise a également accéléré le projet d'un GCSMS sur le territoire de Cornouaille (filières de Douarnenez-Pont L'Abbé et Quimper-Châteaulin), qui regroupera 32 établissements dont 29 EHPAD et 3 résidences autonomie. Le fonctionnement en réseau a été une force identifiée par les acteurs dans le parcours coordonné de la personne âgée.

Pour les acteurs rencontrés, il est « *important de mettre en avant les forces vives des filières, dont les coopérations qui existaient déjà ont été renforcées par la crise* ». L'antériorité de l'interconnaissance des acteurs est déterminante et permet de faciliter la gestion de crise. Cependant, la coopération devra perdurer en période ordinaire. Les conditions pour travailler ensemble sont réunies et « *les dossiers comme la mesure 5 vont aider à structurer et à formaliser cette dynamique* ». Le référent médical de la filière de Vannes-Auray, souligne que « *tous les dispositifs étaient déjà existant mais que la crise a permis de palier un manque de lisibilité* ». Les acteurs ont observé un développement de la collaboration inter établissements et inter filières. L'ensemble des dispositifs préexistants ont dû fonctionner et les professionnels libéraux sont un maillon qui doit lier ces dispositifs entre eux. L'exhaustivité des sites à l'échelle d'un territoire de santé permet de travailler en collaboration sur plusieurs filières.

1.4 S'appuyer et améliorer l'existant pour rendre cohérente l'offre du parcours de la personne âgée

1.4.1 Les modalités et les attendus des dispositifs d'astreinte d'IDE de nuit

Dans le prolongement des constats et des actions conduites dans le cadre de la crise sanitaire, la direction adjointe de l'autonomie décline dans son plan d'action 2021 la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement de la transformation de l'offre en EHPAD. Dans les actions déjà engagées, on retrouve celle de « *poursuivre et accompagner la mutualisation de compétences entre EHPAD et établissements de santé : IDE de nuit, IDE hygiéniste, externalisation des EMG, HAD, équipe de soins palliatifs...* ». La mise en œuvre de plusieurs de ces actions a été abordée lors des réunions territoriales et expliciter précédemment dans notre travail. Ici, nous nous intéresserons au dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit en EHPAD. L'ARS a lancé en 2014 et en 2019, un appel à candidatures pour l'expérimentation d'une astreinte infirmière mutualisée en EHPAD. En effet, la feuille de route « *grand âge et autonomie* » 2018 de la ministre des solidarités et de la santé de l'époque, Marisol Touraine, mobilisait des crédits supplémentaires pour la généralisation de ce genre de dispositif d'appui aux ESMS. L'objectif étant déjà de réduire les passages aux urgences, les hospitalisations évitables et sécuriser les prises en charge de nuit dans un contexte de médicalisation des EHPAD.

En Bretagne, sur les 494 EHPAD, 176 sont couverts par une astreinte d'IDE de nuit mutualisée suite à ces appels à candidatures. Les porteurs de ces dispositifs sont multiples, la majorité le sont par des EHPAD publics hospitaliers ou privé associatifs à but non lucratif avec une minorité d'EHPAD public territoriaux. D'un territoire de filière gériatrique à un autre, le nombre d'établissements couverts varient de manière particulièrement significative. Nous observons une

moyenne de 9 établissements par filières parmi celles comptant des EHPAD couverts par un de ces dispositifs. Certaines filières comme Rennes comptent 41 EHPAD couverts, d'autres comme Pontivy-Loudéac 10 EHPAD et d'autres comme Dinan seulement 2 EHPAD. Il est à noter que trois filières n'ont aucun établissement couvert par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit sur leur territoire, celle de Carhaix, de Lorient et de Quimperlé.

Dans le cadre des rencontres territoriales, nous avons interrogé les acteurs bénéficiaires de ces dispositifs et nous avons pu noter des avis divergeant. Sur la filière Vannes Auray, le dispositif d'astreinte de nuit dans les EHPAD comptent deux IDE de nuit qui se partagent 14 EHPAD chacune. Ce système fonctionne avec de « *nombreux appels pour avis mais peu de déplacements* », le but étant surtout de « *réassurer les équipes* », par exemple pour administrer un traitement en si besoin. Sur la filière de Douarnenez Pont L'Abbé, une majorité des EHPAD du territoire sont couverts par un dispositif d'IDE de nuit, à l'exception de trois établissements. La fondation Massé-Trévidy a déjà mis en place un poste d'IDE mutualisé sur 6 EHPAD et a volonté d'en recruter un(e) supplémentaire afin d'assurer une meilleure couverture.

Sur la filière de Redon, l'EHPAD de Ker Joseph fait partie d'un dispositif d'IDE mutualisé(e) avec l'hôpital Saint Thomas à Bain de Bretagne mais y a très peu recours. En effet, il est « *difficile pour les équipes de solliciter des IDE qui ne connaissent pas les résidents* » et les équipes de nuit (une aide-soignante et une ASH) préfèrent contacter le 15. En effet, la modalité d'astreinte semble trop déconnectée car les IDE de l'hôpital Saint Thomas n'ont pas la possibilité, ni les moyens de connaître les établissements et les résidents, ce qui peut engendrer un sentiment d'insécurité. C'est pourquoi, un grand nombre d'EHPAD couverts par un de ces dispositifs n'y fait que très peu appel. De plus, certains dispositifs ne sont pas toujours adaptés, par exemple pour la résidence Le Changeon (filière de Fougères) qui a conventionné avec l'HAD 35, le temps de trajet des IDE venant principalement de Rennes n'est pas proportionné par rapport au temps d'intervention sur place, ce qui limite les déplacements. Pour ces acteurs, les modalités d'organisation sont donc à revoir.

D'autres acteurs sont davantage critiques et considèrent que le coût de la mise en place des IDE de nuit ne corrobore pas avec les besoins prévalent des établissements. Même si les différents dispositifs d'IDE de nuit sont intéressants et permettent dans une certaine mesure d'éviter des hospitalisations, « *ce n'est pas la priorité, qui se trouve davantage dans le renforcement et la sécurisation des équipes soignantes de jour* ». Certains EHPAD ont donc fait le choix de renforcer la présence et d'allonger l'amplitude horaires des IDE le jour, à l'image de l'EHPAD de Parc an id (filière de Douarnenez Pont l'Abbé) dont la présence d'une IDE s'étend de 6h45 jusqu'à 21h du lundi au dimanche. Cette solution semble plus adaptée pour certains participants qui jugent que le besoin résulte davantage dans une « *mise à disposition de ressource et d'avis médical la*

nuit ». De plus, le réel problème se situerait dans « *les résidences autonomie qui bénéficient pour certaines des conventions IDE de nuit, mais qui n'ont aucune ressource soignante le jour* ».

Enfin, d'autres acteurs mettent en avant la nécessité de la présence continue d'une IDE de nuit pour assurer la continuité des soins dans des EHPAD de plus en plus médicalisés. Pour ces professionnels, la présence d'une IDE de nuit de manière constante plutôt qu'un système d'astreinte est l'organisation à retenir. L'EHPAD des Collines bleues (filiale de Quimper-Châteaulin) met en exergue une baisse du taux d'hospitalisation grâce à la mise en place d'un poste d'IDE de nuit à temps plein et 7 jours sur 7. Par ailleurs, « *le besoin d'IDE de nuit dans les EHPAD est prégnant pour les prises en charge palliatives* », selon une IDEC rencontrée. En effet, leur présence continue permettrait d'accompagner les résidents qui souhaitent le maintien dans leur lieu de vie grâce à des « *prescriptions anticipées, des protocoles ou l'appui de l'HAD* ». Cela permettrait de « *mieux respecter les directives anticipées* » de certains résidents et d'éviter l'hospitalisation. De plus, il est à noter un problème de recours à l'équipe mobile de soins palliatifs sur certains territoires, qui n'intervient pas en extrahospitalier et qui souffre d'une absence de ressource médicale. D'autre part, selon l'IDEC de l'EHPAD Kerborc'his (filiale Douarnenez- Pont L'Abbé), « *les pathologies sont de plus en plus complexes en EHPAD avec un besoin de matériel technique ainsi que d'expertise et de compétences IDE pour assurer la continuité des soins même en période ordinaire* ». Mais la présence d'IDE de nuit serait encore plus indispensable en période de crise sanitaire pour éviter les hospitalisations et/ou assurer des prises en charges palliatives dans de meilleures conditions.

Malgré les divergences de position et la pluralité des organisations et dispositifs pour les IDE de nuit, les acteurs se rejoignent sur la nécessité de revoir l'organisation de l'existant. En ce sens, plusieurs groupes de travail entre les acteurs de chaque filière sur ce sujet vont être mis en œuvre dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences. Les acteurs préconisent de se concentrer et se mettre d'accord ensemble sur les sujets prioritaires et indispensables. Les témoignages des acteurs de proximité peuvent montrer que « *la cohérence avec les politiques publiques doit être améliorée* ». Enfin, il serait intéressant que le niveau institutionnel puisse également réfléchir avec les acteurs du territoire au devenir de l'astreinte « IDE de nuit ». Revoir les modalités et les attendus, par le biais de groupes de travail incluant les bénéficiaires des dispositifs, par celui d'une enquête flash ou grâce à l'analyse de la place des dispositifs dans le dossier mesure 5 réalisé par chaque filière gériatrique.

1.4.2 Une multiplication des échelles et un enchevêtrement des territoires d'interventions

Les instances publiques compétentes en matière gériatrique sont nombreuses : services étatiques centralisés et décentralisés, CNSA, caisse d'assurance maladie ou encore collectivités territoriales (H.Trouve, Y.Couturier et al., 2010). S'ajoute à ces instances, une

structuration de la prise en charge gérontologique se déclinant autour d'une diversité d'échelles territoriales : Interrégionales, régionales, interdépartementales, départementales, intercommunales et communales. Chaque niveau d'interventions mettant en place ses propres dispositifs, créant ainsi une superposition d'interventions et « une complexification des procédures qui nuit autant à l'action des offreurs qu'à la lisibilité de l'offre par les demandeurs » (Enjolras, Laville, 2001 : 43).

Force est de constater un certain cloisonnement de ces différents dispositifs, les acteurs ont mis en lumière la nécessité de mettre en œuvre une cartographie actualisée et transversale des besoins, avec l'ensemble des ressources disponibles au sein des filières (médicales, paramédicale, appui sanitaire, DAC, CLIC, gérontopsychiatrie...) en transcendant complètement les instances responsables de ces ressources et les niveaux d'interventions de chacune d'entre elles. Dans le cas de la filière gériatrique, cette cartographie devrait être réaliser « à une échelle territoriale plus resserrée » et correspondant davantage aux besoins de la personne âgée : ni régionale, ni départementale, ni à l'échelle du territoire de santé ou du GHT mais plutôt à l'échelle d'une commune, d'un EPCI ou tout simplement à l'échelle du territoire de filière. Bien entendu, pour initier un tel travail et dans le cadre des parcours gériatriques, il est nécessaire de faire travailler ARS et CD ensemble et de consacrer des ressources humaines à cette tâche. Outre ce besoin de recensement, il y a également un besoin « d'harmoniser les territoires d'interventions ». Plusieurs exemples sont d'ailleurs exprimés par les acteurs rencontrés : le territoire d'intervention de l'HAD ne correspondant pas à celui de la filière gériatrique, celui du territoire de santé qui réunit plusieurs départements, plusieurs DAC qui interviennent sur la même filière etc... Ces modalités complexifient « les recours dans une démarche de parcours » et les acteurs peuvent parfois se perdre.

Mais l'exemple le plus significatif de ce constat est sûrement celui de la filière gériatrique de Redon, dont le territoire s'étant sur les deux départements d'Ille et Vilaine et du Morbihan. La situation géographique de ses établissements est complexe, certains à la fois sur le département du Morbihan mais dépendant du Territoire de santé 5 (Ille et Vilaine), d'autres à la frontière du département de Loire Atlantique ou très proche d'autres filières avec une possibilité de partenariats de proximité hors du périmètre dont ils dépendent. L'EHPAD de Saint Jacut les Pins fait partie du territoire de santé 5 (dont la quasi-totalité se trouve en Ille et Vilaine) mais se situe dans le département 56, conventionne avec la Clinique des Augustines (filière de Ploërmel-Malestroit) mais appartient pourtant à la filière gériatrique de Redon portée par le CHI Redon-Carentoir. C'est là toute la complexité de ce territoire, dont plusieurs établissements se retrouvent dans un enchevêtrement de niveaux territoriaux qui ne facilite pas la lisibilité et le recours aux acteurs. Cet EHPAD fait donc appel au pôle Saint Héliel pour l'expertise plaie et cicatrisation pour

des raisons d'accessibilité mais souhaiterait s'inscrire dans l'offre de télémédecine gériatrique du CHI de Redon-Carentoir que n'offre pas le pôle Saint Helier, ou encore a recours à l'HAD de Ploërmel quand la filière dépend de l'HAD 35.

La crise sanitaire a donc mis en exergue la cohérence du territoire d'intervention de la filière gériatrique par le développement de ses partenariats mais des problématiques structurelles de proximité et de cohérence territoriales engendrent des difficultés de recours pour certains établissements et services sociaux et médico-sociaux qui par cette fragilité pourrait se trouver plus facilement isolés.

1.4.3 Promouvoir les outils partagés et la tenue des dossiers médicaux

La professionnalisation et la tenue des dossiers médicaux est un enjeu majeur dans la structuration et la coordination du parcours de la personne âgée. En ce sens, lors de la rencontre des filières de Lorient / Quimperlé, il a été affirmé la nécessaire présence d'une IDEC au sein des résidences non médicalisées, notamment et principalement pour la tenue de dossier médicaux. L'expérience de la mutualisation d'un poste d'IDEC pour plusieurs résidences non médicalisées du CCAS de Lorient, soutenu par le groupe de la mutualité 56, a été très bénéfique et ce poste a été pérennisé. Un grand nombre d'acteurs rencontrés sont pour une promotion et un développement important de ces postes soignants de coordination.

D'autre part, La professionnalisation de dossiers médicaux doit s'appuyer sur l'utilisation accrue des outils numériques partagés, tel que le dossier médical partagé (DMP) ou le dossier de liaison d'urgence (DLU), afin de faciliter et de sécuriser les prises en charge. L'ensemble des DAC promeut aujourd'hui l'outil numérique partagé GWALENN, fruit d'une co-construction régionale et pluridisciplinaire, destiné à faciliter les parcours, à destination des dispositifs de coordination et des acteurs du territoires. Cet outil s'adresse à tout type d'utilisateur associé à la coordination (sanitaire, sociale et médico-sociale) autour de la personne est pourrait constituer un levier important. Néanmoins, les acteurs soulignent la nécessité de promouvoir des outils partagés déjà existants pour améliorer les échanges et la qualité du parcours en étant vigilant de ne pas « multiplier les initiatives par crainte de perdre la lisibilité auprès des acteurs ». Pour favoriser la coordination entre professionnels, le lien ville-hôpital et le lien professionnels libéraux-ESMS, il est essentiel que l'ensemble des acteurs se saisissent des outils existants. De plus, cette utilisation pourrait permettre de réduire les temps de coordination particulièrement chronophage pour activer les différents partenariats. La communication de ces outils partagés par les institutions, associations et fédérations auprès des professionnels et des établissements semblent constituer un moyen indispensable pour pérenniser la coordination et le décloisonnement.

1.5 Liens avec la réforme de la loi autonomie grand âge censée favoriser la coordination autour du parcours de la personne âgée

L'évolution de l'offre médico-sociale semble aujourd'hui nécessaire, notamment face à la médicalisation des établissements, qui doit se faire en co-construction autour des besoins, des objectifs et des possibilités des personnes âgées. Les 8, 9 et 14 juin dernier, La Direction générale de la cohésion sociale s'est entretenue avec les fédérations du secteur afin d'initier des échanges techniques sur les volets envisagés de la future réforme de l'autonomie. Il a été question au cours de ces échanges, « de l'évolution des EHPAD, de l'aide à domicile et de droits fondamentaux des adultes en situation de vulnérabilité ». Rebaptisé « générations solidaires », ce projet annoncé depuis 2017 pourrait être présenté cet été et débattu à l'automne. Cependant, après les multiples reports depuis 2017, d'une grande loi autonomie, les autorités restent prudentes, autant pour le calendrier que pour l'appellation de ce futur texte de loi.

1.5.1 Les ARS comme pilote unique des USLD et des EHPAD

La DGCS a présenté des pistes de réforme, dont celle de « simplifier et sécuriser le pilotage des EHPAD et des USLD », faisant ainsi écho aux conclusions du rapport rendu par Claude Jeandel et Olivier Guérin sur les besoins de soins en USLD et en EHPAD. Pour ce faire, ces structures n'auraient désormais qu'une seule autorité de contrôle et de tarification : « Les ARS au titre des prestations de soins et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » allant dans une logique de simplification de la gouvernance et de pilotage institutionnel. D'autre part, afin d'endiguer les « disparités régionales », une valeur nationale du point GIR serait instaurée, « sur l'équivalent de l'ancienne section dépendance ». Afin de permettre cette modification, l'allocation de ressources consacrées à l'aide personnalisée à l'autonomie (Apa) en établissement par les conseils départementaux seraient transférée à l'assurance maladie pour les USLD, et à la cinquième branche de l'assurance maladie en cours de constitution pour les EHPAD. Toutefois, cette réforme de la tarification ne serait mise en place à l'horizon 2023 et nécessite d'en attendre la mise en œuvre pour en connaître réellement l'impact pour les établissements et services concernés. Cependant certaines fédérations comme la FNADEPA, milite déjà pour faire de l'ARS « *le référent de tout le champ gérontologique* », considérant que « *les conseils départementaux manquent de compétence sanitaire* » indispensable à la gouvernance de ce secteur. La FNADEPA ajoute également que « *le décloisonnement du fonctionnement va avec le décloisonnement de la gouvernance* » (Club santé social, 2021).

1.5.2 L'incitation au regroupement des ESMS publics pour personnes âgées

L'avant-projet de loi visant à renforcer « les solidarités entre générations pour garantir l'autonomie de chacun », doit également permettre de favoriser le maintien à domicile, priorité des politiques publiques de depuis de nombreuses années. L'objectif affiché est donc de « *donner corps au virage domiciliaire* » par la création d'un « service autonomie », défini comme un « interlocuteur unique qui gère toutes les prestations à domicile pour la personne et son aidant » dans un objectif de « simplification et de continuité des parcours » (apm News, 2021). Pour ce faire, il faudra fusionner les autorisations existantes : SAAD, SSIAD et SPASAD. Ces nouveaux services doivent « fournir un socle obligatoire de prestations d'aide et d'accompagnement » soumis à un cahier des charges national défini par décret (*Ibid.*). Sur le même schéma de pilotage que celui en vigueur actuellement, l'autorisation sera délivrée par les départements pour ceux ne proposant que l'activité d'aide et conjointement par l'ARS et le département pour ceux proposant à la fois des activités d'aide et soin, comme pour les SPASAD aujourd'hui. La différence réside dans l'obligation pour les services ne proposant que l'activité d'aide de « conventionner avec un service ou un professionnel proposant des soins » (*Ibid.*). Cette démarche semble cohérente par rapport aux témoignages des acteurs lors des rencontres territoriales, qui considèrent que « *l'appui des SAAD sur les SSIAD ou le fonctionnement en SPASAD intégré permettent de mutualiser les ressources et de faciliter les prises en charge* ».

Le regroupement des établissements et services médico-sociaux publics pour personnes âgées a aussi été abordé lors des échanges entre la DGCS et les fédérations. En effet, le secteur se caractérise par l'atomisation de son offre. Ainsi le nouveau projet de loi obligerait les EHPAD, les SAAD et les SSIAD autonomes de la fonction publique hospitalière à rejoindre un GHT ou une « *nouvelle forme de groupement territorial social et médico-social* » type GCSMS (Hospimédia, 2021). L'intérêt de cette politique de groupement réside dans la coordination, le partage de ressources et d'expertise ou encore la mutualisation de certaines fonctions comme les systèmes d'information, la formation ou le pilotage de la démarche qualité. Ces modalités d'organisation, simplifiant les démarches de coopérations et l'interconnaissance des acteurs afin de faciliter les parcours des PA, pourrait être rendu optionnelles pour « les établissements rattachés à un centre communal d'action sociale (CCAS) relevant de la fonction publique territoriale » (*Ibid.*). Pour autant, au fil de nos recherches, nous avons pu observer que les fragilités de gouvernance et de pilotage mais aussi de mise en réseau d'établissements exprimées, l'ont été particulièrement pour les établissements publics territoriaux. Les exclure de ces nouvelles modalités d'organisation pérenniserait donc les difficultés structurelles de la gouvernance et du pilotage de ces établissements.

De surcroît, fort des enseignements tirés de la crise sanitaire dans le secteur, l'ARS Bretagne définit comme condition *sine qua none* dans son rapport d'orientation budgétaire (ROB) 2021, le renforcement des coopérations territoriales. Ce rapport est destiné aux établissements et services financés par l'Assurance Maladie pour la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes. Ainsi, ces orientations stipulent que « le renforcement des coopérations sera un critère systématique d'accompagnement » et d'allocation des ressources dans les projets des établissements et des services (ROB, ARS Bretagne 2021). En ce sens, les projets d'AMI présentent affichent clairement l'objectif « d'engager les établissements dans une démarche pérenne de coopération territoriale, qui aura vocation à s'élargir à de nouveaux projets sur d'autres thématiques » (*Ibid.*). Ces orientations rappellent également les structurations territoriales déjà engagées et appelant aux coopérations territoriales destinées à promouvoir et améliorer la qualité du parcours de la personne âgée : Mise en œuvre de la mesure 5, généralisation des astreintes IDE de nuit, inscrire l'offre d'hébergement temporaire, s'engager dans le réseau d'infirmiers hygiénistes et d'EOH ou encore s'inscrire pleinement dans la transition numérique.

1.5.3 L'EHPAD de demain comme le centre ressource territorial

La proposition « d'EHPAD plateforme » mise en avant dans plusieurs rapports, dont celui de Luc Broussy « Nous vieillirons ensemble », se décline pour le moment dans la mise en œuvre d'EHPAD centre de ressources territorial. La DGCS suggère même dans un document de travail provisoire « d'élargir les missions des établissements au-delà de l'hébergement pour en faire des acteurs du soutien à domicile » (Hospimédia, 2021). Cette proposition fait écho à la volonté des acteurs, de répondre à l'enjeu de la coordination mais également de la prévention en termes de perte d'autonomie, qui nécessite de continuer à développer la collaboration et l'interconnaissance entre EHPAD et services. A titre d'exemple, la présence du SSIAD dans un EHPAD de Muzillac permet pour sa directrice une meilleure connaissance du domicile et une optimisation des prises en charge. Avec l'EHPAD plateforme, les professionnels des EHPAD pourraient ainsi « intervenir au domicile de personnes âgées pour mener des actions de prévention, de téléconsultations ou de la téléassistance » (*Ibid.*) et les personnes âgées pourraient « se rendre dans ces EHPAD centres de ressources pour bénéficier de consultations de spécialiste, de repas ou d'animation » (*Ibid.*).

L'EHPAD de demain offre ainsi des perspectives intéressantes, avec des compétences médico-sociales à faire valoir et un véritable fonctionnement en réseau. Néanmoins, le développement des ESMS numérique devra faire l'objet d'une attention toute particulière et il faudra être vigilant sur le périmètre géographique choisi pour éviter de créer des barrières et non recours.

Conclusion

Le vieillissement démographique et l'augmentation du nombre de personne âgée en perte d'autonomie représente aujourd'hui un enjeu sociétal majeur. La prise en charge de cette population vieillissante, implique des besoins grandissants avec notamment l'augmentation des polyopathologies/polyhandicaps et des maladies neuro-dégénératives liées à l'âge. En effet, les besoins des personnes âgées sont multidimensionnels et leur prise en charge doit répondre à des enjeux multi-sectoriels, multi-organisationnels et multidisciplinaires. Le parcours de la personne âgée résulte donc de l'articulation et de la coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, et ce à l'échelle institutionnelle comme dans les établissements et les services. La recherche de décloisonnement et de coopération entre l'ensemble des acteurs de cet écosystème semble donc essentielle. Pour autant, celle-ci se heurte encore aujourd'hui à la « fragmentation de notre système de santé et d'aide » et ce à tous les niveaux d'interventions.

Les problématiques de grand âge et de santé sont grandement abordées dans les stratégies nationales et les politiques publiques en faveur de la prévention et de la prise en charge de la perte d'autonomie. Ainsi, depuis une vingtaine d'années, l'organisation mise en place autour de la prise en charge de la personne âgée cherche à répondre à l'enjeu de la mise en réseau des acteurs et des ressources. La gouvernance régionale de cette organisation est assurée par l'agence régionale de santé, soutenue au niveau des départements par les délégations départementales de l'ARS. Les départements, par le biais des conseils départementaux et des collectivités territoriales interviennent également sur les dimensions sociales et médico-sociales en finançant aides, services et initiatives en faveur des personnes âgées. Ces instances en charge du pilotage de l'ensemble de la politique d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie doivent animer une organisation territoriale du parcours de la personne âgée. L'organisation en filière de soins gériatrique doit permettre l'accès à des soins et à un accompagnement adapté pour la personne âgée en structurant et en garantissant la qualité du parcours par le biais d'un réseau de soins de proximité multi-partenarial et d'une filière hospitalière. Dans une approche globale, l'organisation de ces filières hospitalières s'appuie sur l'ensemble des acteurs et structures assurant ou participant à la prise en charge des personnes âgées au premier rang desquels les médecins et les professionnels de soins de ville. Elle intègre également les SSIAD, les EHPAD, les structures sociales comme les CLIC, les DAC (MAIA, PTA...), les SAAD mais aussi la prise en charge gériatopsychiatrique.

La crise sanitaire, a mis en exergue les forces mais aussi les fragilités du champ gérontologique. Les témoignages des acteurs dans les territoires de filières gériatriques nous ont permis d'identifier leurs forces mais également les leviers et les freins auxquels ils sont confrontés dans la mise en œuvre du décloisonnement et des coopérations au service des parcours coordonnés. La structuration territoriale en filière gériatrique semble avoir gagné en cohérence et aujourd'hui, les acteurs reconnaissent davantage l'intérêt de l'appui sanitaire aux ESMS, dans une logique de réciprocité et d'acculturation qui favorise une prise en charge globale de la personne âgée. En effet, cette démarche de coopération permet de répondre à l'enjeu de médicalisation grandissant dans les institutions, et ce particulièrement en EHPAD. A titre d'illustration, le rôle de l'IDE Hygiène et gestion des risques mutualisée en EHPAD, a grandement fait ses preuves pendant la crise et cette compétence est à l'unanimité un besoin pérenne en ESMS. Néanmoins, les modalités et les attendus de certaines organisations sont à revoir. En effet, certains dispositifs se heurtent à un manque de cohérence avec les besoins prévalents des acteurs qui ne sont pas toujours en adéquation avec les politiques publiques mises en œuvre. Par ailleurs, les ressources sanitaires, comme l'HAD ou la géronto-psychiatrie souffrent d'un maillage territorial très hétérogène, n'offrant pas les mêmes possibilités de recours et creusant les écarts dans la qualité des prises en charge et des parcours. Enfin, la demande de la part des structures non médicalisés et des services d'aide et de soins à domicile pour bénéficier davantage de ces ressources est prégnant. Pour eux, la crise a démontré une fois de plus un manque de considération certain de la part des pouvoirs publics.

Un axe majeur émerge de ce travail et met en lumière l'importance de la mise en réseau de l'ensemble des acteurs du parcours de la personne âgée pour palier une multiplication des organisations (institutionnelles et territoriales) et un enchevêtrement des territoires d'intervention. Cette démarche peut et s'est initiée à tous les niveaux, par l'organisation de cellules territoriales réunissant l'ensemble des acteurs, par la formalisation de groupements type GCSMS, par le conventionnement ou encore par le rapprochement des établissements et de services entre eux (EHPAD/SSIAD, EHPAD/Libéraux, SAAD/SSIAD, HAD/CH/DAC etc). Le besoin d'interconnaissance et le repérage systématique des acteurs ressources sur le territoire est identifié et indispensable en tant de crise comme en période ordinaire.

La dynamique de coopérations territoriales s'est développée et les partenariats se sont amplifiées tout au long de ces 17 mois de pandémie. Cependant, ces coopérations doivent être consolidées et désormais recherchées de manière systématique pour éviter les situations d'isolement auxquelles ont été confrontées les dirigeants et les équipes des structures médico-

sociales et sociales, faute de partenariats solides. Il s'agit d'initier une véritable dynamique en faveur de la constitution de collectifs d'établissements, qui, au sein d'un territoire partagé, souhaitent s'emparer de sujets ou de problématiques dont les réponses doivent désormais être construites à une échelle qui dépasse le seul périmètre de la structure ou du service (ROB ARS Bretagne, 2021).

De toute évidence, agir structurellement sur l'offre est nécessaire aujourd'hui, pour que ce qui fonctionne avant, fonctionne pendant et après la crise. Les discussions autour du projet de loi autonomie grand âge, maintenant nourrie par de nombreux rapports et par l'expérience d'une pandémie sans précédent, semble aller dans le sens de la coopération territoriale, du décloisonnement voir même de l'intégration des services afin de répondre aux besoins de fluidité, de sécurité et de qualité des parcours gériatriques.

Bibliographie

Articles scientifiques

Bertillot, Hugo. « Intégrer les services pour rationaliser l'action publique ». Terrains travaux N° 30, no 1 (18 juillet 2017) : 5-30.

Bloch, Marie-Aline. « La fragmentation du système de santé et d'aide pour les personnes âgées », s. d., 6.

De Hennezel, É., Calvat, T. et Chatel, T. (2020). Les personnes âgées, ambassadeurs de nos vulnérabilités et gisement de progrès. Regards, 57, 53-63. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0053>

Garabige, A. et Trabut, L. (2017). « L'approche globale dans le champ de la dépendance ». Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences, 55-1, 149-168. <https://doi.org/10.4000/ress.3785>

Le Bihan-Youinou, B. (2013). « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : Des enjeux multiples ». Gérontologie et société, 36 / 145(2), 13-24. <https://doi.org/10.3917/gs.145.0013>

Lucas-Gabrielli, V. (2010). « Les territoires de santé : Des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification ». Pratiques et Organisation des Soins, Vol. 41(1), 73-80.

Saison, J. (2021). « L'organisation territoriale des soins de premier recours à l'épreuve de la covid-19 : Les enseignements d'une crise sanitaire ». Droit et Ville, N° 91(1), 11-23.

Somme Dominique, Trouvé Hélène et al. « Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral) ». Gérontologie et société 36 / n° 145, no 2 (2013) : 201. <https://doi.org/10.3917/gs.145.0201>.

Trouvé, Hélène, Louis Demers et al. « L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec : le rôle des agences régionales de santé ». *Vie sociale* 6, no 2 (2014) : 55.

Trouvé, H., Couturier, Y., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2010). « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : À la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? » *Geographie, économie, société, Vol. 12(1)*, 31-52.

Vermorel, M. (2014). « Une gouvernance régionalisée pour le secteur médico-social. Dunod. » *ARS : mode d'emploi*, chapitre 7 : 149-170. <https://www.cairn.info/ars-mode-d-emploi-9782100705948-page-149.htm?contenu=resume>

Yatim, Fatima, et Etienne Minvielle. « Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ? » *Politiques et management public* 33, no 1 (30 mars 2016) : 27 48. <https://doi.org/10.3166/pmp.33.27-48>.

Zolla, E. (2017). « Risques sanitaires ». *Guides Sante Social*, Chapitre 8 : 209-281.

Thèses et mémoires

Khosravi, Bahman Moheb. « Les enjeux de la coordination autour du parcours de santé complexe de la personne âgée : la Plateforme Territoriale d'Appui peut-elle faciliter la coopération entre les acteurs et améliorer les trajectoires de soins ? », décembre 2018, 147.

Ouvrages

Aquilino Morelle et Didier Tabuteau. *La santé publique*. 3e édition 2017. Que sais-je ? 3826. Presses universitaires de France, 2010.

Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 2014.

Guirimand, N., Mazereau, P. et Leplège, A. *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin*. Champ social, 2018.

Jacques Raimondeau et al. *Manuel de Santé Publique*. Presses de l'EHESP, 2020.

Textes réglementaires et législatifs

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

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

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

LOI n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

Feuille de route « grand âge et autonomie » 2018

Ma santé 2022

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

Plan « Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019

Plan « Solidarité Grand âge » 2007-2012

Programme Régional de santé Bretagne 2018-2022

Ressources internes – ARS Bretagne

Convention constitutive hospitalière Filière gériatrique de territoire

Feuille de route 2021 de la Direction Adjointe Autonomie

Note de synthèse relative à la Mission de l'EAMS (Juin 2020)

Programme Régional de santé Bretagne 2018-2022

Plan d'Accompagnement de la transformation de l'offre en EHPAD en Bretagne (Juillet 2019)

Rapport d'orientation budgétaire 2021

Rapports et études

ARS Bretagne. « Les équipes mobiles de gériatrie, un maillon essentiel au sein des filières gériatriques », Les études de l'ARS Bretagne, novembre 2015, 12.

ANAP. « Secteur médico-social : Comprendre pour agir mieux. », 2014.

Cour des comptes. « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », 2013.

CNSA. « MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie », Les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014, 22.

DRESS. « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Etudes et Résultats, n° 160 (Février 2002) : 12.

Matières grises. « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui », Etude n°4, 2021.

Senat. « Construire le cinquième risque : le rapport d'étape (rapport) », 2010.

Sitographie

« 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 ». Consulté le 23 décembre 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>.

« Parcours de santé, de soins et de vie – Ministère des Solidarités et de la Santé ». Consulté le 4 avril 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

« Les groupements hospitaliers de territoires - ARS » Consulté 7 avril 2021. <http://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

« Les premières pistes de réforme des Ehpad les placent sous la tutelle unique des ARS ». Hospimedia juin 2021. Consulté le 18 juin 2021.

« Grand âge et domicile : Vers la création d'un nouveau service « autonomie » (avant-projet de loi). apm news juin 2021. Consulté le 18 juin 2021.

« Pour la Fnadepa, les ARS doivent être pilote unique de l'autonomie », La Gazette des Communes. Consulté 16 mai 2021. <https://www.lagazettedescommunes.com/63725/pour-la-fnadepa-les-ars-doivent-etre-pilote-unique-de-lautonomie/>

Liste des annexes

| | |
|---|-------|
| ANNEXE 1 : Cartographie des territoires de filières gériatriques en Bretagne..... | p.66 |
| ANNEXE 2 : La mission d'appui médico-social, bilan d'activité et perspectives 2021..... | p.67 |
| ANNEXE 3 : Liste des rencontres territoriales..... | p.71 |
| ANNEXE 4 : Compte rendu de la rencontre des filières de Lorient / Quimperlé..... | p.72 |
| ANNEXE 5 : Grille d'analyse des thématiques abordées lors des rencontres territoriales..... | p.78 |
| ANNEXE 6 : Grille d'observation de la rencontre des filières de Lorient / Quimperlé..... | p.79 |
| ANNEXE 7 : Liste des réunions..... | p.83 |
| ANNEXE 8 : Tableaux diagnostics et état des lieux par filières gériatriques..... | p.84 |
| ANNEXE 9 : Plan d'action « Prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée » de la feuille de route 2021 de la Direction Adjointe Autonomie..... | p.108 |
| ANNEXE 10 : Cartographie des 8 territoires de santé bretons..... | p.111 |
| ANNEXE 11 : Les Groupements Hospitaliers de Territoire bretons..... | p.112 |
| ANNEXE 12 : Les EHPAD par filière gériatrique et par gestionnaire..... | p.113 |

ANNEXE 1 : Carte des territoires de filières gériatriques en Bretagne (ARS Bretagne, 2015)



ANNEXE 2 : La mission d'appui médico-social, bilan d'activité et perspectives 2021

I. Mise en œuvre de la mission

En Avril 2020, mise en place d'une équipe composée de 5 professionnels en management des Etablissements de Santé et des organisations, disponibles et présentant des parcours et expériences complémentaires, pour offrir un appui aux établissements médicosociaux particulièrement mis en difficultés par l'épidémie Covid-19.

- Les membres des EMS nommés pour cet Appui MédicoSocial (AMS) ont été repérés par les Directions départementales pour leur fragilités structurelles ou révélées, impactés ou pas, en forte appréhension face au risque.
- L'Appui Médico-Social a été réalisé en binôme et décliné en tant qu'aide de la part de pairs apportée à l'EMS confronté à une situation inédite.
- Le diagnostic, les préconisations, ainsi que la clôture de l'AMS étaient élaborés en concertation et, partagés avec la direction départementale.

II. Bilan d'activité

50 établissements médico-sociaux ont bénéficié d'un Appui Médico-social (AMS).

- 1^{ère} saison d'avril à Juillet : 19 EMS
- 2^{ème} saison à partir d'aout : 24 EMS
- 1^{er} trimestre 2021 : 7 EMS

Côtes d'Armor : 22 EMS ; Finistère : 10 EMS ; Ille et Vilaine : 8 EMS et Morbihan 10 EMS

Dimensionnement : 80 places en moyenne (quelques structures à 24, 26, 30 places)

Il s'agit d'EHPAD à 86 % d'EHPAD ; 7 % Résidences autonomes (3 établissements) ; 7 % MAS ou Foyer de Vie (4 établissements)

24 CCAS, 19 Associatif But Non Lucratif, 3 en CH, 3 Privé But lucratif, 1 Handicap

Par ailleurs l'EAMS a été sollicitée pour avis, recommandations, transmissions de protocoles, par une trentaine d'EMS, en particulier depuis septembre.

L'Equipe d'AMS a contribué à la cellule de crise médicosociale de l'ARS ainsi qu'à l'instruction des démarches engagées à partir des préconisations portées par la mission.

III. Les constats

Ces appuis Médicosociaux ont consisté à aider les EMS dans tous les registres :

- Mise à disposition d'EPI
- Mobilisation des partenaires hospitaliers, libéraux et publics (protection civile ; personnels territoriaux)
- Mobilisation de personnels et compétences
- Activation ou mise en place des réseaux et filières, en particulier gériatriques et infectieux,
- Validation de conduites à tenir en fonction des configurations, des ressources et de la maturité de chaque établissement en matière de prévention des risques.
- Elaboration, suivi des plans de confinement, puis déconfinement
- Contribution relations avec les familles
- Consolidation du pilotage de l'établissement
- Gestion de la médiatisation
- Et surtout RASSURER les équipes

Des points de fragilités ont été repérés dans ces structures :

- Absence de médecin coordonnateur
- Absence de contribution d'IDE hygiéniste
- Carence temporaire de gouvernance (intérim de direction, vacance)
- Absence de réseau constitué
- Déficit récurrent en termes de prévention des risques

C'est-à-dire des établissements pour la plupart isolés, dans un contexte de manque d'équipements, de tension en Ressources Humaines, et parfois de défaut de solidarité spontanée de la part :

- Des EMS et CH en proximité
- Des médecins et paramédicaux du secteur.

Avec un ressenti, d'être abandonnés, en désarroi de ne pas être soutenus lors de l'épidémie ou aidés face au risque (recommandations, conduite à tenir décalées, non synchronisées).

Par ailleurs, les EHPAD investigués s'ils ont capitalisé pour une part les séquences de confinement / déconfinement sont néanmoins déstabilisés, mesurant l'écart entre un exercice et la réalité de cas COVID.

L'appui a consisté à recentrer, valider les dispositions mises en œuvre,

- Une attention particulière a été portée aux modalités de déconfinement (plus compliqué que le confinement) dans l'esprit de protéger sans isoler, en concertation suivie avec les familles.
- Le point sensible se situe au niveau RH : recherche quotidienne de ressources dans un contexte de vivier paramédical inexistant et un niveau de fatigue, voire d'usure au niveau des professionnels peut-être pas enclins à renouveler les efforts de début de crise épidémique.

IV. Les préconisations

- Contribuer à fédérer les EMS isolés sur leur secteur : un établissement seul, isolé ne peut répondre à ce type de crise sanitaire.
- Inscrire les EMS en modes d'anticipation et agilité des organisations en termes de gestion des risques avec l'appui des expertises filières (hygiène, palliative, gériatrique) sur un périmètre territorial

C'est-à-dire permettre aux équipes d'assurer et d'assumer lors d'épidémies locales ou de crise sanitaire épidémique l'équilibre :

Sécurité – Bienveillance – Liberté

V. Le regard de l'EAMS sur la crise

- **Une grande diversité**, hétérogénéité d'établissements avec un mode de gouvernance en lien avec le statut : EMS en CCAS, Associatif à but non lucratif, à but lucratif ou rattaché à un Etablissement Sanitaire (ES)
- **La situation la plus favorable** : un établissement disposant d'un médecin coordonnateur ou référent, en réseau sur les filières gériatriques, palliatives et HAD, disposant d'un temps d'IDE hygiène, inscrit dans une démarche clinique s'appuyant sur un dossier de soins suivi et partagé.
- Une appropriation effective des conduites à tenir ont apporté de la robustesse au niveau de la plupart des EMS au sein desquels le sentiment de fatigue et d'usure prédomine.
- **La nécessité d'accompagner les EMS dans une culture de prévention des risques**, notamment épidémiques structurée en démarche continue d'amélioration des organisations et consolidation des pratiques.
- **La capacité des EMS à s'adapter à la crise**, c'est-à-dire leur agilité à reconsidérer l'organisation est

directement liée à la qualité, la diversité et la pertinence des compétences mobilisées par l'EMS.

- **La nécessité d'une analyse de situation de l'EMS déterminante** afin d'apprécier le niveau de maturité de l'établissement en termes de rapprochement (coopération, de collaboration et mutualisation), en termes d'organisation et ressources associées ainsi qu'en prévention du risque.
- **Le besoin d'homogénéiser au niveau régional**, le niveau de contribution des partenaires socles, notamment l'HAD. Là où l'HAD a été très mobilisée, la crise a été contenue.

ANNEXE 3 : Liste des rencontres territoriales

| N° | Objet | Date | Durée | Lieu | Nombre de participants |
|----|---|------------|-------|---|------------------------|
| 1 | Rencontre territoriale des filières gériatriques Lorient / Quimperlé | 12.05.2021 | 2h30 | Centre hospitalier Bretagne sud à Lorient pour 7 participants et en visioconférence pour les autres | 21 |
| 2 | Rencontre territoriale de la filière de Douarnenez-Pont L'Abbé | 25.05.2021 | 2h | A la DD du Finistère à Quimper pour 4 participants et en visioconférence pour les autres | 26 |
| 3 | Rencontre territoriale de la filière de Fougères-Antrain | 27.05.2021 | 2h | En visioconférence | 20 |
| 4 | Rencontre territoriale de la filière de Morlaix | 31.05.2021 | 2h | Au CH du Pays de Morlaix pour 8 participants et en visioconférence pour les autres | 29 |
| 5 | Rencontre territoriale des filières de Trégor-Goëlo / Guingamp | 01.06.2021 | 2h30 | A la DD des Côtes d'Armor pour 5 participants et en visioconférence pour les autres | 20 |
| 6 | Rencontre territoriale de la filière de Dinan | 07.06.2021 | 2h | Au CH de Dinan pour 8 participants et en visioconférence pour les autres | 18 |
| 7 | Rencontre territoriale des filières de Vannes-Auray / Ploërmel-Malestroit | 09.06.2021 | 2h30 | En visioconférence | 27 |
| 8 | Rencontre territoriale de la filière de Saint Malo | 15.06.2021 | 2h | Au CH de Saint Malo pour 12 participants et en visioconférence pour les autres | 20 |
| 9 | Rencontre territoriale de la filière de Quimper-Châteaulin | 16.06.2021 | 2h | En visioconférence | 22 |
| 10 | Rencontre territoriale de la filière de Redon | 23.06.2021 | 2h | En visioconférence | 10 |
| 11 | Rencontre territoriale de la filière de Saint Briec | 28.06.2021 | 2h | En visioconférence | 23 |
| 11 | Rencontre territoriale de la filière de Rennes avec 3 représentants du GCSMS Noesis | 8.06.2021 | 2h | Au siège de l'ARS Bretagne à Rennes | 6 |
| 12 | Rencontre territoriale de la filière de Rennes avec la FNADEPA 35 | 16.06.2021 | 2h30 | Dans une salle communale à Iffendic | 17 |
| 13 | Rencontre territoriale de la filière de Pontivy-Loudéac | 30.06.2021 | 2h | En visioconférence | 22 |

ANNEXE 4 : Compte rendu de la rencontre des filières de Lorient / Quimperlé

Les participants à cette rencontre ont été anonymisés.

Participants présents dans la salle au CHBS :

- Conseillère Autonomie Grand âge à la DHAP de l'ARS
- Directeur adjoint de la politique gériatrique au GHBS (Lorient)
- Attaché d'administration hospitalière en charge de la mesure 5 au GHBS
- Gériatre et représentante filière gériatrique au GHBS
- Membre de l'équipe d'appui médico-social
- Responsable pôle personnes âgées à la délégation départementale du Finistère
- Responsable pôle médico-social personnes âgées à la délégation départementale du Morbihan

Participants connectés en visioconférence :

- Directrice adjointe des politiques gériatriques au GHBS (Quimperlé)
- Chargée de mission stagiaire à la Direction Adjointe Autonomie
- Direction de l'autonomie, Service de la gestion de l'offre au Conseil Départemental du Morbihan
- Coordinatrice territoriale et en charge de la mesure 5 au DAC Cap autonomie santé
- Médecin coordonnateur de l'HAD de l'Aven
- Praticienne hospitalière au sien du pôle de psychiatrie du sujet âgé à l'EPSM Charcot Sud Bretagne
- Médecin coordonnatrice EHPAD mutualité 56 et représentante personne âgée pour la mutualité.
- Directeur CCAS de Bubry (EHPAD + SAAD) et membre de la FNADEPA
- Directrice CCAS de Lorient
- Directeur EHPAD Edilys (Groupe Argo)

- Résidence Autonomie Le Faouët
- Directrice de la résidence Les Océanides groupe Kerdonis
- IDE libérale, membre de la FNI et prenant part au dossier mesure 5
- IDE libéral prenant part au dossier mesure 5

Invités mais non présents lors de la rencontre :

- Directeur du centre de rééducation Kerpape
- Directrice de l'EHPAD Le Belvedere
- Directeur personnes âgées et services à domicile à la mutualité 56 (représenté par Dr Juchs)
- Directeur EHPAD Ledivit Association AJL
- Représentant Fédération Omega 56
- Représentante Synerpa
- Directeur de l'ADMR 56

Le territoire de filière gériatrique de Lorient/Quimperlé, s'étendant sur les deux départements du Morbihan et du Finistère, était le premier rencontré. Ce territoire fut également le premier en Bretagne à déclarer un cluster Covid dans un EMS, au sein d'une de ses résidence autonomie. L'ensemble des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux était représenté lors de cette rencontre.

A la suite d'un premier temps de présentation, les participants semblaient en accord avec les objectifs du projet Retex et avec les constats présentés par l'équipe d'appui médico-social. Cependant, il est relevé l'importance de l'intervention des professionnels libéraux en ESMS, particulièrement sollicités et parfois un manque de lien entre les acteurs territoriaux de proximité. La suite des échanges fut riche en témoignages, en partages d'expérience et en propositions.

L'intérêt des postes de coordination dans les structures non médicalisées comme médicalisées

Lors du temps d'échange et de débat, qui composait la structure majoritaire de notre réunion, il a été mis en avant la nécessaire présence d'une IDEC au sein des résidences non médicalisées (tenue de dossier, expertise soignante...). Certaines résidences autonomie / seniors ont eu le sentiment d'être « les grands oubliés » de la crise sanitaire et ce point d'attention doit être mis en lumière

selon nos participants. L'expérience de la mutualisation d'un poste d'IDEC pour plusieurs résidences non médicalisées du CCAS de Lorient soutenu par la mutualité a été très bénéfique, ce poste est toujours occupé à ce jour.

D'autre part, l'absence d'un IDEC et/ou d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD touchés par la crise est considérée comme un désavantage certain. Ce point a été abordé plusieurs fois lors de nos échanges et l'ensemble des acteurs sont pour une promotion et un développement important de ces postes soignants de coordination.

Une gestion de crise facilitée par une dynamique de coopération existante et un rôle pivot de l'HAD

Le territoire de Lorient/Quimperlé possède une couverture médicale importante, ce qui a favorisé l'émergence d'une expertise médicale ressource pendant la crise permettant de ne pas « sur réagir » face aux données épidémiologiques, protocoles ou recommandations institutionnels.

La communauté professionnelle a su mettre à profit le travail de collaboration et de partenariat déjà engagé depuis de nombreuses années et qui a permis de se mettre rapidement en dynamique. Les organisations innovantes se sont faites grâce à l'organisation préexistante qui a servi de « starter ». Il a fallu s'adapter rapidement car le recours hospitalier pratiqué en première vague pour mettre à l'abris les patients les plus « graves », n'a pas pu et ne pourra se pérenniser dans la mesure où les hôpitaux retrouvent leur ordre de marche et leurs activités habituelles pour répondre à la continuité des soins. Il est donc nécessaire d'initier une coopération souple et efficace pour maintenir les personnes dans leurs lieux de vie en faisant intervenir des ressources sanitaires externes. La capacité de l'hôpital à intervenir hors les murs doit se développer. En ce sens, l'HAD a joué un véritable rôle d'appui, par ses interventions mais également par ses conseils et son expertise auprès des ESMS. La mise à disposition d'outils et de matériel par l'HAD aux établissements, qui n'étaient pas forcément utilisés mais qui ont permis d'anticiper les besoins et de rassurer les équipes, a été aussi capital que leurs interventions sur place.

Communication institutionnelle et mutualisation des compétences et des expertises entre acteurs

La FNADEPA a organisé, pour leurs adhérents, de nombreux temps d'échanges ou temps de travail, notamment pour la réécriture des plans bleu. Ces temps ont également permis des retours de compréhension sur les différents protocoles et recommandations liés au contexte sanitaire. En effet, il a été mis exergue lors de nos échanges, la confusion et la profusion d'informations émanant des institutions. Par exemple, un seul protocole était relayé à la fois par l'ARS siège, la délégation

départementale et le conseil départemental voir envoyé à plusieurs reprises par la même institution. Les établissements se sont donc retrouvés en difficultés face à la multiplication des sources d'informations. Lors de la réunion, certains acteurs ont donc proposé la mise en place d'une adresse mail ARS spécifique à la « crise » afin d'avoir un seul canal d'information auquel se référer. A l'inverse, la plateforme de l'ARS dédiée à la crise a été appréciée et utilisée.

En lien avec le GHBS qui a coordonné les interventions de l'ensemble des acteurs (médecins GHBS/extérieurs, HAD, ressources éthiques, etc.), le GCS CAPPS a été catalyseur grâce aux audio et web conférences, très appréciées par les professionnels libéraux et les établissements, particulièrement ceux sans ressources médicales ou soignantes qui ont pu bénéficier d'une information commune avec la possibilité d'interagir.

Les établissements touchés ont pu compter sur la saisine des acteurs territoriaux de proximité pour faire face à la gestion de crise (Mutualité, professionnels libéraux, HAD...). Les expériences déjà vécues par d'autres établissements touchés ont permis de réagir plus vite et de mettre en œuvre ce qui avait déjà été engagé ailleurs. Dans les EHPAD et résidences autonomie du groupe de la mutualité, la coopération des forces vives de tous les établissements a permis de mieux gérer la crise en croisant les regards, les compétences et les expériences. L'organisation des cellules de crise s'est faite de manière large voir régionale afin de mutualiser un maximum de ressources. Il est également souligner le rôle essentiel de la collaboration entre les professionnels libéraux et les médecins coordonnateurs. Plusieurs EHPAD adhérents FNADEPA (Hennebont, Bubry, Inzinzac et Languidic) de gestionnaires différents ont également anticipé la mutualisation de personnel en cas de clusters ou de difficultés dans un de leurs établissements voisins.

Le rôle du Dispositif d'Appui à la Coordination et du Conseil Départemental

Le DAC Cap autonomie santé, assez jeune sur le territoire a pu se faire connaître au travers de la crise qui l'a embarqué dans la réponse au besoin du territoire. Il a travaillé sur le repère des besoins et des fragilités en établissements, par exemple au sein des EHPAD qui n'avaient pas de médecin coordonnateur. Ils ont également été le relais d'information et un appui organisationnel (distribution des EPI, organisation des drives et des centres de vaccination en lien avec les professionnels libéraux...). Leurs interventions étaient davantage tournées vers le domicile et l'ambulatoire, plus isolés. Ils ont pu venir en appui sur l'organisation des tournées de repas à domicile ou encore sur la prise en charge des situations complexes à domicile.

Le conseil départemental a mené un travail conjoint avec la délégation départementale pour identifier les structures collectives non médicalisées recevant des personnes âgées (communautés

religieuses, habitats inclusifs...). Cette cartographie a également été faite en collaboration avec le DAC, toujours dans son rôle de repère des besoins. Le département compte un nombre important de structures non médicalisées qu'il faut également intégrer à la vaccination et à la gestion de crise en faisant appel aux acteurs de soins de ville. En tout, le Morbihan dénombre 250 structures non médicalisées et médicalisées recevant des personnes âgées.

Ressources sanitaires : équipe mobile de gériatrie et dispositif d'hygiène mutualisé dans les EHPAD.

L'équipe mobile de gériatrie a été fortement mobilisée en début de crise pour intervenir dans les EHPAD. Ainsi elle a pu aider au repère des symptômes/signes cliniques, former à la réalisation des tests RT-PCR cliniques (193 résidents d'EHPAD extérieurs au GHBS vus, dont 168 prélevés), fournir des conseils organisationnels, et a invité les établissements à nommer des « référents Covid ». Les déplacements extra hospitalier se sont arrêtés lorsque l'accès aux prélèvements a été facilité. En effet, l'activité intra hospitalière est conséquente et le manque de moyen ne permet pas d'intervenir davantage en extrahospitalier dès lors que l'activité intra hospitalière est soutenue. Le numéro d'astreinte gériatrique est connu des acteurs et toujours disponible mais finalement peu d'appel concernent des situations Covid, les demandes concernent essentiellement des avis gériatriques sur des troubles du comportement.

Sur la ressource IDE Hygiénistes et gestion des risques, les acteurs mettent en avant le besoin ponctuel dans les structures non médicalisées et pas seulement en EHPAD. Le GHBS a recruté 2.5 ETP IDE H et GDR qui, en prévisionnel, prendront leur fonction à la fin de l'été 2021 pour l'une et en octobre 2021 pour les deux autres. Dans l'attente de leurs prises de poste, tous les EHPAD du territoire disposent du numéro de gestion du risque infectieux pour demande ou conseil. Il sera néanmoins précieux de connaître, avant la mise en œuvre effective du dispositif, les conditions de sa pérennisation financière, ce afin d'engager un cadre de conventionnement clair et anticipant l'avenir.

Pérennisation et projet partagé mesure 5

Pour conclure, l'interconnaissance et le repérage systématique des acteurs ressources sur le territoire est indispensable en tant de crise comme en période ordinaire. Le soutien et la solidarité doivent continuer à se développer sur ce territoire et il faut faire vivre dans le temps ces liens, ces partenariats et ces coopérations. Il est également nécessaire de ne pas oublier le domicile, les résidences non médicalisées et les lieux collectifs accueillant des personnes âgées. En ce sens, le projet partagé de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences, bien engagé sur le territoire,

permet de capitaliser ce qui est déjà en cours et de mettre autour de la table l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de santé de la personne âgée. Des réunions plurisectorielles et pluridisciplinaires ont lieu régulièrement dans ce cadre mais se pose la question du pilotage et de la gouvernance à long terme. En effet, il est nécessaire de déterminer une instance de coopération intersectorielle pérenne au-delà de la réalisation du projet de la mesure 5.

Enfin, pour favoriser la coordination entre professionnels, le lien ville-hôpital et le lien professionnels libéraux-ESMS, il est essentiel que l'ensemble des acteurs se saisissent des outils existants (Plateforme Globule, Association GECO lib'...). La communication de ces outils partagés par les institutions, associations et fédérations auprès des professionnels et des établissements semblent constituer un levier pour pérenniser la coordination.

Par ailleurs et plus largement, sur le sujet de la filière palliative, le Dr Eric Fossier suggère de mettre en place une fédération de soins palliatifs en collaboration avec l'HAD en évitant la multiplication des dispositifs. La création d'un dispositif territorial qui englobe l'intra et l'extra hospitalier conviendrait davantage. En somme, un modèle agile et une définition de la gouvernance territoriale du parcours.

ANNEXE 5 : Grille d'analyse des thématiques abordées lors des rencontres territoriales

| | Description de la situation sur le territoire / Etat des lieux / Ressources | Difficultés de coopération / Freins | Liens / partenariats / coopération mise en œuvre / Leviers |
|--|---|-------------------------------------|--|
| Lien DD et CD | | | |
| Astreinte gériatrique | | | |
| Ressource médicale gériatre | | | |
| Ressource ingénierie | | | |
| EMG | | | |
| HAD | | | |
| Soins palliatifs | | | |
| DAC | | | |
| IDEH et GDR | | | |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | | | |
| ARACT | | | |
| IDE de nuit | | | |
| Géronto-psychiatrie | | | |
| Résidence Autonomie / Résidence Seniors | | | |
| Mesure 5 | | | |

ANNEXE 6 : Grille d'observation de la rencontre Lorient / Quimperlé

I. Modalités pratiques

Organisation de la réunion

Le travail est organisé en une seule grande assemblée par territoire de filière gériatrique.

Structure de la réunion avec des repères de temps : introduction et principales étapes de discussion, temps pour chaque sujet, temps de débat et temps d'information.

Qui préside la séance ? Qui l'anime ? *Josiane Bettler, conseillère Autonomie grand âge à l'ARS Bretagne.*

Sur quels supports visuels la réunion est-elle présentée (carte, PowerPoint, etc.) ? Quels documents sont mis à la disposition du public ?

Un PowerPoint de présentation du « projet capitalisation Retex Covid dans les territoires » et du travail de l'équipe d'appui médico-social est diffusé en partage d'écran en début de réunion. Le reste de la réunion se fait sous forme de débat.

Y a-t-il un médiateur du débat ? Quel est son rôle : pacifier les échanges, pousser au débat, laisser les conflits s'exprimer ?

Oui, passer la parole, reformuler, structurer les échanges et interroger les personnes ne s'étant pas exprimées.

Le temps des interventions est-il limité d'une manière formelle (nombre de minutes) ou informelle (commentaires de l'animateur quand l'intervention lui semble être trop longue) ?

Informelle, l'animateur passe la parole à d'autres participants pour partager le temps de parole.

Qui rédige les comptes rendus de séances ? À qui sont-ils envoyés ?

Félyse Launay, stagiaire à l'ARS. Il sera envoyé à tous les participants de la réunion.

Quels sont les moyens d'information et de communication post réunion ?

La communication se fera principalement par mail. Les participants peuvent également joindre Josiane Bettler par téléphone s'ils ont des interrogations ou des éléments à ajouter.

Configuration de la salle

Dans quel lieu est organisée la réunion ? Qui en présentiel ? Qui en distanciel ?

Comment la salle est-elle organisée spatialement (en cercle, en demi-cercle, avec une tribune et une assemblée, etc.) ? Faire un schéma, avec la place occupée par les différents acteurs en présentiel.

La salle est organisée en demi-cercle, pour voir tous les présents via la visioconférence.

A droite : Les membres du CHBS (administratifs et médicaux)

Au centre : Josiane Bettler et Anne Marie Lusteau (membre de l'EAMS)

A gauche : Les référents personnes âgées de la DD 56 et de la DD29

La configuration de la salle met-elle en avant certains participants ?

Elle met en avant Josiane Bettler qui anime la séance.

La configuration entre les acteurs présents et ceux en distanciel crée-t-elle des hiérarchies entre secteurs sanitaire, médico-social et social ?

Les secteurs représentés en présentiel : Sanitaire et institutionnelles

Les secteurs représentés en visioconférence : Sanitaire, médico-social, social.

Pas de hiérarchie palpable.

Participants

Comment les acteurs sont-ils informés de la tenue de cette réunion ? Par qui ? Combien de temps à l'avance ?

Les acteurs ont été informés par mail deux semaines et demie avant la réunion.

Qui a répondu présent à la réunion ? Tous les secteurs sont-ils représentés ?

Sur 23 personnes conviées, 16 ont répondu présentes et 7 étaient absentes. Mais tous les secteurs étaient représentés.

Observe-t-on une diversité ou une homogénéité des participants ?

On observe donc une diversité des participants.

Qui prend la parole ? Estimation du nombre d'intervenants et du secteur d'appartenance.

Tous les participants ont pris la parole. Avec un peu plus de temps pour les représentants d'établissements médicaux sociaux et l'HAD.

Comment les personnes prennent la parole ?

Lève la main virtuellement, sont directement interpellés par l'animatrice ou un autre participant...

Tous les participants se sont-ils présentés en début de séance lors du tour de table ?

Oui, un tour de table a été effectué en début de séance.

I. Formes d'interaction

Sujets débattus

Quels sont les sujets/thématiques débattus au cours de la réunion ?

Intervention des professionnels libéraux en EMS, Résidence autonomie/ résidences séniors, rôle de l'HAD, Coopération, lien de proximité existants qui ont facilité la gestion de crise, gestion des clusters en EMS, Gestion et communication institutionnelle pendant le crise, Rôle du DAC, rôle du CD, Dossier Mesure 5.

Quelles thématiques suscitent l'intérêt ou le désintérêt de la salle ?

Toutes les thématiques abordées lors du débat ont suscité l'intérêt. Mais le temps restreint n'a pas permis d'aborder toutes les thématiques.

Outre les thématiques prévus à l'ordre du jour, est-ce que d'autres sujets émergent par l'initiative des acteurs participants ?

Non toutes les thématiques étaient en rapport avec le projet.

Certains points sont-ils écartés de la discussion ? Par qui ? Pourquoi ?

Ils n'ont pas été écarté par un acteur mais plutôt par le manque de temps.

Quel est le contenu des interventions ? Quels arguments s'affrontent ? (Extraits d'interventions et de dialogues)

Toutes les thématiques abordées lors de la réunion ont fait consensus. A l'exception de la communication des institutions lors de la crise : Confusion d'information et profusion ++

Prises de parole

Quantifier les temps de parole entre les différents participants : un groupe monopolise-t-il la parole ou les interventions se font-elles à parité ?

Les interventions se sont faites à parité.

Qu'est-ce qui domine dans les prises de parole : l'information ou les échanges ?

Les échanges ++

Quel registre de parole domine : interpellation/plainte, proposition/action/suggestion, information (demande d'information ou message informatif) ?

Proposition/action/suggestion

Quelle est la part d'échanges entre acteurs des différents secteurs et entre acteurs / animateur de la réunion (ARS) ?

Les acteurs des différents secteurs communiquent entre eux, rebondissent sur les propos de chacun, sans forcément que la parole soit reprise par l'animatrice.

Tout le monde peut-il s'exprimer au cours de la réunion ?

Oui, sauf problème de connexion donc désavantage pour les personnes en distanciel

Type de savoir mobilisé

Les habitants font-ils des propositions d'actions en faveur de la coopération ? Comment justifient-ils leurs propositions ?

Oui et exposent surtout ce qu'ils ont déjà initié en insistant sur le fait que cela doit continuer à se développer.

Sur quels font-ils des propositions ? Ces propositions semblent-elles raisonnables ou insensées ?

Les propositions émises semblent raisonnables et réalisables. Ex : proposition d'une adresse mail institutionnelle unique dédiée à la gestion de crise pour recevoir les informations/protocoles/recommandations.

Quelle est l'attitude des participants face à la présentation introductive : adhésion (sur le fond ou sur la forme, sur l'esthétique ou les fonctionnalités du projet), incompréhension, critique, etc. ?

Adhésion des constats présentés, les participants soulignent quelques manques (intervention des professionnelles libéraux) mais le membre de l'EAMS leurs expliquent que les éléments présentés ne sont pas exhaustifs de tout le travail mené.

Relations entre les acteurs et ambiance générale

Observe-t-on un respect mutuel entre les acteurs ? Les comportements sont-ils plutôt coopératifs ou conflictuels ? Les relations sont-elles formelles ou amicales ?

Relation formelle pour certains et « amicales » pour d'autres qui se connaissent et collaborent depuis de nombreuses années.

Comment les acteurs communiquent-ils entre eux ? Repère-t-on des signes de familiarité (tutoiement, appellation par un prénom, etc.) ?

La majorité des participants se vouvoie, à quelques exceptions.

Les propositions des acteurs vont-elles à l'encontre des orientations de la politique régionale de santé ?

Non, au contraire ils vont dans le sens de la volonté publique en matière de santé : davantage de coopération, de décloisonnement avec une notion de parcours.

Les participants s'écoutent-ils mutuellement ? Réactions de la salle lors des prises de parole : applaudissements, sifflements, calme plat... ? Des conversations parallèles se développent-elles ? Les participants sont-ils interrompus lorsqu'ils prennent la parole ?

Respect de la parole de chacun. La visioconférence empêche d'observer de possibles conversations parallèles.

L'atmosphère est-elle calme, bon enfant, animée, agitée, tendue ? La logique est-elle plus de confrontation ou de travail en commun ? D'où viennent les éventuelles tensions (de la part de qui, sur quels sujets) ?

Pas de tensions remarquées lors de la séance.

Finalement, les différents acteurs parviennent-ils à se comprendre : parlent-ils le même langage ou sont-ils sur des registres de parole différents voire inconciliables ? Recherchent-ils à défendre leur intérêt (individuel ou collectif) ou à mutualiser leurs expériences et leurs connaissances ? Des difficultés de compréhension subsistent-elles ?

Consensus général.

ANNEXE 7 : Liste des réunions

| N° | Objet | Date | Durée | Lieu |
|----|---|------------|-------|----------------------------------|
| 1 | Commission Spécialisée médico-sociales (CSMS) | 10.03.2021 | 3h | Visioconférence |
| 2 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 11.03.2021 | 2h | Visioconférence |
| 3 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 18.03.2021 | 2h | Visioconférence |
| 4 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 25.03.2021 | 2h | Visioconférence |
| 5 | Réunion médico-sociale Conseils départementaux / ARS DAA | 30.03.2021 | 2h30 | Visioconférence |
| 6 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 01.04.2021 | 2h | Visioconférence |
| 7 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 08.04.2021 | 2h | Visioconférence |
| 8 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 15.04.2021 | 2h | Visioconférence |
| 9 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 06.05.2021 | 2h | Visioconférence |
| 10 | Comité de suivi IDE hygiénistes et GDR ARS/CPIAS/GCS CAPPs | 11.05.2021 | 1h30 | Siège de l'ARS Bretagne à Rennes |
| 11 | Groupe technique Dispositif IDE H et GDR DAA/DAVSS | 20.05.2021 | 1h30 | Siège de l'ARS Bretagne à Rennes |
| 12 | Réunion technique Personnes âgées DAA / DD + Point Tension RH | 09.06.2021 | 2h30 | Visioconférence |
| 13 | Réunion hebdomadaire ARS / Fédérations médico-sociales | 10.06.2021 | 2h | Visioconférence |
| 14 | Commission Spécialisée médico-sociales (CSMS) | 16.06.2021 | 3h | Visioconférence |
| 15 | Groupe technique IDE H et GDR : ARS/CPIAS/GCS CAPPs | 17.06.2021 | 1h30 | Siège de l'ARS Bretagne à Rennes |
| 16 | Présentation et échanges autour du dispositif IDE H et GDR aux CH supports de filières gériatriques | 29.06.2021 | 1h30 | Visioconférence |
| 17 | Présentation du dispositif IDE et GDR aux fédérations médico-sociales | 30.06.2021 | 1h30 | Visioconférence |
| 18 | Présentation et échange autour du dispositif d'amorçage IDE H et GDR aux établissements de santé porteurs d'un dispositif existant | 06.07.2021 | 1h30 | Visioconférence |
| 19 | Réunion technique « Dossier Mesure 5 », présentation des attendus aux DD | 15.07.2021 | 2h | Audioconférence |
| 20 | Réunion technique sur le « Dossier Mesure 5 », présentation des attendus avec les établissements de santé supports de filières gériatriques | 22.07.2021 | 2h | Visioconférence |

ANNEXE 8 : Tableaux diagnostics et état des lieux par filière gériatrique

| GHT Bretagne Occidentale | Filière gériatrique de Brest | Filière gériatrique de Carhaix | Filière gériatrique de Morlaix |
|---|---|--|---|
| Etablissement support | CHRU de Brest | CHRU Brest site de Carhaix | Centre Hospitalier du Pays de Morlaix |
| Référent médical | <p>Dr Françoise Duquesne, gériatre chef de pôle au CHRU francoise.duquesne@chu-brest.fr</p> <p>Dr Armelle Gentric, gériatre au CHRU armelle.gentric@chu-brest.fr</p> | <p>Dr Samuel Duhamel, gériatre CHRU site de Carhaix samuel.duhamel@chu-brest.fr</p> | <p>Dr Isabelle Dudermel, gériatre au CHPM idudermel@ch-morlaix.fr</p> <p>Dr Natacha Le Rousseau Duval, gériatre au CHPM nlerousseauduval@ch-morlaix.fr</p> |
| Référent administratif | <p>Julie Cottenceau, Directrice en charge de la politique gériatrique julie.cottenceau@chu-brest.fr</p> | | <p>Emmanuel Poussart, Directeur Adjoint CHPM référent de la filière gériatrique EPoussart@ch-morlaix.fr</p> |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | <p>Marie Haude Salaun, Responsable pôle personnes âgées à la DD du Finistère Catherine Bescond, Responsable pôle offre de soins hospitalière à la DD du Finistère</p> | | |
| Référent(s) Conseil Départemental | <p>Yannick Deimat, Direction des personnes âgées/handicapées au département du finistère</p> | | |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | <p>Numéro d'astreinte actif En Semaine de 8h30 à 19h Peu sollicité pendant la crise</p> | | <p>Numéro d'astreinte toujours actif En semaine de 8h30 à 18h30 et weekend et jours fériés de 9h à 18h Peu sollicitée et demandes concernant essentiellement de la trajectoire patient</p> |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | <p>Pas d'intervention extrahospitalière pendant la crise</p> | <p>EMG du site de Carhaix Pas d'intervention extrahospitalière pendant la crise</p> | <p>EMG qui n'est pas intervenue en extrahospitalier pendant la crise mais qui a la volonté de s'externaliser notamment via l'arrivée récente d'une IPA dans l'équipe</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| HAD | HAD du Ponant Conventions avec SSIAD / SPASAD : 8 conventions signées | HAD du Pays de Morlaix (AUB) HAD bien identifiée et connue des acteurs mais recours parfois difficile pour les EHPAD au regard de la forte demande pendant la crise | |
| Soins palliatifs | EMSP du CHRU de Brest Dr Leroy / En semaine de 9h à 18h Pas d'activité extrahospitalière | Pas d'EMSP sur le site de Carhaix | EMSP du CHPM Dr Le Calvez / En semaine de 9h à 18h Pas d'activité extrahospitalière |
| DAC | DAC Appui Santé Nord Finistère Directrice : Christine Cloarec En 2015 fusion-absorption de six Réseaux de santé : Diabiroise, Palliance, Pol Aurélien, Respecte, Réseau Gériatrique Brestoïse et Réseau de Cancérologie du Ponant et depuis 2019 fusion du GGPM (CLIC + MAIA du Pays de Morlaix) | | MAIA Centre Ouest Bretagne Directrice : Mélanie Bellec En projet de structuration pour devenir DAC |
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | 18 EHPAD de la filière de Brest couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 3 porteurs : Fondation Ildys, le GCSMS Comète et l'EHPAD des abers de Lannilis | Aucun EHPAD des filières Brest-Carhaix couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | 7 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : Fondation de Plouescat |
| IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) | 1 ETP IDE salarié.e par les Amitiés d'Armor couvrant 17 EHPAD 4 ETP IDE nouvelle convention se partageant 29 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDEH et GDR au 31/07/2021 : 46 | | 1 ETP IDE ancienne convention couvrant 10 EHPAD 1 ETP IDE nouvelle convention couvrant 9 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDEH et GDR au 31/07/2021 : 19 |
| Géronto-psychiatrie | CHRU de Brest filière gérontopsychiatrique : Hôpital de Bohars avec une unité d'hospitalisation complète de 26 lits, une unité mobile de Géronto-psychiatrie et un hôpital de jour de 20 places / 2 CMP à Saint-Saëns et Ponchelet UCC du CHRU de Brest CH de Landerneau | Géronto-psychiatrie au CHPM Unité d'hospitalisation complète de 20 lits et 4 places en hopital de jour UCC du CH de Morlaix UCC de Plouguernevel UHR sur le site hospitalier de Carhaix | Géronto-psychiatrie au CHPM Unité d'hospitalisation complète de 20 lits et 4 places en hopital de jour UCC du CH de Morlaix |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Ressource médicale gériatre | Tensions médicales | Tensions médicales | Tensions médicales |
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | 2 Chargé.es de mission mesure 5 en poste 1 pour le volet ambulatoire : Frédérique Caroff Karson 1 pour le CHRU : Diane Hillaireau | Un chargé de mission mesure 5 en poste pour le site de Carhaix : Wiston Bergile | Chargée de mission filière gériatrique de Morlaix : Camille Barbaud |
| EHPAD couverts sur la filière | 50 EHPAD 2 Privé à but lucratif 23 Privé à but non lucratif 5 Public autonome 9 Public hospitalier 11 Public territorial | 7 EHPAD 3 public autonome 2 public territorial 2 Public hospitalier | 22 EHPAD 7 Privé à but non lucratif 4 Public autonome 3 Public hospitalier 8 Public territorial |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | CPTS du Pays d'Iroise (en cours de structuration) CPTS Brest Iroise Santé (en cours de structuration) 4 MSP signataires de l'ACI (Plounéour Brignogan, Ploudalmezeau, Hanvec, Le Faou) 4 MSP non signataires (Milizac, Guisseny, Logonna-Daoulas, Pont-de-Buis) GCSMS Comète (7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers, 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan) GSCMS ORORES (Association AS domicile, Association Les Genets d'Or, Entreprise Sevel Service et Association An Treiz) | Projet d'une CPTS Pays de Carhaix 1 MSP signataire de l'ACI (Chateauneuf du Faou) 3 MSP non signataires (Carhaix-Plouguer, Huelgoat, Pleyben) GCSMS Comète (7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers, 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan) | CPTS de Morlaix (en cours de structuration) 3 MSP signataires de l'ACI (Sizun, Plougonven, Lanmeur) 3 MSP non signataires (Roscoff, Taulé, Plouezoc'h) Groupement gérontologique du Pays de Morlaix (GGPM, gestion par le DAC depuis 2019) GCSMS Comète (7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers, 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan) GCSMS Hent Glaz (CCAS Plougonven et CCAS Plourin-Lès-Morlaix) GSCMS ORORES (Association AS domicile, Association Les Genets d'Or, Entreprise Sevel Service et Association An Treiz) |
| ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise" | 1 EHPAD engagé dans l'action : EHPAD Alexis Julien à Ploudalmezeau | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action | 4 EHPAD engagés dans l'action : EHPAD de la Boissière à Morlaix, Sainte Bernadette à Saint Thégonnec, Saint François à St Martin des Champs, EHPAD du Brug à Pleyber Christ |

| GHT Hospitalière Cornouaille | Filière gériatrique de Quimper /Chateaulin | Filière gériatrique de Douarnenez / Pont Labbé |
|--|--|--|
| Etablissement support | Centre Hospitalier de Cornouaille | Centre Hospitalier Hotel Dieu |
| Référent médical | Dr Laurence Hasle , gériatre au CH de Cornouaille l.hasle@ch-cornouaille.fr | Dr Mathilde Le Meurlay , gériatre au CH Hotel Dieu m.lemeurlay@hotel-dieu.hstvf.fr |
| Référent administratif | Catherine Corre , Directrice pôle personnes âgées en charge de la filière gériatrique catheine.corre@ch-cornouaille.fr | Mounir Belhafiane , Directeur délégué EHPAD les Colines Bleues et coordonateur da la filière gériatrique Mounir.Belhafiane@ch-douarnenez.fr |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Marie Haude Salaun , Responsable pôle personnes âgées à la DD du Finistère Catherine Bescond , Responsable pôle offre de soins hospitalière à la DD du Finistère | Marie Haude Salaun , Responsable pôle personnes âgées à la DD du Finistère Catherine Bescond , Responsable pôle offre de soins hospitalière à la DD du Finistère |
| Référent(s) Conseil Départemental | Yannick Deimat , Direction des personnes âgées/handicapées au département du finistère | Yannick Deimat , Direction des personnes âgées/handicapées au département du finistère |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif En semaine de 9h à 18h Très peu sollicité pendant la crise | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif En semaine de 9h à 18h Astreinte très peu sollicité après la première vague |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | Interventions intrahospitalières, peu d'interventions extrahospitalière pendant la crise | Structuration RH : Un gériatre et 1 IDE Intervention en EHPAD en début de crise sanitaire pour former aux diagnostics cliniques et aux tests de dépistages |
| HAD | HAD de Cornouaille Pas d'IDE effecteur de soins, conventionnement avec des IDE libéraux, peu d'interventions surtout du conseil et du prêt de matériel Conventions avec SSIAD / SPASAD : 5 conventions signées | HAD de Cornouaille Pas d'IDE effecteur de soins, conventionnement avec des IDE libéraux, peu d'interventions surtout du conseil et du prêt de matériel Conventions avec SSIAD / SPASAD : 5 conventions signées |
| Soins palliatifs | EMSP CH de Cornouaille Surtout activité intrahospitalière mais a su prendre le relais de l'HAD pendant la crise pour intervenir en EMS Recommandations soins palliatifs : élaborées par l'unité de soins palliatifs du finistère sud en cocertation avec l'HAD de Cornouaille | EMSP CH de Cornouaille Surtout activité intrahospitalière mais a su prendre le relais de l'HAD pendant la crise pour intervenir en EMS Recommandations soins palliatifs : élaborées par l'unité de soins palliatifs du finistère sud en cocertation avec l'HAD de Cornouaille |

| | | |
|---|--|--|
| DAC | DAC Appui santé en Cornouaille Directrice : Marlène Nicolas Fusion de la PTA, de la MAIA et du centre de coordination en Cancérologie (3C) | DAC Appui santé en Cornouaille Directrice : Marlène Nicolas Fusion de la PTA, de la MAIA et du centre de coordination en Cancérologie (3C) |
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | 12 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD les Magnolia de Quimper | 10 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD de l'hôtel Dieu de Pont-L'abbé |
| IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) | 1 ETP d'IDE recruté pour une prise de poste en septembre 2021 auprès de 11 EHPAD Deuxième recrutement en cours pour une prise de poste également en septembre 2021 auprès de 10 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps d'IDE H et GDR au 31/07/2021 : aucun A partir de septembre 2021 : 23 | 1 ETP IDE ancienne convention intervenant auprès 11 EHPAD 1 IDE nouvelle convention à 0,5 ETP intervenant auprès de 5 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps d'IDE H et GDR au 31/07/2021 : 16 |
| Géronto-psychiatrie | EPSM Etienne Gourmelen Pôle psychiatrie du sujet âgée : EM de Psychiatrie du sujet âgée (domicile et lieu de vie), Unité de psychiatrie du sujet âgé de courte durée (16 lits), USLD à orientation psychiatrique pour patients de 60ans et plus (56 lits), 4 Hôpitaux de jour sur le territoire et consultations de psychiatrie du sujet âgée EMPSA et numéro d'appel à disposition des ESMS peu sollicités pendant la crise Clinique de Kerfriden Unité de gérontopsychiatrie et un hôpital de jour UCC Clinique les Gléan à Bénodet | EPSM Etienne Gourmelen Pôle psychiatrie du sujet âgée : EM de Psychiatrie du sujet âgée (domicile et lieu de vie), Unité de psychiatrie du sujet âgé de courte durée (16 lits), USLD à orientation psychiatrique pour patients de 60ans et plus (56 lits), 4 Hôpitaux de jour sur le territoire et consultations de psychiatrie du sujet âgée EMPSA et numéro d'appel à disposition des ESMS peu sollicités pendant la crise Clinique de Kerfriden Unité de gérontopsychiatrie et un hôpital de jour UCC Clinique les Gléan à Bénodet |

| | | |
|---|---|--|
| Ressource médicale gériatre | Tensions médicales | Tensions médicales |
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | Chargée de mission filières gériatriques Ouest et Est Cornouaille : Alice Batrel | Chargée de mission filières gériatriques Ouest et Est Cornouaille : Alice Batrel |
| EHPAD couverts sur la filière | 27 EHPAD 6 Privé à but non lucratif 2 Public autonome 4 Public hospitalier 15 Public territorial | 18 EHPAD 5 Privé à but non lucratif 4 Public autonome 2 Public hospitalier 7 Public territorial |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | CPTS du Pays de Quimper (signataire de l'ACI) 3 MSP signataires de l'ACI (Melgven, Plonévez-Porzay, Coray) 3 MSP non signataires de l'ACI (Chateaulin, Saint-Yvi, Trégunc) GCSMS Comète (7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers, 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan) Projet de création du GCSMS Cornouaille (29 EHPAD et 3 résidences autonomie sur Est et Ouest Cornouaille) GCSMS "Pour la gestion d'une résidence EHPAD sur le pôle de santé de Concarneau" (CHIC Quimper et Fondation Massé Trévidy Quimper) | 2 MSP signataires de l'ACI (Audierne, Pouldreuzic) 2 MSP non signataires de l'ACI (Pont-Croix, Ploénour-Lanvern) GCSMS Comète (7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers, 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan) Projet de création du GCSMS Cornouaille (29 EHPAD et 3 résidences autonomie sur Est et Ouest Cornouaille) |
| ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise" | 4 EHPAD engagés dans l'action : Résidence Vallée de l'Aulne à Cheteaulin, EHPAD Yvonne Brenniel à Cheteauneuf, EHPAD du Pays Glazik à Coray et l'EHPAD Yann Dargent à Pleyben | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action |

| GHT Sud Bretagne | Filière gériatrique de Lorient | Filière gériatrique de Quimperlé |
|---|---|--|
| Etablissement support | GHBS de Lorient | CH Quimperlé |
| Référent médical | Dr Sandrine Belliard , gériatre au CHBS s.belliard@ghbs.bzh | Dr Françoise Joubert , gériatre au CH de Quimperlé f.joubert-buttor-balmont@ghbs.bzh |
| Référent administratif | Xavier Morel , Directeur adjoint de la politique gériatrique au CHBS x.morel@ghbs.bzh | Anne-Sophie Pichard , Directrice adjoint de la politique gériatrique au CH de Quimperlé a.pichard@ghbs.bzh |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Cédric Labbay , Responsable pôle personnes âgées à la DD du Morbihan Thomas Brisson , Responsable pôle hospitalisation à la DD du Morbihan | Cédric Labbay , Responsable pôle personnes âgées à la DD du Morbihan Thomas Brisson , Responsable pôle hospitalisation à la DD du Morbihan Marie Haude Salaun , Responsable pôle personnes âgées à la DD du Finistère Catherine Bescond , Responsable pôle offre de soins hospitalière à la DD du Finistère |
| Référent(s) Conseil Départemental | Catherine Riou , Direction des services et établissements pour Personnes Agées | Catherine Riou , Direction des services et établissements pour Personnes Agées |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique "Nuage" actif / Semaine de 9h à 18h Très peu sollicité pendant la crise pour des situations COVID | Numéro d'astreinte gériatrique "Nuage" actif / Semaine de 9h à 18h Très peu sollicité pendant la crise pour des des situations COVID |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | Fortement mobilisée en extrahospitalier en début de crise : 193 résidents d'EHPAD extérieurs au GHBS dont 168 prélevés / Arrêt des interventions en extra hospitalier depuis que l'accès aux tests a été facilité | Fortement mobilisée en extrahospitalier en début de crise : 193 résidents d'EHPAD extérieurs au GHBS dont 168 prélevés / Arrêt des interventions en extra hospitalier depuis que l'accès aux tests a été facilité |
| HAD | HAD de l'Aven 7j/7 24h/24 Dr Eric Fossier Rôle pivot pendant la crise Conventions avec SSIAD / SPASAD : 9 conventions signées | HAD de l'Aven 7j/7 24h/24 Dr Eric Fossier Rôle pivot pendant le crise Conventions avec SSIAD / SPASAD : 9 conventions signées |
| Soins palliatifs | EMSP GHBS Dr Denis / Dr Divenah Semaine de 8h30 à 18h30 Activité intra et extra hospitalière (très peu développée) | EMSP GHBS Dr Denis / Dr Divenah Semaine de 8h30 à 18h30 Activité intra et extra hospitalière (très peu développée) |

| | | |
|---|---|---|
| DAC | <p align="center">DAC Cap Autonomie Santé Directrice : Françoise Delaunay</p> <p>Fusion de Codiab Kalon'Ic (diabète et insuffisance cardiaque), du Réseau Santé Port Louis (gériatrie), du CLIC et de la MAIA</p> | <p align="center">DAC Cap Autonomie Santé Directrice : Françoise Delaunay</p> <p>Fusion de Codiab Kalon'Ic (diabète et insuffisance cardiaque), du Réseau Santé Port Louis (gériatrie), du CLIC et de la MAIA</p> |
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | Aucun EHPAD de la filière n'est couvert par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | Aucun EHPAD de la filière n'est couvert par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit |
| IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) | <p>Recrutement de 2,5 ETP d'IDE qui, en prévisionnel, prendront leur fonction à la fin de l'été 2021 pour une et en octobre 2021 pour les deux autres</p> <p>Dans l'attente de leur prise de poste tous les EHPAD disposent du numéro de gestion du risque infectieux pour demande ou conseil</p> <p>Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps d'IDE H et GDR à partir d'octobre 2021 : 25</p> | <p>Organisation préexistante : 3 IDE de l'EOH du CH de Quimperlé se partagent les interventions auprès des 4 EHPAD de la filière</p> <p>Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps d'IDE H et GDR au 31/07/2021 : 4</p> |
| Géronto-psychiatrie | <p align="center">EPSM Charcot : Pôle de Psychiatrie du sujet Agé CMP / Hôpitaux de jour/CATTP/Equipe mobile Hospitalisation complète sit de Caudan + USLD à Lanester</p> <p align="center">UCC du CHBS</p> | <p align="center">EPSM Charcot : Pôle de Psychiatrie du sujet Agé CMP / Hôpitaux de jour/CATTP/Equipe mobile Hospitalisation complète sit de Caudan + USLD à Lanester</p> <p align="center">UCC du CHBS</p> |

| | | |
|--|--|--|
| Ressource médicale gériatre | Couverture médicale suffisante sur le territoire | Couverture médicale suffisante sur le territoire |
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | Attaché d'administration hospitalière en charge de la mesure 5 au GHBS : Amélie Couriot | Attaché d'administration hospitalière en charge de la mesure 5 au GHBS : Amélie Couriot |
| EHPAD couverts sur la filière | <p>30 EHPAD</p> <p>13 Privé à but non lucratif</p> <p>1 Privé à but lucratif</p> <p>1 Public autonome</p> <p>5 Hospitalier</p> <p>10 Public territorial</p> | <p>7 EHPAD</p> <p>1 Privé à but non lucratif</p> <p>1 Public autonome</p> <p>3 Hospitalier</p> <p>2 Public territorial</p> |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | <p>4 MSP signataires de l'ACI (Pont-Scorff, Kervignac, Inguiniel/Plouay, Groix)</p> <p>2 MSP non signataires de l'ACI (Hennebont, Bubry)</p> <p>GCSMS du Morbihan (19 EHPAD sur tout le département)</p> <p>GCSMS Port Louis (Gestion de services de soins à domicile)</p> | <p>1 MSP signataire de l'ACI (Bannalec)</p> <p>5 MSP non signataire de l'ACI (Mellac, Rédéné, Querrien, Le Faouët, Gourin)</p> <p>GCSMS Comète (7 EHPAD publics autonome, 5 EHPAD publics hospitaliers, 4 EHPAD territoriaux répartis sur le Finistère et le Morbihan)</p> <p>GCSMS Service d'aide à domicile Dorn-Ha-Dorn (10 CCAS, Association d'aide à domicile ADOM)</p> |
| ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise" | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action |

| GHT de Brocéliande Atlantique | Filière gériatrique de Vannes/Auray/Roche-Bernard | Filière gériatrique de Ploërmel / Malestroit |
|---|--|--|
| Etablissement support | Centre Hospitalier Bretagne Atlantique | Clinique des Augustines |
| Référent médical | Dr Marc Frésil, gériatre au CHBA marc.fresil@ch-bretagne-atlantique.fr | Dr Raphaël Grange, gériatre à la CDA rgrange@ghsa.fr |
| Référent administratif | Fernand Le Deun, Directeur du pôle gériatrie en charge de la filière gériatrique fernand.ledeun@ch-bretagne-atlantique.fr | Catherine Mongin, Directrice de la CDA en charge de la filière gériatrique cmongin@ghsa.fr |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Cédric Labbay, Responsable pôle personnes âgées à la DD du Morbihan Thomas Brisson, Responsable pôle hospitalisation à la DD du Morbihan | Cédric Labbay, Responsable pôle personnes âgées à la DD du Morbihan Thomas Brisson, Responsable pôle hospitalisation à la DD du Morbihan |
| Référent(s) Conseil Départemental | Catherine Riou, Direction des services et établissements pour Personnes Agées | Catherine Riou, Direction des services et établissements pour Personnes Agées |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif (préexistant avant la crise) En semaine et le week end, numéro très sollicité en semaine et de plus en plus le week end | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif En semaine de 8h à 20h |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | Structuration RH : Une IDE, une gériatre, un ergothérapeute et une assistante sociale EMG intra et extra hospitalière, très présente auprès des ESMS pour appui, conseils et interventions sur site en période de crise mais également en période ordinaire pour des cas complexes | EMG du CHBA intervenant sur la filière de Ploërmel/Malestroit pendant la crise Structuration RH : Une IDE, une gériatre, un ergothérapeute et une assistante sociale EMG intra et extra hospitalière, très présente auprès des ESMS pour appui, conseils et interventions sur site en période de crise mais également en période ordinaire pour des cas complexes EMG de l'hôpital de Ploërmel intervenant également sur la filière de Ploërmel/Malestroit (pas d'intervention extrahospitalière pendant la crise) |
| HAD | HAD du Pays de Vannes (Clinique Océane) HAD identifiée et connue | HAD Brocéliande (Hôpital de Ploërmel) HAD identifiée et connue |
| Soins palliatifs | EMSP CHBA Dr Rouillet-Certain / 7j sur 7j - 24h sur 24h Activité intra et extra hospitalière | EMSP CHBA Dr Rouillet-Certain / 7j sur 7j - 24h sur 24h Activité intra et extra hospitalière |

| DAC | DAC Appui au Parcours de Santé Directrice : Sylvie Metayer | DAC Espace autonomie santé Est Morbihan Responsable : Karine Reto |
|--|---|--|
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | 14 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD la maison du lac de Vannes | 9 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : Ehpads du CH de Ploermel |
| IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) | 2 IDE salarié.e.s déjà en poste au sein de l'EOH qui sont déployé.e.s pour couvrir 20 EHPAD 2 ETP IDE nouvelle convention recruté.e.s pour une prise de poste en septembre 2021 afin de couvrir 20 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDEH et GDR au 31/07/2021 : 20 EHPAD Total d'ici septembre 2021 : 40 EHPAD | 1 ETP IDE nouvelle convention couvrant 12 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR actuellement : 12 EHPAD |
| Géronto-psychiatrie | EPSM du Morbihan : Intersecteur Gérontopsychiatrie Hôpital de jour Kerniol à Vannes, CMP Kerniol à Vannes, 2 unités d'admissions de 20 lits (Daumezon A et B) à Saint Avé avec une équipe mobile rattachée et une unité de soins prolongés (Daumezon C) à Saint Avé UCC à Malestroit (CDA) | EPSM du Morbihan : Intersecteur Gérontopsychiatrie Hôpital de jour Kerniol à Vannes, CMP Kerniol à Vannes, 2 unités d'admissions de 20 lits (Daumezon A et B) à Saint Avé avec une équipe mobile rattachée et une unité de soins prolongés (Daumezon C) à Saint Avé UCC à Malestroit (CDA) |

| | | |
|--|---|---|
| Ressource médicale gériatre | Géiatres en nombre suffisant au CHBA mais difficulté en terme de ressource médicale libérale | Couverture médicale suffisante qui permet de mettre des géiatres à dispositions du CHBA |
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | Recrutement d'un(e) chargé(e) de mission filière gériatrique / Mesure 5 en cours | Chargée de mission de la filière gériatrique de Ploërmel / Malestroit : Noémie Chagnon |
| EHPAD couverts sur la filière | <p>43 EHPAD</p> <p>8 Privé à but non lucratif</p> <p>6 Privé à but lucratif</p> <p>15 Public autonome</p> <p>7 Public hospitalier</p> <p>7 Public territorial</p> | <p>11 EHPAD</p> <p>2 Privé à but non lucratif</p> <p>3 Public autonome</p> <p>2 Public hospitalier</p> <p>4 Public territorial</p> |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | <p>CPTS du Pays d'Auray (signataire de l'ACI)</p> <p>CPTS Presqu'illes en mer (Non signataire)</p> <p>4 MSP signataires de l'ACI (Auray, Quiberon, Belle-île, Questembert, Malansac)</p> <p>3 MSP non signataires de l'ACI (Plescop, Ambon, La Roche Bernard)</p> <p>GCSMS du Morbihan (19 EHPAD sur tout le département)</p> <p>GCSMS Ria d'Etel (Gestion de services de soins à domicile)</p> | <p>CPTS Pays de Ploërmel (en cours de structuration)</p> <p>4 MSP signataires de l'ACI (Ploërmel, Malestroit, Guer, Mauron)</p> <p>1 MSP non signataire de l'ACI (Josselin)</p> <p>GCSMS du Morbihan (19 EHPAD sur tout le département)</p> |
| ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise" | <p>4 EHPAD engagés dans l'action :</p> <p>Villa Océane à Belz, La sagesse à Brech, TAL AR MOR à la Trinité sur mer, Porh Ker à Pluvigner</p> | <p>1 EHPAD engagé dans l'action :</p> <p>EHPAD de Guer</p> |

| GHT Haute Bretagne | Filière gériatrique de Rennes | Filière gériatrique de Vitré / Guerche de Bretagne | Filière gériatrique de Fougères / Antrain | Filière gériatrique de Redon |
|---|---|---|--|---|
| Etablissement support | CHU de Rennes | Centre Hospitalier Simone Veil | Centre Hospitalier de Fougères | CHI Redon Carentoir |
| Référent médical | Pr Dominique Somme, gériatre et chef de pôle au CHU dominique.somme@chu-rennes.fr | Dr Anne Laure Le Mignant, gériatre au CH de Vitré anne-laure.lemignant@ch-vitre.fr | Dr Marie Maudet, gériatre au CH de Fougères mmaudet@ch-fougères.fr | Dr Herve Devillers, gériatre au CHI herve.devillers@ch-redon.fr |
| Référent administratif | Stéphane Guillevin, Directeur délégué EHPAD Montfort sur Meu et Saint Meen le Grand en charge de la filière Stephane.GUILLEVIN@chu-rennes.fr | Chantal Bannetel, directrice adjointe déléguée du site des PA en charge de la filière chantal.bannetel@ch-vitre.fr | Vincent Morel, directeur délégué du CH en charge de la filière v.morel@chmb.fr | Anne Couny, DHR et des affaires médicales, référente de la filière anne.couny@ch-redon.fr |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Laurence Roux, Responsable pôle personnes âgées pour la DD d'Ille et Vilaine Jean-Carol Foucault, Responsable pôle hospitalisation à la DD d'Ille et Vilaine | Laurence Roux, Responsable pôle personnes âgées pour la DD d'Ille et Vilaine Jean-Carol Foucault, Responsable pôle hospitalisation à la DD d'Ille et Vilaine | Laurence Roux, Responsable pôle personnes âgées pour la DD d'Ille et Vilaine Jean-Carol Foucault, Responsable pôle hospitalisation à la DD d'Ille et Vilaine | Laurence Roux, Responsable pôle personnes âgées pour la DD d'Ille et Vilaine Jean-Carol Foucault, Responsable pôle hospitalisation à la DD d'Ille et Vilaine Cédric Labbay, Responsable pôle personnes âgées pour la DD du Morbihan Thomas Brisson, Responsable pôle hospitalisation à la DD du Morbihan |
| Référent(s) Conseil Départemental | Véronique Colin, Direction de l'autonomie au département d'Ille et Vilaine | Véronique Colin, Direction de l'autonomie au département d'Ille et Vilaine | Véronique Colin, Direction de l'autonomie au département d'Ille et Vilaine | Véronique Colin, Direction de l'autonomie au département d'Ille et Vilaine Catherine Riou, Direction de l'autonomie au département du Morbihan |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif Hotline COVID EHPAD : 7j/7 de 9h à 18h30 Possibilité de téléconsultation et expertise | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif (celui du CHU : Hotline COVID EHPAD : 7j/7 de 9h à 18h30). | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif (celui du CHU : Hotline COVID EHPAD : 7j/7 de 9h à 18h30) | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif En semaine de 8h à 19h et le week end accès au gériatre d'astreinte par le standard du CH Peu sollicité pendant la crise (nouveau numéro unique de conseil gériatrique mis en place début 2021) |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | EMG intrahospitalière pour les interventions mais en appui extrahospitalier via de la téléexpertise et des webconférences à destination des ESMS de tout le T5 | Activité essentiellement intra hospitalière. Problématique de ressource médicale importante. Projet d'assistance IDE plaie et cicatrisation en EHPAD | EMG principalement intrahospitalière mais volonté de se déplacer davantage malgré le manque de moyen. Projet de proposition de webconférences aux ESMS sur la marche à suivre pour éviter certaines hospitalisation (arrachement de sonde vésicale par exemple) | EMG qui fonctionne en intra et en extra hospitalier mais qui n'est pas intervenu en EHPAD pour des situations COVID. Volonté de s'externaliser mais difficulté au regard des 5 ETP de gériatre vacant. Offre de télémedecine bien développée avec une IPA spécialisée en plaie et cicatrisation et arrivée d'une nouvelle IPA l'année prochaine. |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| HAD | <p style="text-align: center;">HAD 35 Difficulté de recours avec certains territoires (notamment sur la filière de Vitré) Conventions avec SSIAD / SPASAD : 20 conventions signées</p> | | | <p style="text-align: center;">HAD 35 + HAD Brocéliande (hôpital de Ploërmel) Considérée comme plus accessible que l'HAD 35</p> |
| Soins palliatifs | <p style="text-align: center;">Coordination des 4 EMSP territoriales 7j/7 et 24h/24 Activité intra et extrahospitalière</p> | | | |
| DAC | <p style="text-align: center;">MAIA Pays de Rennes Directrice : Laëticia Fombertasse PTA Appui Santé Pays de Rennes Directrice : Séverine Casellato MAIA Pays de Brocéliande Pilote : Jean François Le Clanche PTA Appui santé Pays de Brocéliande Directrice : Virginie Metay</p> | <p style="text-align: center;">MAIA Pays de Vitré - Porte de Bretagne Pilote : Hélène Meur</p> | <p style="text-align: center;">MAIA Haute Bretagne Pilote : Hélène Mocquard PTA Appui Santé Pays de Fougères Directrice : Bérénice Arnould</p> | <p style="text-align: center;">MAIA Redon Agglomération Pilote : Maryse Garcia Grimaud MAIA Vallons de Vilaine Pilote : Marianne Rousvoal</p> |
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | <p>41 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 6 porteurs : EHPAD STV de Bain de Bretagne, Résidence Bel-Air de Val d'Anast, Résidence les grands jardins de Montauban de Bretagne, Résidence La budorais de Noyal-Chatillon, Résidence Les Nymphéas de Pacé et la résidence la noé de Rennes</p> | <p>3 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : Ehpads du CH de Janzé</p> | <p>7 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD de Paron à Fougères</p> | <p>7 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD du CH de Redon</p> |
| IDEH et GDR (Les EHPAD hospitaliers bénéficiant de l'expertise d'une EOH ne sont pas pris en compte dans les EHPAD bénéficiaires) | <p>1 ETP IDE ancienne convention couvrant 10 EHPAD 1 IDE salariée de l'association Anne Boivent couvrant 1 EHPAD de la filière 2 ETP IDE nouvelle convention couvrant 20 EHPAD 3 ETP IDE en cours de recrutement pour couvrir 30 EHPAD 1 ETP IDE à recruter sous réserve d'obtention d'un financement complémentaire pour couvrir 10 EHPAD A noter que les deux EHPAD du groupe Kerelys possède leur propre dispositif hygiène et ne se sont pas engagés dans le dispositif Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR au 31/07/2021 : 31</p> | <p>1 ETP IDE nouvelle convention couvrant 10 EHPAD 1 IDE salariée de l'association Anne Boivent couvrant 1 EHPAD de la filière A noter que l'EHPAD de Retiers, partenaire du CH de Vitré, bénéficiait déjà de l'intervention d'une IDE de l'EOH Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR au 31/07/2021 : 12</p> | <p>Organisation préexistante : 1 IDE salariée de l'association Anne Boivent couvrant 10 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR au 31/07/2021 : 10</p> | <p>1 ETP IDE nouvelle convention couvrant 6 EHPAD A noter que deux EHPAD se sont désengagés du dispositif car ont recruté une IDE hyginiste en interne Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR au 31/07/2021 : 8</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Géronto-psychiatrie | CH Guillaume Regnier Hôpital de jour, Equipe mobile de gérontopsychiatrie, Equipe intersectorielle d'évaluation et d'appui de psychiatrie de la PA UCC du CHU de Rennes | CH Guillaume Régnier + (site de Vitré) Hôpital de jour, CMP et Centre d'Accueil Thérapeutique à temps Partiel (non spécialisés en géronto-psychiatrie) | CH Guillaume Regnier + (Annexe de Fougères) Centre thérapeutique de jour Fougères : CMP + HDJ CMP et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel Bazouges la Pérouse (non spécialisés en géronto- psychiatrie) | CH de Redon CMP et une unité d'hospitalisation complète de psychiatrie (non spécialisée en géronto-psychiatrie) Ressource de géronto-psychiatrie presque inexistante sur le filière |
| Ressource médicale gériatre | Tensions médicales | Tensions médicales | Tensions médicales | Tensions médicales : 5 ETP de gériatre vacant au sein du CHI |
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | Chargée de mission de la filière gériatrique : Audrey Quesney (élève DH) | Chargée de mission de la filière gériatrique : Immaculée Agbla | Chargée de mission de la filière gériatrique : Céline Jacopin | Pas de ressource ingénierie dédiée |
| EHPAD couverts sur la filière | 78 EHPAD 34 Privé à but non lucratif 4 Privé à but lucratif 10 Public autonome 5 Hospitalier 25 Public territorial | 17 EHPAD 7 Privé à but non lucratif 3 Public autonome 5 Hospitalier 2 Public territorial | 15 EHPAD 7 Privé à but non lucratif 1 Public autonome 5 Hospitalier 2 Public territorial | 11 EHPAD 3 Privé à but non lucratif 3 Public autonome 3 Hospitalier 2 Public territorial |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | 12 MSP signataires de l'ACI (Saint Méen le Grand, Gévezé, Betton, La Boexière, Saint Gilles, Rennes, Guichen, Vern sur Sèche, Plélan-le-Grand, Pléchéchel, Le Sel-de-Bretagne, Bain de Bretagne) 9 MSP non signataires de l'ACI (Montauban de Bretagne, Montfort, Pleumelec, La Chapelle des Fougeretz, Rennes Le Gast, Rennes Sud, Montfort sur Meu, Talensac, Goven) GCSMS Noesis (11 EHPAD du 35 et 1 du 56) | 3 MSP signataires de l'ACI (Val-d'IZé, La Guerche de Bretagne, Martigné-Ferchaud) 3 MSP non signataires de l'ACI (Louvigné-de-Bais, Argentré du Plessis, Retiers) GCSMS Noesis (11 EHPAD du 35 et 1 du 56) | CPTS des Marches de Bretagne (signataire de l'ACI) CPTS Bretagne Romantique (Non signataire) 3 MSP signataires de l'ACI (Antrain, Le Coglais, Fougères) 4 MSP non signataires (Louvigné du Desert, Fougères Sud, Saint Aubin du Cormier, Saint Ouen des Alleux) GCSMS Noesis (11 EHPAD du 35 et 1 du 56) | CPTS du Pays de Redon (signataire de l'ACI) 1 MSP signataire de l'ACI (Pipriac) 5 MSP non signataire de l'ACI (Grand-Fougeray, Sixt- sur-Aff, La Gacilly, Bains-sur-Oust, Allaire) GCSMS Noesis (11 EHPAD du 35 et 1 du 56) |
| ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise" | 3 EHPAD engagés dans l'action : Résidence Bel Air à Val d'Anast, Brocéliande à Paimpont, Résidence Grand Champ à Maxent | 6 EHPAD engagés dans l'action : EHPAD du CH de la Guerche, Residence Sainte Marie à Chateaubourg, Résidence de l'étang à Marcellé Robert, Notre Dame de Lourdes à Domalain, Pierre et Marie Curie à Retiers et Résidence Lorienttes à Martigné- Ferch | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action | 1 EHPAD engagé dans l'action : Ker Joseph à Pipriac |

| GHT Rance Emeraude | Filière gériatrique de Dinan | Filière gériatrique de Saint Malo |
|---|--|---|
| Etablissement support | Centre Hospitalier de Dinan | Centre Hospitalier de Saint Malo |
| Référent médical | Dr Juliette Hamon , gériatre au CH de Dinan Juliette.HAMON@ch-dinan.fr | Dr Olivier Lurton , gériatre au CH de Saint Malo o.lurton@ch-stmalo.fr |
| Référent administratif | Christelle Guinebault , Assistance à la coordination et Sylvie Briend , Directrice adjointe du CH de Dinan en charge de la filière gériatrique Sylvie.BRIEND@ch-dinan.fr | Sylvie Briend et Eric Boissinot , Assistant à la coordination de filière gériatrique e.boissinot@ch-stmalo.fr |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Laetitia Macé , Responsable pôle personnes âgées pour la DD des Côtes d'Armor Ozlem Vaillant-Haas , Responsable pôle hospitalisation à la DD des Côtes d'Armor | Laurence Roux , Responsable pôle personnes âgées pour la DD d'Ille et Vilaine Jean-Carol Foucault , Responsable pôle hospitalisation à la DD d'Ille et Vilaine |
| Référent(s) Conseil Départemental | Jean-François Giunti , Direction personnes âgées/handicapées au département des Côtes d'Armor | Véronique Colin , Direction de l'autonomie au département d'Ille et Vilaine |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique toujours actif En semaine de 9h à 18h30 Le samedi de 9h à 12h30 Sollicité pendant la crise (promotion faite via les cellules Hospipad) | Numéro hotline gériatrique "Nuage" toujours actif En semaine de 9h à 12h30 puis de 14h à 18h Le samedi de 9h à 12h30 Numéro sollicité pendant la crise car préexistant et connu des acteurs |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | EMG principalement interhospitalière mais souhaite s'externaliser davantage : mise en place de formation aux spécificités gériatriques à destination des EHPAD d'ici septembre/octobre 2021 | EMG (à compléter) |

| | | |
|---|---|---|
| HAD | HAD du Pays de Saint Malo - Dinan (AUB Santé) Difficultés RH ++ : manque 5 IDE, 1 médecin et 3 aides soignantes | HAD du Pays de Saint Malo - Dinan (AUB Santé) Difficultés RH ++ : manque 5 IDE, 1 médecin et 3 aides soignantes |
| Soins palliatifs | EMSP du CH de Dinan Dr Nivet / En semaine de 9h à 18h30 Activité intra et extrahospitalière | EMSP CH de Saint Malo Dr Ruaux / En semaine et le samedi matin Activité intra et extrahospitalière |
| DAC | DAC Appui Santé Rance Emeraude Directrice médicale : Anne Le Gagne Fusion de la PTA Rance-emeraude et de la MAIA Dinan Armor et MAIA Pays de Saint Malo | DAC Appui Santé Rance Emeraude Directrice médicale : Anne Le Gagne Fusion de la PTA Rance-emeraude et de la MAIA Dinan Armor et MAIA Pays de Saint Malo |
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | 2 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD Les tamaris de Saint-jacut-de-la-mer | 10 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD du CH de Saint-Malo |
| IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) | 1 IDE ancienne convention à 1 ETP couvrant 12 EHPAD 1 IDE nouvelle convention à 1 ETP couvrant 12 EHPAD Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR au 31/07/2021 : 24 EHPAD | 1 IDE ancienne convention à 0,5 ETP couvrant 4 EHPAD 1 IDE nouvelle convention à 1 ETP couvrant 11 EHPAD 1 ETP en cours de recrutement pour septembre afin d'intervenir auprès des 7 EHPAD restant Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR au 31/07/2021 : 15 EHPAD Total d'ici septembre 2021 : 22 |
| Géronto-psychiatrie | Fondation saint Jean de Dieu avec une filière gériatrique du sujet âgé sur Dinan : Hopital de jour de 12 place, une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) et une unité d'hospitalisation complète de 20 lits. UCC au CH de Dinan | CH de Saint Malo : Service d'hospitalisation complète de géronto-psychiatrie et Equipe mobile de géronto-psychiatrie UCC au CH de Dinan |

| Ressource médicale gériatre | Tensions médicales | Tensions médicales |
|---|--|--|
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | Pas de ressource ingénierie dédiée | Pas de ressource ingénierie dédiée |
| EHPAD couverts sur la filière | <p>27 EHPAD</p> <p>8 Privé à but non lucratif</p> <p>1 Public autonome</p> <p>3 Public hospitalier</p> <p>15 Public territorial</p> | <p>26 EHPAD</p> <p>2 Privé à but lucratif</p> <p>13 Privé à but non lucratif</p> <p>3 Public autonome</p> <p>4 Public hospitalier</p> <p>4 Public territorial</p> |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | <p>2 MSP signataires de l'ACI (Broons, Plancoët)</p> <p>4 MSP non signataires de l'ACI (Dinan/Quévert, Plouasne, Jugon-les-Lacs, Matignon)</p> | <p>CPTS De la Côte d'Emeraude (signataire de l'ACI)</p> <p>CPTS Bretagne Romantique (non signataire)</p> <p>2 MSP signataires de l'ACI (Pleine-Fougères, Tinténiac)</p> <p>3 MSP non signataires de l'ACI (Saint-Jacut de la Mer, La Richardais, Saint Pierre de Plesguen)</p> <p>GCSMS NOMINOE (Résidence de l'Abbaye : EHPAD et Foyer de vie + CCAS Dol de Bretagne : EHPAD La Parentèle)</p> <p>GCSMS INTERCLIC MAIA (CLIC Côte d'Emeraude, CLIC AGECLIC Combours, CLIC-CCAS de Saint Malo)</p> |
| <p>ARACT</p> <p>"Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise"</p> | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action |

| GHT d'Armor | Filière gériatrique de Saint Briec | Filière gériatrique de Guingamp | Filière gériatrique de Tregor-Goelo |
|---|---|---|---|
| Etablissement support | Centre Hospitalier de Saint Briec | Centre Hospitalier de Guingamp | Centre Hospitalier de Tréguier |
| Référent médical | Dr Zoé Chiche Daniel, gériatre au CH de Saint Briec zoe.chiche-daniel@ch-stbriec.fr | Dr Bozena Anna Nitychoruk, gériatre au CH de Guingamp bozena-anna.nitychoruk@ch-guingamp.fr Dr Beatrice Tanguy, gériatre au CH de Guingamp mailto:beatrice.tanguy@ch-guingamp.fr | Dr Aliou Simiga, gériatre au CH de Tréguier asimaga@ch-treguier.fr |
| Référent administratif | Pierre Bernard Gesrel, Directeur du pôle gériatrie au CH de Saint Briec direction@ch-stbriec.fr | Lisa Daniel, Directrice Adjointe du CH de Guingamp en charge de la filière gériatrique Lisa.DANIEL@armorsante.bzh | Laetitia Hervé, Directrice adjointe du CH de Tréguier en charge de la filière gériatrique laetitia-marie.herve@armorsante.bzh |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Laeticia Macé, Responsable pôle personnes âgées pour la DD des Côtes d'Armor Ozlem Vaillant-Haas, Responsable pôle hospitalisation à la DD des Côtes d'Armor | Laeticia Macé, Responsable pôle personnes âgées pour la DD des Côtes d'Armor Ozlem Vaillant-Haas, Responsable pôle hospitalisation à la DD des Côtes d'Armor | Laeticia Macé, Responsable pôle personnes âgées pour la DD des Côtes d'Armor Ozlem Vaillant-Haas, Responsable pôle hospitalisation à la DD des Côtes d'Armor |
| Référent(s) Conseil Départemental | Jean-François Giunti, Direction personnes âgées/handicapées au département des Côtes d'Armor | Jean-François Giunti, Direction personnes âgées/handicapées au département des Côtes d'Armor | Jean-François Giunti, Direction personnes âgées/handicapées au département des Côtes d'Armor |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique "Nuage" toujours actif Semaine et week end de 9h à 18h | Numéro d'astreinte gériatrique actif En semaine de 9h à 19h Très peu de sollicitation par les ESMS pendant la crise | Numéro d'astreinte gériatrique actif Paimpol : En semaine de 8h30 à 18h30 Tréguier : Semaine et week end Lannion : En semaine de 8h à 19h |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | Interventions extrahospitalières limitées aux situations exceptionnelles | Volonté de développement en extra hospitalier avec le recrutement d'une IPA | EMG CH de Tréguier : projet de partenariat téléconsultation psycho-gériatrie en cours avec EHPAD du GCSMS Césames Pas d'intervention en extra hospitalier pendant la crise mais de nombreux conseils téléphoniques (environ 200) |

| | | | |
|---|--|--|--|
| HAD | HAD du Pays de Saint Briec (AUB Santé) Conventions avec SSIAD / SPASAD : 7 conventions signées | HAD du Pays de Guingamp (AUB Santé) Conventions avec SSIAD / SPASAD : 5 conventions signées | HAD du CH de Lannion |
| Soins palliatifs | EMSP du CH de Saint Briec Dr Alipour / en semaine de 9h à 16h30 Activité intra hospitalière exclusivement | USP du CH de Guingamp 7j/7j 24h/24h Dr Ledoux et Dr Juquin Activité extra hospitalière exceptionnelle | EMSP du CH de Paimpol / Dr Besson / activité intra et extra hospitalière EMSP du CH de Tréguier / Dr Coz / activité intra hospitalière exclusivement EMSP du CH de Lannion / Dr Costes / activité intra et extra hospitalière |
| DAC | DAC Cap Santé Armor Est Directeur : Mme Moysan Fusion de la PTA Est Armor, de la MAIA Pays de Saint Briec et du 3C Oncarmor (centre de coordination en cancérologie) | DAC Cap Santé Armor Ouest Directeur : Sylvain Clément Fusion de la MAIA et de la PTA | DAC Cap Santé Armor Ouest Directeur : Sylvain Clément Fusion de la MAIA et de la PTA |
| Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit | 9 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 2 porteurs : EHPAD STV de Moncontour | 11 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit 1 porteur : EHPAD Ti An Heol à Ploumagoar | 6 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'IDE de nuit 1 porteur : Résidence les embruns de Paimpol |
| IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière) | 1 ETP IDE ancienne convention attachée au CH de Tréguier couvrant 8 EHPAD 1 ETP IDE ancienne convention attachée au CH de Guingamp couvrant 12 EHPAD 1 ETP IDE nouvelle convention en cours de recrutement pour 17 EHPAD 2 ETP recrutés pour une prise de poste en septembre 2021 afin de couvrir 20 EHPAD (CH Saint Briec) Total d'EHPAD actuellement bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR sur le GHT d'Armor : 20 (répartition à préciser++) | | |
| Géronto-psychiatrie | Fondation Saint Jean de dieu Une équipe mobile psychiatrie du Sujet Agé | CH Bon Sauveur Appui connu et reconnu avec une unité de 20 lits et une équipe mobile qui intervient en ESMS Absence d'une UCC sur Guingamp pour prise en charge spécialisée des troubles neurodégénératifs | CH Bon Sauveur Appui connu et reconnu avec une unité de 20 lits et une équipe mobile qui intervient en ESMS UCC au CH de Tréguier |

| Ressource médicale gériatre | Tensions médicales | Tensions médicales | Tensions médicales |
|---|---|--|--|
| Ressource ingénierie de projet mesure 5 | Chargée de mission Mesure 5 territoire Saint Briec / Laballe / Quintin : Christine Lenouvel (IPA) | Chargée de mission Mesure 5 sur Armor Ouest : Martine Pinay | Chargée de mission Mesure 5 sur Armor Ouest : Martine Pinay |
| EHPAD couverts sur la filière | 30 EHPAD 3 Privé à but lucratif 10 Privé à but non lucratif 1 Public autonome 7 Public hospitalier 9 Public territorial | 19 EHPAD 2 Privé à but lucratif 5 Privé à but non lucratif 1 Public hospitalier 11 Public territorial | 24 EHPAD 6 Privé à but non lucratif 7 Public hospitalier 11 Public territorial |
| Groupements d'établissements et de professionnels de santé | CPTS Lamballe (en cours de structuration) 7 MSP non signataires de l'ACI (Plérin, Quintin, Saint-Brandan, Lamballe, Plessala, Pléneuf-Val-André, Erquy) GCSMS Montbareil-La Villeneuve (Association Montbareil et CCAS Pordic) | 1 MSP signataire de l'ACI (Châtelaudrin) 3 MSP non signataires de l'ACI (Louargat, Guingamp, Pommerit-le-Vicomte) | CPTS Binic Sud Goëlo (en cours de structuration) CPTS du Trégor (signataire de l'ACI) 3 MSP signataires de l'ACI (Cavan, Lezardrieux, Plouaret/Le vieux Marché) 1 MSP non signataire de l'ACI (Perros-Guirec) GCSMS CESAMES (CH de Tréguier + 4 EHPAD) GCSMS Lannion-Trégor Solidarités (CIAS de Lannion-Trégor Communauté et Association Trégor Solidarités) |
| ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise" | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action | Aucun établissements de la filière engagés dans l'action |

| | |
|--|---|
| GHT Centre Bretagne | Filière gériatrique Pontivy-Loudeac |
| Etablissement support | Centre hospitalier Centre Bretagne |
| Référent médical de filière | Dr Barbara Rey , gériatre au CHBC Barbara.rey@ch-centre-bretagne.fr |
| Référent administratif de filière | Alizée Hatier-Verstavel , Directrice adjointe en charge de la filière Alizee.hatier-verstavel@ch-centre-bretagne.fr |
| Référent(s) Délégation Départementale de l'ARS | Cédric Labbay , Responsable pôle personnes âgées pour la DD du Morbihan Thomas Brisson , Responsable pôle hospitalisation à la DD du Morbihan Laetitia Macé , Responsable pôle personnes âgées pour la DD des Côtes d'Armor Ozlem Vaillant-Haas , Responsable pôle hospitalisation à la DD des Côtes d'Armor |
| Référent(s) Conseil Départemental | Catherine Riou , Direction de l'autonomie au département du Morbihan Jean-François Giunti , Direction personnes âgées/handicapées au département des Côtes d'Armor |
| Astreinte Gériatrique (semaine et week end / amplitude horaire) | Numéro d'astreinte gériatrique actif depuis septembre 2020 / semaine et week end de 9h à 17h |
| Equipe mobile de gériatrie (structuration RH et périmètre) | Structuration RH : 1 ETP IDE, 0,8 ETP médecin et 0,3 ETP secrétaire Interventions extra hospitalière de l'IDE en dernier recours pour les situations complexes Volonté de développer les interventions auprès des EMS avec projet d'un AAC pour le recrutement d'une IPA |

| | |
|--|--|
| <p>HAD</p> | <p align="center">HAD centre Bretagne AUB</p> <p>Fonctionne principalement avec conventionnement IDE Libéraux Des critères d'admissions multiples qui freinent les admissions PA/PH Conventions avec SSIAD / SPASAD : 7 conventions signées</p> |
| <p>Soins palliatifs</p> | <p>EMSP du CHCB en semaine de 9h à 17h : 02 97 79 01 86 / interventions en intra hospitalier et extra hospitalier</p> <p>Le Réseau de soins Palliatifs Centre Bretagne Ville-Hôpital (1 médecin et 3 IDE pour des PEC à domicile) a fusionné depuis janvier 2021 avec l'association Pondi CLIC afin de créer le DAC Espace autonomie santé centre Bretagne</p> |
| <p>DAC</p> | <p align="center">DAC Espace Autonomie Santé Centre Bretagne</p> <p align="center">Directeur : Gwendal Rolland</p> <p>Fusion début 2021 du CLIC de Pontivy (Pondi CLIC), du Réseau palliatif centre Bretagne et de la MAIA Haute Bretagne</p> |
| <p>Dispositif d'astreinte d'IDE de nuit</p> | <p>10 EHPAD de la filière couverts par un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit suite à l'AAP de 2015 mais dispositif non opérationnel à l'heure actuelle</p> <p>1 porteur : Résidence Ty Noal à Noyal-Pontivy</p> |
| <p>IDEH et GDR (les EHPAD hospitaliers ne sont pas pris en compte dans le dispositif car déjà accompagnés par une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière)</p> | <p>1 IDE ancienne convention employée par l'EHPAD des Genêts couvrant 10 EHPAD 3 IDE de l'EOH du CHCB se partageant 1,10 ETP pour intervenir auprès de 17 EHPAD 1 IDE en cours de recrutement au sein de l'EOH pour 0,40 ETP auprès de 4 EHPAD</p> <p align="center">Total d'EHPAD bénéficiaires d'un temps IDE H et GDR actuellement : 31</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Géronto-psychiatrie</p> | <p align="center">Centre Hospitalier de Plouguernével Unité Géronto-psychiatrique</p> <p align="center">UCC du CH de Plouguernével</p> |
| <p>Ressource médicale gériatre</p> | <p align="center">En déficit : 6,1 ETP gériatre en poste pour toute la filière</p> |
| <p>Ressource ingénierie de projet mesure 5</p> | <p align="center">Recrutement d'un(e) chargé(e) de mission Mesure 5 en cours</p> |
| <p>EHPAD couverts sur la filière</p> | <p align="center">28 EHPAD 1 Privé à but Lucratif 7 Privé à but non lucratif 5 Public autonome 3 Public hospitalier 12 Public territorial</p> |
| <p>Groupements d'établissements et de professionnels de santé</p> | <p align="center">CPTS du Kreiz Breizh (en cours de structuration)</p> <p align="center">6 MSP signataires de l'ACI (Ploërdut, Noyal Pontivy, Réguiny, Locminé, Bréhan, Loudéac) 4 MSP non signataires de l'ACI (Cléguérec, Pontivy, Rohan, Guémené-sur-Scorff)</p> <p align="center">GCSMS Part'âge (convention entre 3 associations gestionnaires d'EHPAD : Gouarec, Merdrignac, Le Quillio) GCSMS du Méné (5 EHPAD publics) GCSMS du Morbihan (19 EHPAD sur tout le département) GCSMS Service d'aide à domicile Dorn-Ha-Dorn (10 CCAS, Association d'aide à domicile ADOM)</p> |
| <p>ARACT "Accompagner l'évolution des pratiques et l'organisation du travail en anticipation et gestion de crise"</p> | <p align="center">Aucun établissements de la filière engagés dans l'action</p> |

ANNEXE 9 : Plan d'action « Prévenir et accompagner la perte d'autonomie de la personne âgée » de la feuille de route 2021 de la Direction Adjointe Autonomie

Définir la stratégie régionale en faveur de la prévention dans les EHPAD et les modalités de sa mise en œuvre en lien avec les conférences des financeurs

Développer des actions de prévention dans les EHPAD par voie de conventionnement avec des opérateurs sur la base de thématiques identifiées comme prioritaires en concertation avec les conseils départementaux. Présentation du schéma cible retenu en conférences des financeurs.

Mettre en œuvre le plan d'action SSIAD (2020-2022)

Poursuite des travaux consécutifs à l'étude 2019 et au plan d'actions régional :

- Contractualisation ARS - SSIAD
- Approfondissement des diagnostics territoriaux SSIAD
- Accompagnement aux rapprochements et coopérations SAAD-SSIAD HAD CSI, poursuite de l'expérimentation SPASAD,
- Pratiques professionnelles : définition de référentiels régionaux pour une meilleure définition des missions partagées SSIAD / HAD / PSL, et mise en place d'un réseau régional des IDE coordonnateurs
- Poursuite des actions de soutien RH pour l'attractivité des métiers du médico-social et les métiers du domicile (recrutement, formation, attractivité),
- Prise en compte des besoins et spécificités du domicile dans les projets "ESMS numériques".

Définir un plan d'actions en faveur des aidants dans le prolongement de l'étude régionale sur l'offre et les besoins des proches aidants de personnes âgées, de personnes en situation de handicap ou lourdement malades, résidant à temps plein ou partiel à domicile

- En lien avec l'étude régionale et en déclinaison de la stratégie nationale des aidants en région, plusieurs leviers sont à mobiliser pour améliorer l'offre vers les aidants :
- Développement et renforcement des plateformes d'accompagnement et de répit
- Renforcement, diversification et consolidation territoriale de l'accueil temporaire (AJ, HT et autres formules de répit et gradation des prestations)
- Amélioration la connaissance du grand public de l'offre en faveur des aidants

Mettre en œuvre un plan d'accompagnement de la transformation de l'offre en EHPAD

Dans le prolongement des constats et des actions conduites dans le cadre de la crise sanitaire, renforcer l'offre de service et l'appui sanitaire aux EHPAD, et les coopérations territoriales.

Actions engagées et à poursuivre :

- Renforcer l'organisation de l'appui sanitaire hospitalier aux ESMS PA dans le cadre des filières gériatriques
- Accélérer le rapprochement des ESMS PA avec les Dispositifs d'appui à la coordination, et l'offre de soins ambulatoire
- Inscrire ces priorités dans la contractualisation EHPAD et des établissements de santé supports de GHT ou de filière gériatrique
- Poursuivre et accompagner la mutualisation de compétences entre EHPAD et établissements de santé : IDE de nuit, IDE hygiéniste, externalisation des EMG, HAD, équipe de soins palliatifs
- Accompagner et évaluer l'expérimentation article 51 "dispositif renforcé à domicile" et l'expérimentation régionale SSIAD renforcés
- Finaliser et mettre en œuvre le plan d'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie et poursuivre la mobilisation de l'ARS en lien avec ses partenaires (pôle emploi, DRJSCS, CROUS, CRIJB...) notamment en faveur d'une campagne de recrutement d'urgences sur les métiers du grand âge.

Renforcer l'accompagnement des établissements supports de filières gériatriques dans leurs missions d'appui à leurs partenaires ESMS et du domicile dans les territoires, au bénéfice d'une amélioration du parcours des personnes âgées, et en lien avec les enseignements de la crise sanitaire et les orientations nationales.

Mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences pour :

- Renforcer la capacité des établissements à améliorer l'offre, les pratiques et les organisations sur leur territoire avec les partenaires médico-sociaux, sociaux et ambulatoires de leur territoire
- Développer les admissions directes des personnes âgées
- Finaliser leur projet territorial partagé, en lien avec les financements affectés par l'ARS

aux établissements de santé bénéficiaires en 2020.

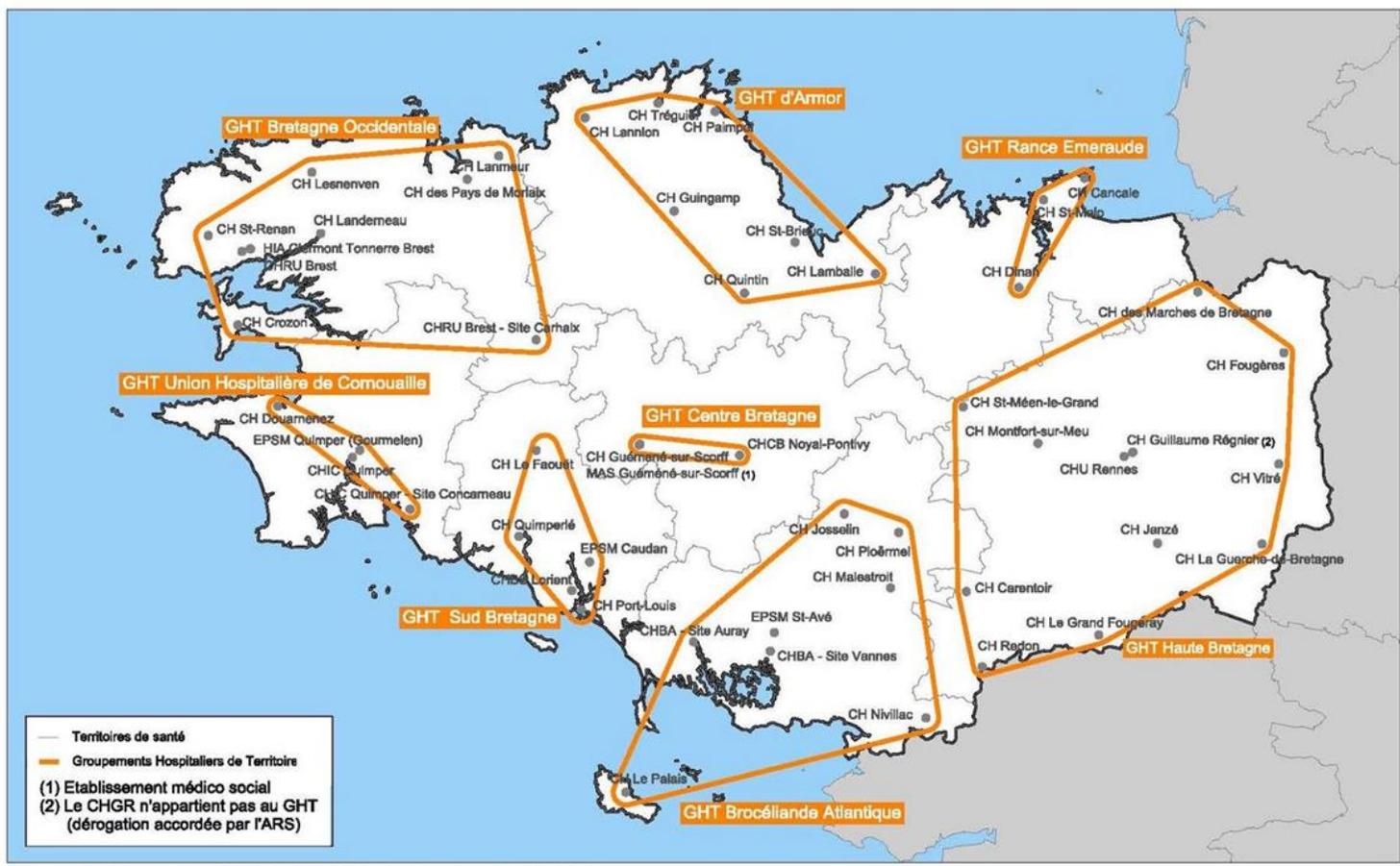
Déploiement des IDE hygiénistes (intégrées aux équipes opérationnelles d'hygiène hospitalières) par ces établissements avec l'appui du CPIAS et du GCS CAPPs au bénéfice d'une amélioration de la qualité et de la gestion du risque infectieux dans les ESMS PA.

ANNEXE 10 : Carte des 8 territoires de santé Bretons



ANNEXE 11 : Les Groupements Hospitaliers de Territoire bretons

Groupements Hospitaliers de Territoire



Source : ARS Bretagne, arrêtés du 1er juillet 2016 fixant la composition des GHT
 Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2016
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique



ANNEXE 12 : Les EHPAD par filière gériatrique et par gestionnaire

Département 22

CH Dinan

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 8 |
| Public autonome | 1 |
| Public hospitalier | 3 |
| Public territorial | 15 |
| Total général | 27 |

CH Guingamp

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 2 |
| Privé à but non lucratif | 5 |
| Public hospitalier | 1 |
| Public territorial | 11 |
| Total général | 19 |

CH Saint-Brieuc

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 3 |
| Privé à but non lucratif | 10 |
| Public autonome | 1 |
| Public hospitalier | 7 |
| Public territorial | 9 |
| Total général | 30 |

CH Tréguier

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 6 |
| Public hospitalier | 7 |
| Public territorial | 11 |
| Total général | 24 |

Département 29

Brest Carhaix

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 2 |
| Privé à but non lucratif | 23 |
| Public autonome | 8 |
| Public hospitalier | 11 |
| Public territorial | 13 |
| Total général | 57 |

CH Douarnenez

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 5 |
| Public autonome | 4 |
| Public hospitalier | 2 |
| Public territorial | 7 |
| Total général | 18 |

CH Pays de Morlaix

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 7 |
| Public autonome | 4 |
| Public hospitalier | 3 |
| Public territorial | 8 |
| Total général | 22 |

CHIC Quimper

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 6 |
| Public autonome | 2 |
| Public hospitalier | 4 |
| Public territorial | 15 |
| Total général | 27 |

CH Quimperlé

| | |
|--------------------------|----------|
| Privé à but non lucratif | 1 |
| Public autonome | 1 |
| Public hospitalier | 3 |
| Public territorial | 2 |
| Total général | 7 |

Département 35

CH Fougères

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 7 |
| Public autonome | 1 |
| Public hospitalier | 5 |
| Public territorial | 2 |
| Total général | 15 |

CHI Redon

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 3 |
| Public autonome | 3 |
| Public hospitalier | 3 |
| Public territorial | 2 |
| Total général | 11 |

CHU Rennes

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 4 |
| Privé à but non lucratif | 34 |
| Public autonome | 10 |
| Public hospitalier | 5 |
| Public territorial | 25 |
| Total général | 78 |

CH Saint Malo

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 2 |
| Privé à but non lucratif | 13 |
| Public autonome | 3 |
| Public hospitalier | 4 |
| Public territorial | 4 |
| Total général | 26 |

CH Vitré

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 7 |
| Public autonome | 3 |
| Public hospitalier | 5 |
| Public territorial | 2 |
| Total général | 17 |

Département 56

GHBS de Lorient

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 1 |
| Privé à but non lucratif | 13 |
| Public autonome | 1 |
| Public hospitalier | 5 |
| Public territorial | 10 |
| Total général | 30 |

Clinique des Augustines - Ploërmel Malestroit

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but non lucratif | 2 |
| Public autonome | 3 |
| Public hospitalier | 2 |
| Public territorial | 4 |
| Total général | 11 |

CHCB Noyal Pontivy

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 1 |
| Privé à but non lucratif | 7 |
| Public autonome | 5 |
| Public hospitalier | 3 |
| Public territorial | 12 |
| Total général | 28 |

CHBA Vannes Auray

| | |
|--------------------------|-----------|
| Privé à but lucratif | 6 |
| Privé à but Non lucratif | 8 |
| Public autonome | 15 |
| Public hospitalier | 7 |
| Public territorial | 7 |
| Total général | 43 |

Note réflexive

De manière rétrospective, si je reviens sur mon parcours, j'ai toujours voulu travailler dans le domaine de la santé, dans le prendre soin, en alliant des compétences techniques et relationnelles. C'est pourquoi j'ai choisi le métier de soignante en intégrant l'IFSI du CHU de Caen. Mon expérience d'infirmière, qui a été particulièrement enrichissante, a aussi amené un questionnement sur ma pratique professionnelle et sur l'amélioration de la prise en charge des patients dans leurs parcours de soins. Des questions sur la démocratie sanitaire, l'accès aux soins, la coordination entre professionnels ou encore sur la réponse aux besoins des patients et des aidants qui n'était pas toujours adaptée. C'est donc principalement ce qui m'a poussé à reprendre un parcours universitaire, prendre du recul, tenter d'avoir une vision holistique de notre système, de son organisation, de son fonctionnement et de l'élaboration des politiques publiques de santé. Au cours de mon parcours universitaire et professionnel, j'ai eu l'opportunité d'avoir de nombreuses expériences dans le domaine du soin, en qualité d'infirmière diplômée d'Etat, en milieu hospitalier ou médico-social. Au cours de ces expériences, j'ai pu prendre en charge à de nombreuses reprises des personnes âgées, en situation de dépendance ou de perte d'autonomie.

Pour cette reprise d'étude et pour la réalisation de ce stage, loin d'oublier ma formation de soignante, je souhaitai en tirer le maximum de bénéfice. En tirer les enseignements et les connaissances tout en prenant assez de recul pour développer de nouvelles compétences et de nouveaux prismes, avec une analyse et une prise en compte plus globale, plus collective, loin des prises en charge individuelles dont j'avais l'habitude. Les modalités et les attendus d'un stage de master étaient bien différents ce que j'avais pu connaître dans mon parcours. Néanmoins, la volonté d'agir à une autre échelle, d'aider au développement de services et de prestations adaptés afin de généraliser et/ou d'améliorer les parcours gériatriques était un objectif qui m'animait.

Mon lieu de stage

J'ai donc effectué mon stage de fin cursus du 8 mars au 6 août 2021 à l'Agence Régionale de Santé Bretagne et plus exactement au sein de la Direction Adjointe Autonomie et santé mentale. Au sein de la Direction de l'hospitalisation, de l'autonomie et de la performance, qui est une des trois directions métiers du siège de l'ARS, la DAA est composée de deux départements : le département transformation de l'offre médico-sociale et le département planification médico-

sociale. La DAA est en charge du pilotage de l'ensemble de la politique régionale d'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

La détermination de mes missions de stage et leur mise en œuvre

Ayant trouvé ce stage par le biais d'une candidature spontanée, nous avons dû en amont de celui-ci, en déterminer les grandes lignes conjointement avec mon référent, le directeur adjoint de l'autonomie et de la santé mentale. Mes missions allaient alors s'orienter vers la généralisation et l'amélioration des parcours gériatriques, notamment par le suivi de l'appel à candidatures pour l'expérimentation d'infirmière hygiéniste mutualisée en EHPAD, l'aide à la réalisation du plan d'actions régional SSIAD ou encore l'animation et la participation aux réunions hebdomadaire entre la DAA et les fédérations médico-sociales.

Le premier jour de mon stage, j'ai compris que la réalisation de mes missions n'étaient pas formalisées de manière très précise avec le reste de l'équipe de la DAA. Mon référent attendait de moi un positionnement de « chargée de mission opérationnelle ». Pour autant, n'ayant jamais assumé ces fonctions auparavant et n'ayant pas d'encadrement opérationnel « direct » de la part d'un(e) chargé(e) de mission, il a fallu être pro-active et autonome pour répondre aux besoins et aux exigences du stage. J'ai rapidement pris contact avec la direction adjointe veille et sécurité sanitaire, également en charge de l'expérimentation IDE hygiéniste afin de réaliser un état des lieux et de leur proposer mon appui. Dans le même temps, j'ai déterminé mes missions avec la chargée de missions en charge du plan d'actions régional SSIAD. Enfin, j'ai rapidement proposé mon appui à la réalisation du projet capitalisation des expériences COVID aux cotés de la conseillère autonomie grand âge, en mission pour six mois à l'ARS.

Ainsi, ma mission principale au cours du stage a été le co-pilotage du projet Retex COVID dans les territoires de filières gériatriques bretonnes. Ce travail en lien avec les délégations départementales et les acteurs de terrain m'a permis d'avoir une vision régionale de l'organisation de l'offre gériatrique bretonne et de l'ensemble des acteurs qui la composent. J'ai participé à toutes les étapes de ce projet, que j'ai pu expliciter dans la méthodologie de ce mémoire, et j'ai assuré le travail de rédaction des comptes rendus de chaque rencontre territoriale, du rapport final et de réalisation des tableaux diagnostics de filières gériatriques. Bien entendu, mon travail était relu, réajusté et validé par la conseillère autonomie grand âge mais aussi lorsque cela était nécessaire par la DD ou par un membre de l'équipe d'appui médico-social.

J'ai également participé activement au suivi de l'expérimentation d'infirmière hygiéniste mutualisée en EHPAD en lien avec le CPIAS, le GCS CAPPs, les centres hospitaliers supports et leurs équipes opérationnelles d'Hygiène ainsi que les EHPAD bénéficiaires du dispositif (430 dans la région). J'ai ainsi pu participer à l'analyse des rapports d'étape et au suivi de la mise en œuvre du dispositif d'amorçage, grâce à un nouveau recueil de données effectué auprès des centres hospitaliers supports. Dans le cadre de ce travail conjoint entre la DAVSS et la DAA, j'ai pu faire partie des COPIL et des groupes de travail afin d'adapter les modalités de pilotage, de gouvernance et d'animation de ce nouveau réseau. A titre d'exemple, j'ai pris part à la rédaction d'une convention type entre centre hospitalier support et EHPAD bénéficiaires.

Cette mission m'a permis de me rendre compte de la complexité des relations entre acteurs dans la mise en œuvre d'un dispositif de santé publique. Notamment entre l'ARS et le CPIAS qui en charge de l'animation de ce réseau régional pouvait parfois être en désaccord avec les propositions d'évolution formulées lors des différents COPIL. A titre d'exemple, la remise en question de la priorité des missions de l'IDE H et GDR, relayant l'activité de développement du bon usage des antibiotiques dans un second temps à la mise en place de l'activité de prévention du risque infectieux a été difficile à mettre en place. Malgré le bienfondé de cette modification, émanant directement des acteurs médico-sociaux, pour qui la priorité était la sensibilisation à l'hygiène, le CPIAS, qui a fait de « l'antibiorésistance » un enjeu majeur de ses missions a eu beaucoup de mal à comprendre cette orientation. Cela peut s'expliquer par le fait que la prévention des infections associées aux soins et la gestion des risques sont des sujets historiquement centrés sur le sanitaire. La crise a fait comprendre l'importance de faire entrer cette culture dans le secteur médico-social, avec qui le CPIAS ne travaille que depuis quelques années. De plus les professionnels du CPIAS sont majoritairement issus du monde hospitalier et maîtrisent de ce fait moins l'organisation des EMS. Ce qui peut parfois créer quelques « décalages » entre l'élaboration et la mise en œuvre des dispositifs.

Quant à mon appui à la réalisation du plan d'actions régional des SSIAD, il fut plus succinct que prévu initialement. En effet, beaucoup d'actions étaient suspendues dans le contexte de la crise sanitaire. Cependant, j'ai pu réaliser la synthèse annuelle des dialogues de gestion CPOM ARS/CD pour l'expérimentation « SPASAD INTEGRES », au nombre de 16 dans la région Bretagne.

Enfin, comme convenu initialement, j'ai participé à l'animation mais surtout à la préparation (travail d'inventaire, ordre du jour, pilotage des différents intervenants et réalisation du power point de présentation...) pour la réunion hebdomadaire entre les fédérations médico-sociales et la direction autonomie. Ces réunions, particulièrement enrichissante, permettaient un

temps de présentation et d'échange sur les actualités (épidémiologie, recommandations, dispositifs d'aide et d'appui...) et de faire remonter les difficultés actuelles rencontrées dans le secteur médico-social.

Enfin, ma seule mission en lien direct avec le secteur « personnes handicapées » s'est effectuée au mois de juin, lorsque j'ai réalisé, à la demande du responsable du département planification médico-sociale, une première analyse des bilans de projets AMI « Transformation de l'offre médico-sociale » publié par l'ARS en 2018.

La perception de l'institution et de mon rôle au sein de l'ARS

Bien que l'ARS soit une grande entité, les agents que j'ai pu rencontrer ont été accessibles et disponibles, même dans un contexte de travail à distance. Ce fut un environnement favorable aux échanges et aux partages d'informations. En effet, j'ai sollicité de nombreux agents, au sein de la DAA ou dans d'autres directions et dans la grande majorité des cas ils ont répondu présents malgré une charge de travail importante. Cependant, j'ai tout de même constaté que le travail en silo et en « entre soi » de chaque direction était très prégnant. Ce constat est palpable au sein même de la DAA, où les missions de chacun sont très précises, très spécifiques et à mon sens manquaient parfois de transversalité. Ce fonctionnement semble pourtant aller à l'encontre d'une notion de parcours de la personnes handicapées ou en perte d'autonomie et d'une politique en faveur du décloisonnement.

Le contexte sanitaire m'a obligé à réaliser une partie du stage en télétravail, ce qui n'a pas rendu facile l'intégration dans l'équipe. J'ai pu effectuer deux jours en présentiel par semaine jusqu'à fin juin 2021 puis trois jours en présentiel à partir de juillet 2021. Par conséquent, je n'ai rencontré certains chargés de missions que plusieurs mois après mon arrivée. Dans ce contexte, trouver son positionnement et sa place au sein de la direction n'a pas été évident. Cependant, avoir rapidement travaillé auprès de la conseillère autonomie grand âge, qui avait besoin d'un appui dans la réalisation de sa mission m'a permis de mieux structurer mon stage.

Ce stage a été l'occasion de rencontrer un grand nombre d'acteurs au profil très variés, aussi bien au sein de l'ARS qu'en externe avec l'ensemble des partenaires. J'ai pu rencontrer et travailler avec les référents personnes âgées et hospitalisation de chaque DD, les référents personnes âgées de chaque CD, l'équipe d'appui médico-sociale, les fédérations médico-sociales, les dispositifs de coordination, les directeurs, responsables et soignants d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que des référents administratifs, médicaux, soignants, praticiens hospitaliers et les professionnels libéraux. Ce panel, censé représenter l'ensemble des

acteurs du parcours de la personne âgée m'ont permis d'en développer une vision transversale et intersectorielle.

Concernant la réalisation de mon mémoire, elle s'est faite de manière autonome et c'est largement appuyer sur le travail de capitalisation des expériences covid dans les territoires de filières gériatriques. En ce sens, le rapport final rendu à la fin de mon stage et qui sera présenté en COMEX début septembre 2021, pourra servir d'outil de planification du parcours PA.

La mise en perspective avec la formation : apports et mise en œuvre de compétences

J'ai eu la chance d'être rapidement considérée par les agents et les acteurs rencontrés comme une professionnelle et non pas comme une stagiaire. Cette considération m'a fait prendre davantage confiance en moi, notamment pour l'animation de réunion et de groupe de travail. J'ai aussi pu exprimer et donner mon avis sur plusieurs dossiers en valorisant mon expérience passée et les connaissances que j'avais pu développer pendant le master. De plus, j'ai une appétence toute particulière pour les thématiques PA/PH que j'ai pu aborder et travailler dans le cadre de mes missions.

Ce stage m'a permis de développer un grand nombre de compétences, transversales, opérationnelles et techniques, notamment :

- **Des compétences organisationnelles** : coordination autour d'un projet réunissant plusieurs acteurs et organisation, pilotage et préparation de réunions.
- **Des compétences techniques** : construire une stratégie d'action en réalisant un projet du début à la fin et réalisation de documents techniques (convention, synthèse de CPOM, analyse d'AMI, rapport...).

Pour réaliser mes missions, j'ai pu faire le lien avec l'ensemble des compétences acquises au cours de cette année de master. Pour le pilotage du projet de capitalisation, je me suis particulièrement appuyée sur l'unité d'enseignement « stratégie et conduite de projet en santé publique » mais également sur « l'approche interdisciplinaire des systèmes de santé » ou encore sur « l'observation en santé ».

Perceptives et ouverture vers mon projet professionnel

Ce stage au sein de l'ARS a répondu à mon besoin de professionnalisation et la pluralité des acteurs rencontrés a enrichi mon réseau et a conforté mon choix d'orientation professionnelle. Ces deux dernières années d'études, qui est un projet que j'ai monté et financé seule, m'ont permis de parfaire mon projet professionnel, en gardant toujours l'objectif final d'une évolution des pratiques

et des réponses au service des patients. En ce sens, je suis ravie d'avoir pu intégrer l'EHESP, dont les valeurs et les enseignements de qualité me guideront dans ma vie professionnelle.

Aujourd'hui, je souhaite m'inscrire dans une mission de service public et aider à développer en collaboration avec les acteurs du système, des services et des prestations adaptés qui permettraient d'améliorer les pratiques professionnelles et la réponse à l'enjeu majeur que représente la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie. C'est pourquoi, au lendemain de ma soutenance de mémoire, je prends mes fonctions en tant que chargée de mission filière gériatrique au Centre Hospitalier Brocéliande Atlantique à Vannes. Ce poste représente une véritable continuité avec ce que j'ai pu engager au sein de l'ARS et c'est grâce à cette expérience que j'ai pu acquérir les compétences, les connaissances et la confiance nécessaire pour intégrer ce poste.

| | | |
|--|--------|-----------|
| LAUNAY | Félyse | Aout 2021 |
| Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique | | |
| Les enjeux du parcours coordonné de la personne âgée au travers de l'articulation des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux : Réflexions autour du projet de capitalisation des expériences COVID-19 dans les territoires de filières gériatriques bretons | | |
| Promotion 2020-2021 | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Le vieillissement significatif de la population représente un enjeu décisif de santé publique, d'ici 2025 la population française comptera 1 millions de personnes âgées supplémentaires, dont 100 000 qui seront en situation de perte d'autonomie (ministère des solidarités et de la santé, 2021). L'urgence de cette transition démographique oblige les pouvoirs publics à s'engager dans la détermination et l'engagement d'une réponse politique adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. La réponse à cet enjeu sociétal majeur s'oriente vers la structuration d'un parcours coordonné faisant appel au décloisonnement et à la coopération. En effet, les parcours de santé des personnes âgées, revêtent un caractère multidimensionnel spécifique intégrant une gradation des soins et de l'accompagnement définie au regard de leurs besoins, par des professionnels exerçant en structure sanitaire, médico-sociale, ou sociale, en institution, en ville ou à domicile. Depuis plus d'un et demi, la crise sanitaire de la COVID-19 a bouleversé notre système de santé et a mis à rude épreuve les professionnels du champ gérontologique souffrant déjà de difficultés structurelles, exacerbées par le contexte pandémique. Ainsi, dans quelle mesure la crise sanitaire de la COVID-19 a-t-elle eu un impact sur le décloisonnement et la coopération des acteurs autour du parcours de santé de la personne âgée dans un contexte d'action publique tournée vers la coordination ?</p> <p>Par une approche qualitative, menée dans les territoires de filières gériatriques bretons auprès des acteurs intervenant dans le parcours de santé de la personne âgée, nous avons tenté d'analyser l'impact du contexte de crise dans la coopération et le décloisonnement territorial. Ainsi, malgré l'identification de freins non négligeables, les initiatives et les leviers identifiés tendent à nourrir la logique de parcours gériatrique, dans l'objectif d'organiser les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels.</p> | | |
| <p>Mots clés : Personnes âgées, parcours, coordination, filières gériatriques, social, médico-social, sanitaire, COVID-19, coopération, décloisonnement</p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |

