



**PROMOUVOIR LE PARTENARIAT AUTOUR DES PERSONNES  
EN FIN DE VIE SUR LE TERRITOIRE : UNE PLURALITE  
D'ACTEURS A COORDONNER**

**Isabelle BERTHELOT**

**2010**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

/1

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord ma famille, Ghislaine, Jean-joseph, Alizée et Bastien pour leur soutien, leur disponibilité, et leurs encouragements tout au long de cette formation digne d'un marathon, et notamment pour ce travail de fin d'études.

Je remercie Monsieur Haeck, directeur du Centre Hospitalier d'Arcachon de m'avoir confortée et appuyée dans ma démarche d'évolution professionnelle.

Je remercie Monsieur Michel Robert, directeur de mémoire, de m'avoir guidée, donné des conseils avisés dans l'élaboration de ce mémoire, et pour avoir fait preuve de réactivité et de disponibilité suite aux envois de mes écrits.

Je remercie mes proches collègues de la promotion CAFDES 2008-2010 dont les réflexions partagées, les échanges relatifs à nos pratiques, l'entraide et les encouragements mutuels m'ont permis d'élargir mon questionnement, mes connaissances, et d'établir un véritable réseau.

Je remercie Monsieur Dumoulin, directeur de l'Hospitalisation A Domicile de Bagatelle et Isabelle Harroun, infirmière coordinatrice, pour le travail de collaboration.

Je remercie Monsieur Alain Valadié, directeur certifié, pour ses remarques pertinentes au sujet de mon écrit et ses précieux conseils.

Enfin je remercie toute l'équipe professionnelle du service de Cardiologie du Centre Hospitalier d'Arcachon pour avoir fait preuve d'autonomie, d'initiatives et de compréhension lors de mes absences répétées.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>1 Un territoire de santé structuré mais déséquilibré au regard de l'offre de soins et des besoins d'une population vieillissante</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Un territoire de santé récent</b>	<b>4</b>
1.1.1 Une histoire fondée sur une vocation balnéaire et climatique	4
1.1.2 Une offre de soins variée mais avec des limites	5
1.1.3 Une population représentative de ce territoire de santé : une majorité de personnes âgées	13
1.1.4 La prise en charge du vieillissement : un axe pourtant prioritaire au regard des politiques publiques	15
<b>1.2 Entre conformité et réalité : des écarts éloquentes</b>	<b>16</b>
1.2.1 Une évolution démographique nécessitant des structures mieux adaptées	16
1.2.2 Des compétences diversifiées mais pas assez spécialisées	17
1.2.3 Un manque de coordination entre les acteurs de ce territoire dans l'accompagnement des personnes âgées	20
1.2.4 Une réalité quotidienne : la prise en charge de la fin de vie	21
<b>1.3 Repérer les enjeux de l'accompagnement des personnes en fin de vie pour une coordination efficiente</b>	<b>23</b>
1.3.1 Des structures de soins diversifiées mais porteuses de cultures différentes	23
1.3.2 Réunir les établissements de santé autour d'un objectif commun	25
1.3.3 Une problématique partagée dans la coordination de l'accompagnement des patients en fin de vie	25
1.3.4 La mise en place d'un partenariat : une réponse à un besoin de ce territoire de santé (hypothèses théoriques et opérationnelles)	26
<b>2 Entre Hôpital et domicile : coordonner les acteurs autour d'une démarche palliative pour les personnes en fin de vie</b>	<b>27</b>
<b>2.1 La démarche palliative, une réflexion éthique et pluridisciplinaire</b>	<b>27</b>
2.1.1 Le concept de soins palliatifs : un accompagnement adapté aux personnes en fin de vie	27
2.1.2 La démarche palliative, une préoccupation sociétale	30
2.1.3 Les aidants familiaux et la personne de confiance : des partenaires à soutenir	31
2.1.4 L'encadrement : vecteur du changement de la culture en soins palliatifs	33

<b>2.2</b>	<b>Le partenariat : une coordination complexe d'acteurs à manager</b>	<b>36</b>
2.2.1	Du réseau vers le partenariat : une complémentarité à promouvoir	36
2.2.2	Le partenariat : un nécessaire repérage des enjeux	38
2.2.3	Le partenariat : une stratégie de direction	40
2.2.4	Le partenariat : un mode de management complexe	42
<b>2.3</b>	<b>La compétence : un concept à partager</b>	<b>43</b>
2.3.1	La compétence individuelle au service de la compétence collective	43
2.3.2	La compétence des professionnels : une ressource rare à développer	44
2.3.3	De nouvelles compétences à intégrer : les bénévoles en soins palliatifs	46
<b>3</b>	<b>Promouvoir le partenariat autour des personnes en fin de vie sur ce territoire : des réponses adaptées aux besoins d'une population vieillissante</b>	<b>50</b>
<b>3.1</b>	<b>Elaborer un projet fédérateur pour coordonner les acteurs autour de l'accompagnement des personnes en fin de vie</b>	<b>50</b>
3.1.1	Concevoir le projet avec les principaux acteurs : un rôle de directeur	50
3.1.2	Une perspective en plusieurs étapes à inscrire dans le projet d'établissement du futur pôle de santé	53
3.1.3	La contractualisation : une caractéristique du partenariat	55
3.1.4	Création d'une équipe mobile et identification de lits de soins palliatifs	56
<b>3.2</b>	<b>Un plan d'actions stratégiques impliquant les acteurs</b>	<b>58</b>
3.2.1	La politique des ressources humaines : savoir élaborer un plan de formation adapté aux compétences manquantes	58
3.2.2	Formaliser des outils partagés pour mieux communiquer	60
3.2.3	Informers les différents partenaires de soins des nouvelles ressources	61
3.2.4	Développer des espaces de paroles, pour éviter l'épuisement	62
<b>3.3</b>	<b>Evaluer et réajuster le projet</b>	<b>63</b>
3.3.1	L'évaluation : un dispositif indispensable	63
3.3.2	Certains outils à la disposition du directeur, d'autres à déployer	67
3.3.3	Evaluer ce projet de partenariat pour le développer auprès d'autres acteurs	70
	<b>Conclusion</b>	<b>74</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>76</b>
	<b>Liste des annexes</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AS : Aide-soignante

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CABA : Collège des Associations de Bénévoles d'Accompagnement

CHA : Centre Hospitalier d'Arcachon

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DIU : Diplôme InterUniversitaire

DU : Diplôme Universitaire

EHPA(D) : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (Dépendantes)

ETP : Equivalent Temps Plein

GBNA : Groupe Bordeaux Nord Aquitaine

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFAS : Institut de Formation Aide-Soignante

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de Santé et de Recherche Médicale

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

MSPB : Maison de Santé Protestante de Bagatelle

PASS : Permanence d'Accès au Soins de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SP : Soins Palliatifs

USP : Unité de Soins Palliatifs

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

" La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple ".

Antoine de Saint-Exupéry.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> DE SAINT EXUPERY A., 2000, *Citadelle, livre posthume datant de 1948*, Gallimard, p 211-212.

## Introduction

Les patients incurables ont toujours fait l'objet d'une préoccupation. Au Moyen Age, ces malades étaient regroupés dans des Hôtel-Dieu pour bénéficier de soins appropriés. Cependant, il faudra attendre 1842, pour que Jeanne Garnier fonde l'association des Dames du Calvaire à Lyon entièrement dédiée à l'accueil de ces malades.

Les publications de Patrick Verspieren<sup>2</sup> vont déclencher un retentissement prépondérant au niveau des pouvoirs publics, qui prennent alors conscience, par le biais du Ministère de la santé, de la nécessité de réfléchir à la prise en charge des personnes en fin de vie. Ce mouvement va prendre toute son ampleur, à la suite de la Circulaire Laroque, du 26 août 1986 "relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale". La loi hospitalière du 31 juillet 1991 va également introduire les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé.

Le Centre Hospitalier d'Arcachon, en tant qu'établissement sanitaire, se doit d'assurer la prise en charge des soins palliatifs dont il est fait état dans l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique. Il s'avère qu'en 2009, 30% des personnes hospitalisées dans cet hôpital avaient plus de 70 ans et 362 décès sont intervenus au cours de cette année.

Aujourd'hui, 26% de la population Aquitaine a plus de 60 ans contre 21% en France métropolitaine. L'accompagnement de la fin de vie est donc une préoccupation prévalente. Plus largement, selon les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), un français sur 3 aura plus de 60 ans en 2050 contre un sur 5 en 2005. Le vieillissement de la population est inéluctable. Cette évolution montre que l'augmentation exponentielle du nombre de personnes âgées devient un enjeu prépondérant pour les politiques publiques.

Afin de répondre aux besoins croissants des prises en charge sanitaires liées aux maladies dans un contexte de vieillissement de la population, la loi HPST<sup>3</sup> préconise les coopérations, tout en maîtrisant les dépenses de santé, et également afin de pallier l'évolution défavorable de la démographie médicale.

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale n°2002-2 du 2 janvier 2002, défend et valorise la construction de réponses coordonnées au service de l'utilisateur. Nous voyons s'inscrire en filigrane dans ces textes des notions de mutualisations, des moyens de coopération, de réseau, de partenaires.

---

<sup>2</sup>VERSPIEREN P., 1984, *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Desclée de Brouwer, p 183.

<sup>3</sup> HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

Dans le secteur sanitaire, et médico-social, le partenariat vise une complémentarité de compétences et/ou de ressources jugées nécessaires pour la réalisation d'un projet.

Il vise le décloisonnement entre des organisations distinctes mais concernées par un objectif commun. Nous savons avec Guy le Boterf<sup>4</sup>, qu'il est impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer avec d'autres.

Au travers du contexte actuel des contraintes budgétaires, de la territorialisation des nouvelles politiques publiques, de la complexité et spécificité des prises en charge évolutives des populations accueillies dans nos établissements de santé, le développement de coordination et de coopération constructives entre les professionnels devient incontournable pour enclencher des dynamiques collectives nécessaires à la réussite des projets.

Mandatée par la direction de l'hôpital dans lequel j'exerce en tant que chef de projet, ayant assumé auparavant les fonctions de directrice de soins pendant de nombreux mois, il m'appartient, entre volonté affichée des politiques publiques et autres recommandations concernant la population âgée, de me saisir de l'ensemble de ces préconisations afin d'y apporter une traduction concrète et de les rendre effectives au niveau du terrain voire d'un territoire de santé.

Le travail que je développe dans ce mémoire repose sur la promotion du partenariat autour des personnes en fin de vie sur un territoire, ce qui nécessite la coordination de l'ensemble des acteurs.

J'ai consacré la première partie, à l'étude descriptive et analytique de l'ensemble des intervenants de santé sur le territoire du Bassin d'Arcachon, à la population vieillissante et à l'offre de soins variée qui a ses limites. Le repérage des divers enjeux au niveau du territoire me paraît être un préalable incontournable dans l'étude de l'accompagnement des personnes en fin de vie, afin d'élaborer un projet de coordination efficient.

J'ai apporté dans la deuxième partie un étayage théorique, basé sur des concepts éclairants et surtout complémentaires. En effet, la démarche palliative étant fondée notamment sur la pluridisciplinarité et l'acquisition des compétences des multiples partenaires soignants et non soignants, il apparaît opportun de traiter le concept de la démarche palliative, du partenariat et de la compétence.

C'est dans une démarche de qualité, d'évolution des pratiques, de développement d'une nouvelle culture commune, qu'il s'agit de répondre aux besoins de la population vieillissante de ce territoire.

---

<sup>4</sup> LE BOTERF G., 2008, *Travailler efficacement en réseau, une compétence collective*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Eyrolles, p9.

Enfin la troisième partie est dédiée à la mise en place du projet de partenariat. Il s'agit de promouvoir la coordination, la contractualisation entre les différents partenaires autour de l'accompagnement des personnes en fin de vie.

La création d'une équipe mobile en soins palliatifs, la formation, les outils partagés et l'évaluation doivent favoriser la qualité et la continuité de notre intervention au bénéfice de cette population.

L'implication de chacun et le partage de valeurs des acteurs doit permettre d'aboutir à ce projet commun.

# 1. Un territoire de santé structuré mais déséquilibré au regard de l'offre de soins et des besoins d'une population vieillissante

## 1.1 Un territoire de santé récent

### 1.1.1 Une histoire fondée sur une vocation balnéaire et climatique

Le territoire de santé d'Arcachon / la Teste est récent. Il a connu historiquement depuis 150 ans un fort développement fondé notamment sur sa vocation sanitaire.

Ainsi, la population de la Teste dispose-t-elle de l'hôpital Saint-Aimé inauguré le 3 novembre 1849, quand la ville d'Arcachon est créée en 1857.

De 1857 à 1939, la situation médicale du secteur évolue suivant cinq axes :

- **La médecine balnéaire** dans des établissements de bains, mais la balnéothérapie thérapeutique disparaît progressivement.

- **La médecine climatique** : le climat arcachonnais est un climat marin atténué sans brusque variation de température. Le climat apporte une nouvelle orientation médicale pour le traitement de la tuberculose. Le meilleur taux de guérison est de 13 % à la veille de 1914. Cette statistique porte sur des malades dont les familles peuvent régler les frais d'un séjour en villa ou pension.

La ville d'Arcachon est érigée en station climatique le 14 juillet 1914.

- **La médecine de guerre** : en 1914, s'ouvre au collège Saint-Elme un hôpital de 150 lits réservés en priorité aux blessés et aux soins chirurgicaux. Il comptera jusqu'à 453 lits en 1918. Un autre hôpital s'ouvre à l'asile hospitalier du Boulevard Deganne et les deux casinos sont réquisitionnés comme structures hospitalières supplémentaires. Plusieurs dizaines de milliers de blessés de guerre seront soignés dans ces établissements complémentaires.

- **La médecine thermale** : dès avril 1925, la société thermale des Abatilles s'est constituée par des actions, notamment souscrites par des arcachonnais.

L'établissement thermal est construit en 1928.

Repris en piteux état en 1947, l'établissement a connu une période faste de dix ans avant de subir les effets de la concurrence des grandes marques dont l'une, les Eaux de Vittel, finit par l'absorber en 1969 d'où la fermeture de l'établissement thermal en 1970 et l'agrandissement de la zone d'embouteillage.

**La médecine de prévention** : le préventorium Saint-Vincent de Paul est fondé en 1925 pour accueillir plus de 200 enfants. Il s'agit d'un quadrilatère de 500 m<sup>2</sup> en plein centre ville sur trois étages, qui deviendra l'hôpital.

En 1978, année de son transfert, le Centre Hospitalier est installé sur le site Jean Hameau, à la Teste de Buch, mais l'hôpital reste sous la présidence du maire d'Arcachon. Le site hospitalier d'aujourd'hui a donc une trentaine d'année d'existence.

### **1.1.2 Une offre de soins variée mais avec ses limites**

Le bassin d'Arcachon est composé de plusieurs établissements de santé publics, privés, tels que le Centre Hospitalier d'Arcachon (CHA)<sup>5</sup>, la clinique du Groupe Bordeaux Nord Aquitaine (GBNA)<sup>6</sup>, l'Hospitalisation A Domicile (HAD) et le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)<sup>7</sup>, les Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes, les maisons de convalescence...

La zone d'attraction<sup>8</sup> de ces établissements recouvre 17 communes qui se trouvent, d'un point de vue géographique, majoritairement dans le département de la Gironde et minoritairement dans celui des Landes :

Arcachon, Audenge, Lanton, Gujan-Mestras, le Teich, la Teste-de-Buch et Biganos.

Sanguinet, Biscarosse, Parentis-en-Born, Gastes, Ychoux, Lugos, Belin-Beliet, Salles, le Barp et Mios.

L'ensemble de ces communes représente, d'après le recensement de 2009 (source INSEE<sup>9</sup>), environ 150 000 habitants. Ce chiffre n'est pas totalement représentatif de la véritable population compte tenu du particularisme des différentes communes, à savoir que ce sont des villes touristiques qui connaissent un véritable accroissement de leur population en saison estivale.

D'après les diverses mairies, en été, la population est en moyenne multipliée par quatre (par six pour la seule ville d'Arcachon), soit 474 476 personnes.

A noter que, pour le dénombrement de la population estivale, seules comptent les personnes ayant séjourné au moins une nuit dans les communes, en excluant ainsi les visites journalières.

---

<sup>5</sup> CHA : cf. liste des sigles.

<sup>6</sup> GBNA : cf. liste des sigles.

<sup>7</sup> SSIAD : cf. liste des sigles.

<sup>8</sup> Zone d'attraction : cf. annexe 1.

<sup>9</sup> INSEE : cf. liste des sigles.

Ce territoire représente une des plus fortes croissances démographiques de la région : de 1999 à 2009, la population du Bassin d'Arcachon s'est accrue de 18 %.

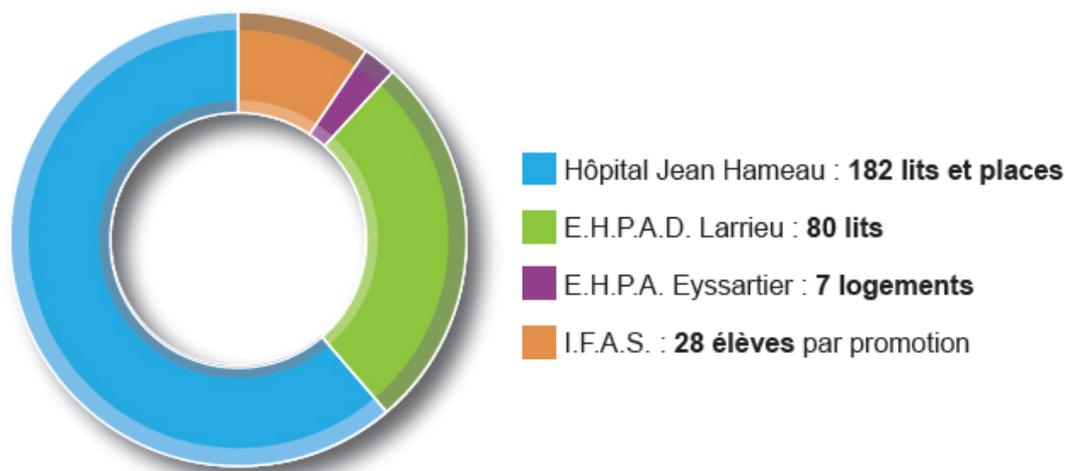
Selon l'INSEE, Cette croissance se poursuit à l'horizon 2030, particulièrement sur le littoral Atlantique. Elle est le résultat de la conjugaison d'un vieillissement de la population et de l'installation de néo-résidents jeunes, à savoir des familles avec enfants.

➤ Le Centre Hospitalier d'Arcachon

Il se compose de quatre structures distinctes :

- l'Hôpital Jean Hameau
- l'Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes Larrieu,
- l'Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Eyssartier (sous forme d'appartements se situant sur le même site que l'EHPAD<sup>10</sup>, destiné à des personnes âgées autonomes),
- l'Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS).

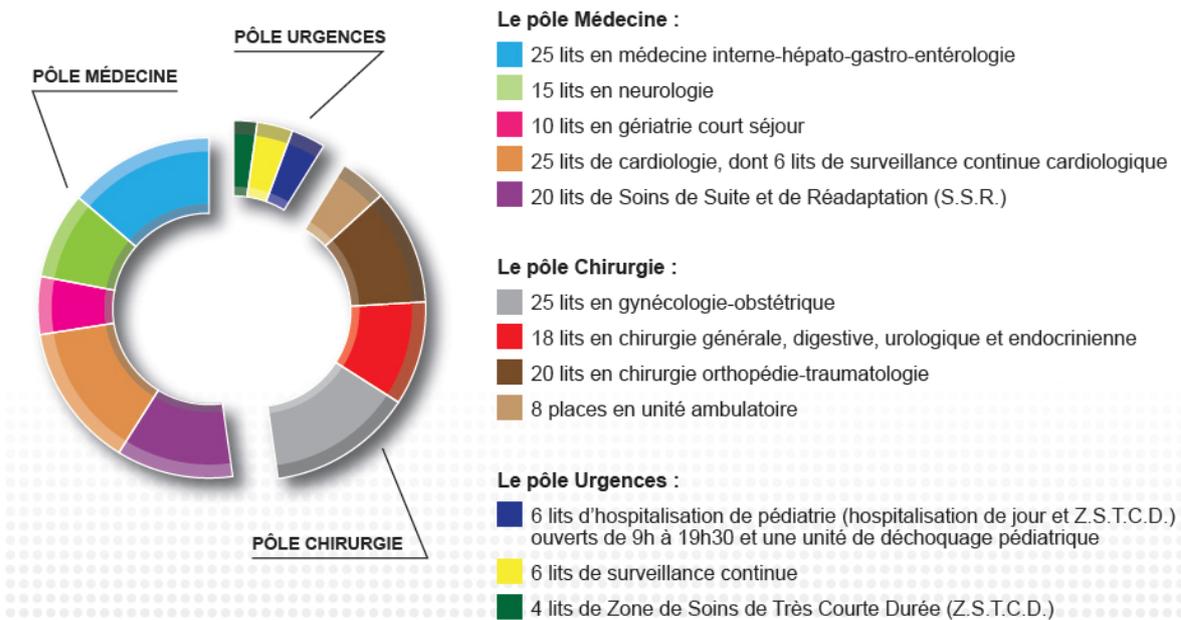
**Centre Hospitalier d'Arcachon : 269 lits et places.**



La culture de l'hôpital Jean Hameau est d'assurer des missions sanitaires et médico sociales du service public.

L'hôpital est structuré en quatre pôles : un pôle de management, ressources et vigilances et trois pôles d'activités médicales et médico-techniques.

<sup>10</sup> EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.



La totalité de ces activités sur les différents sites, ainsi que les missions annexes (telles que la maintenance technique, les prestations d'hôtellerie...) sont assurées par environ 500 salariés, dont 60 médecins et internes sur l'ensemble des établissements. Le personnel est attaché à la structure de l'hôpital car c'est la seule dans les environs (excepté la clinique d'Arcachon). La ville de Bordeaux se situant à une soixantaine de kilomètres. C'est également un lieu privilégié pour sa qualité de vie. Selon le bilan social de l'établissement datant de 2009, nous pouvons vérifier cette stabilité importante puisqu'un tiers des ressources humaines a au moins 20 ans de présence dans l'établissement. Nous pouvons constater également pour cette même année que la féminisation du personnel est à hauteur de 80,65% et 55 % de l'ensemble des salariés a plus de 40 ans.

Le Centre Hospitalier se situe à cinq minutes d'Arcachon, sur la commune de la Teste de Buch qui se trouve au sud de la Gironde, au sud ouest de la ville de Bordeaux.

L'hôpital est accessible par l'intermédiaire de différents moyens de transport. Les gares les plus proches sont celles d'Arcachon et de la Teste-de-Buch. Une liaison par autobus est organisée entre Arcachon et Bordeaux ainsi qu'entre Arcachon et les différentes villes touristiques avoisinantes. Un réseau autoroutier est en place entre Bordeaux et le Teich, le CHA est ensuite accessible par la nationale.

Cet hôpital de proximité est un établissement un peu excentré par rapport au centre ville de la Teste et d'Arcachon mais il reste facile d'accès excepté pendant la période estivale (de mi-juin à mi-septembre), où la circulation routière devient alors très dense compte tenu de l'accroissement important de la population.

Dans une moindre mesure, les situations de saturation sont observées en période de week-end. Depuis la création, au 1<sup>er</sup> mars 2007 d'une ligne de bus "baia" effectuant la navette entre les gares des alentours et le CHA, cet accès a été facilité, à moindre coût, notamment pour les jeunes, les personnes âgées et à mobilité réduite.

En ce qui concerne l'avenir du Centre Hospitalier d'Arcachon, celui-ci est dans une démarche de constitution, sous forme de groupement de coopération sanitaire, d'un pôle de santé public-privé avec la clinique d'Arcachon (Groupe Bordeaux Nord Aquitaine). L'ouverture de ce groupe est prévue au 2<sup>er</sup> semestre 2012. Il sera délocalisé. Il restera sur la commune de la Teste de Buch, se rapprochant de la commune de Gujan-Mestras, donc de Bordeaux et son accès sera facilité par l'intermédiaire du réseau routier (voie rapide directe entre Bordeaux et Arcachon).

➤ La Clinique d'Arcachon

Elle a été créée en 1950. En janvier 2006, la clinique d'Arcachon a intégré le Groupe Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (GPBNA). Aujourd'hui la clinique comporte 47 lits de chirurgie, 3 lits de médecine, 2 postes de chimiothérapie et 6 postes de chirurgie ambulatoire. Elle accueille en moyenne 7000 patients par an, dont 45 % en ambulatoire. L'ensemble du personnel représente 98 salariés, dont 40 IDE, 37 AS et 21 personnes travaillant dans les différents services administratifs et techniques.

Le personnel est fidélisé (ce qui n'est pas le cas dans les autres cliniques du groupe) car une grande partie de celui-ci, est originaire et/ou habite le bassin d'Arcachon.

La clinique va donc rejoindre l'hôpital en 2012 sur un même site afin de former un pôle de santé unique sur le bassin d'Arcachon.

La culture de la clinique d'Arcachon est basée sur une logique de rentabilité. Elle favorise les activités lucratives de la chirurgie interventionnelle et ambulatoire.

➤ L'Hospitalisation A Domicile

L'HAD<sup>11</sup> située sur la commune du Teich, territoire de santé du bassin d'Arcachon, dépend de la Maison de Santé Protestante de Bagatelle. C'est une fondation privée créée en 1863 et reconnue d'utilité publique en 1867. Elle a une vocation sanitaire, médico-sociale et sociale.

---

<sup>11</sup> H.A.D. : cf. liste des sigles.

La M.S.P.B<sup>12</sup>.est installée à Talence (33) depuis 1920. L'HAD de Bagatelle, formule alternative de type sanitaire a ouvert ses portes en 1975. Enfin, le site du Teich a vu le jour en janvier 2007.

L'HAD de ce secteur est composée d'une équipe pluridisciplinaire :

- Un médecin coordonnateur, un cadre de santé (temps partagé).
- Une infirmière coordinatrice et une IDE<sup>13</sup> référente,
- 6 aides-soignantes,
- 5 psychologues partenaires,
- de nombreux infirmiers libéraux. C'est une particularité de l'HAD de ce territoire. En effet, souvent, comme sur le territoire de Bordeaux, les infirmiers affiliés aux hospitalisations à domiciles sont salariés.

L'autre spécificité de l'HAD de l'antenne du Teich, est la prise en charge des personnes âgées en fin de vie, qui représente plus de 90 % de leur activité, selon le ressenti des professionnels rencontrés. Objectivement, suite à la recherche des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI<sup>14</sup>) fournies par le Département Informatique Médical (DIM)<sup>15</sup> de Bagatelle, ce type de prise en charge représente près de 60% comparativement à l'activité totale. En effet, pour l'année 2009, sur 105 patients accompagnés, 60 d'entre eux étaient considérés en soins palliatifs. Pour la même année, 44 patients sont décédés, soit environ 42% des personnes suivies par cette structure. Les chiffres de 2009 par rapport à 2008 sont légèrement en hausse. L'accompagnement des personnes âgées en fin de vie est donc une activité prévalente pour le service d'Hospitalisation à domicile.

Quant à la culture de l'HAD, elle repose sur des valeurs du service public hospitalier, mais surtout sur des valeurs protestantes fortes et des comportements attendus.

#### ➤ Le Service de Soins Infirmiers A Domicile

Il existe deux SSIAD<sup>16</sup> sur l'ensemble du secteur, un est localisé sur le Bassin d'Arcachon Sud et l'autre au Nord à Audenge. Ils comprennent respectivement 125 lits et 85 lits à domicile. Leurs missions consistent à assurer des soins infirmiers, d'hygiène et de confort aux personnes âgées.

---

<sup>12</sup> M.S.P.B : cf. liste des sigles.

<sup>13</sup> IDE : cf. liste des sigles.

<sup>14</sup> PMSI : cf. liste des sigles.

<sup>15</sup> DIM : Département d'Information Médicale.

<sup>16</sup> SSIAD : cf. liste des sigles.

L'objectif de ces structures est de favoriser le maintien à domicile, de contribuer au maintien de l'autonomie de cette population, de diminuer voire d'éviter des temps d'hospitalisation et de faciliter le retour à domicile des personnes âgées à la sortie de leur hospitalisation.

Actuellement, la collaboration entre les SSIAD et les établissements de santé et médicaux sociaux est informelle. Il n'existe pas de réelle coordination, alors que nous prenons en charge la même population. Les assistantes sociales du CHA travaillent le plus souvent avec le SSIAD du bassin d'Arcachon sud, car une majorité des patients fréquentant l'hôpital, habitent les quatre communes, Arcachon, La Teste-de-Buch, Gujan-Mestras et le Teich. Certains patients âgés, à la sortie de leur hospitalisation ont besoin d'un encadrement soignant afin de rendre possible un retour dans leur environnement personnel. Ce Service de Soins Infirmiers à Domicile est géré par une infirmière coordinatrice, assistée de deux infirmières référentes, soit 1,50 Equivalent Temps Plein (ETP)<sup>17</sup>. L'équipe est composée de 28 Aides-Soignantes (AS)<sup>18</sup>, soit 21 ETP, un comptable, et deux secrétaires (1,38 ETP).

Le profil des patients suivis par le SSIAD sud est assez homogène. Sur les deux dernières années (2008/2009) sur les 125 patients suivis, 100 d'entre eux étaient âgés de plus de soixante ans. La moyenne d'âge est de 84 ans. Peu de décès interviennent au domicile.

En 2009, neuf patients sont décédés chez eux, cinq ont été transférés au CHA avant de mourir et un relais par l'HAD a été nécessaire, afin que le patient puisse rester à son domicile jusqu'à son dernier souffle.

Le SSIAD ayant un budget déterminé par la DDASS de 28 euros par jour et par personne, il a vocation à prendre en charge des patients ayant des soins para-médicaux limités.

Suite aux entretiens réalisés pour ce travail de mémoire, ce service souhaiterait poursuivre une réflexion en collaboration avec l'hôpital.

Par ailleurs, huit services d'aide à domicile sont présents sur ce territoire. Ils assurent essentiellement un soutien pour les tâches ménagères, le portage de repas, une assistance par téléalarme, des présences à domicile notamment pour contribuer à l'accompagnement des personnes âgées dans les actes de la vie quotidienne.

---

<sup>17</sup> ETP : cf. liste des sigles.

<sup>18</sup> AS : cf. liste des sigles.

## ➤ Les Etablissements Pour Personnes Agées Dépendantes

Ces structures sont soumises à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale. Sur ce territoire de santé, on compte environ 691 lits d'EHPAD publics, privés. Ces établissements développent une diversification des modes d'accueil, comme la prise en charge de jour ou temporaire, afin de répondre aux besoins des personnes de plus en plus âgées, dépendantes et atteintes de pathologies comme la maladie d'Alzheimer. La relation entre les EHPAD et les centres de soins est quotidienne. En effet, les personnes âgées alternent les séjours entre l'hôpital et leur lieu de vie en institution.

Dès 2002, des difficultés de coordination de prises en charge avaient été soulevées de part et d'autres. Une réflexion a été menée, de multiples réunions ont été organisées durant environ 2 ans entre les directeurs et cadres des différents établissements au Centre Hospitalier d'Arcachon. Ceci a permis d'identifier les acteurs privilégiés qui travaillaient régulièrement ensemble, sans jamais se rencontrer. A l'issue de ce travail en collaboration, une convention a été signée<sup>19</sup>, des outils de transmission d'informations ont été mis en place. Depuis, la coordination de la prise en charge des personnes âgées est facilitée.

Néanmoins, depuis plus de trois ans, la réunion annuelle qui se déroulait à l'hôpital, n'est plus organisée et gagnerait à être remise en place. Certains directeurs et cadres des structures ont changé. Les besoins en lien avec l'évolution démographique des personnes de plus en plus âgées nécessitent des adaptations au niveau des différents établissements.

L'EHPAD Larrieu, entité du Centre Hospitalier d'Arcachon, fait partie de l'association "ensemble pour nos aînés", qui favorise les rencontres entre résidents et organise des animations partagées. Elle mutualise également des moyens afin de faire bénéficier un maximum de formations aux différents personnels.

L'EHPAD Larrieu privilégie l'admission des personnes âgées suivies au CHA. Selon les rapports d'activités annuels, la moyenne d'âge des résidents oscille entre 85 ans, pour l'année 2009, et 84 ans pour le 1<sup>er</sup> semestre 2010. Les personnes âgées hébergées en EHPAD sont de plus en plus âgées et dépendantes. Une majorité de femmes est présente, 77,5% contre 22,5% d'hommes actuellement. Ce prorata s'explique par l'espérance de vie plus importante chez la femme que chez l'homme. Les filles nées en 2009 auront une espérance de vie de 84,5 ans et les garçons de 77,8 ans.

En dix ans, les gains d'espérance de vie sont passés de trois années pour les hommes et de deux années pour les femmes. L'écart entre les deux sexes se réduit progressivement.

---

<sup>19</sup> Convention CHA / EHPAD : cf. annexe 2.

Par ailleurs, depuis 2008, le nombre de décès a considérablement augmenté, cette tendance se confirme au 1<sup>er</sup> semestre 2010 :

ANNEES	2005	2006	2007	2008	2009
NOMBRE DE DECES	17	13	12	31	25

➤ Les maisons de convalescence

Il en existe deux sur le secteur :

- L'Aquitania située sur la commune de Gujan-Mestras.

Elle comprend 45 lits de soins de suite et réadaptation en hospitalisation complète. Ses missions principales sont de prendre en charge les personnes nécessitant des soins de convalescence, dans un but de ré autonomisation. La moyenne d'âge des personnes accueillies est de 77 ans.

- La Rose des sables localisée sur Arcachon.

Ce centre de soins de suite et de réadaptation fait partie du groupe Clinea / Orpea et détient 50 lits. Ses missions sont similaires à la précédente structure. Ces deux SSR<sup>20</sup> travaillent au quotidien en collaboration avec les établissements de soins hospitaliers, d'ailleurs des conventions<sup>21</sup> ont été signées entre eux.

L'objectif pour les personnes bénéficiant de ce séjour, est de pouvoir, à l'issue de cette ré autonomisation, rentrer dans leur environnement personnel.

Par ailleurs, de multiples acteurs interviennent dans le champ de l'offre de soins sur ce territoire, la caractéristique en médecine de ville est relativement développée. On dénombre environ 140 médecins généralistes, près de 40 praticiens spécialistes, 8 sages-femmes libérales et environ 150 infirmiers libéraux.

L'offre de soins est donc multiple. Néanmoins, elle ne répond pas entièrement aux besoins de la population de ce territoire. En effet, un manque de place en EHPAD, maison de convalescence, SSIAD est constaté. Des listes d'attentes sont établies dans chaque établissement.

---

<sup>20</sup> SSR : cf. liste des sigles.

<sup>21</sup> Convention identique à la convention CHA / EHPAD.

Parfois celles-ci comprennent environ cinquante personnes, notamment pour les EHPAD. Ce chiffre est difficilement évaluable et varie constamment en fonction des décès et des inscriptions de certaines personnes âgées qui s'inscrivent sur plusieurs listes.

En ce qui concerne les demandes en maison de convalescence, faute de place, certaines n'aboutissent pas, ce qui entraîne une prolongation de l'hospitalisation ou un retour à domicile ne permettant pas une rééducation optimale.

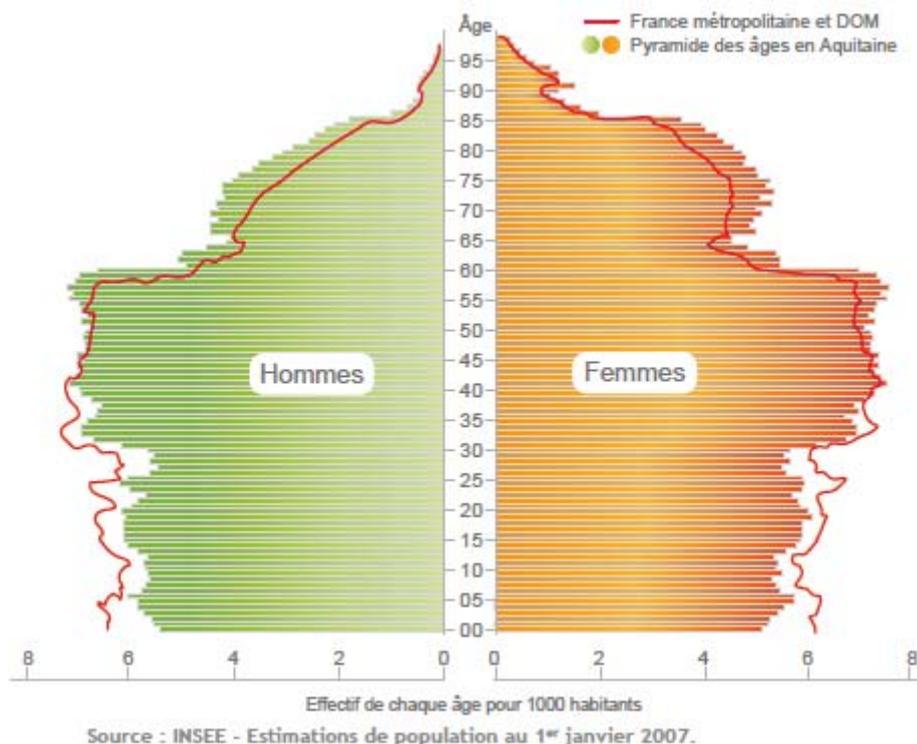
Par ailleurs, le territoire ne comprend quasiment pas de lits de soins de longue durée.

Le nombre de places en SSIAD est également insuffisant. D'ailleurs, un dossier est en cours d'agrégation pour une demande supplémentaire de dix lits.

L'offre de soins est donc limitée.

### 1.1.3. Une population représentative de ce territoire de santé : une majorité de personnes âgées

L'Aquitaine compte 3 200 000 habitants. Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, un Aquitain sur 4 est âgé au moins de 60 ans et ceux de 75 ans ou plus représentent 10,3 % de la population régionale<sup>22</sup>. En 2008, 30 400 personnes résidant en Aquitaine décèdent. Le nombre des décès poursuit sa hausse en 2009, en effet, il atteint quasiment la barre des 31 000.



<sup>22</sup> INSEE Aquitaine., *L'année économique et sociale 2009 en Aquitaine*. (visité le 20.02.2010), disponible sur Internet : <http://www.insee.fr>

Sur l'ensemble des communes composant la zone d'attraction des Etablissements cités, comme je l'ai souligné précédemment, la population s'est accrue également. L'étude de l'âge de la population de ce territoire montre que celle-ci est hétérogène (source INSEE 2008).

AGE POPULATION	POURCENTAGE
De 0 à 19 ans	22,4 %
De 20 à 39 ans	24,1 %
De 40 à 59 ans	26,1 %
De 60 à 74 ans	17 %
Plus de 75 ans	9,5 %

Néanmoins, on constate que plus de 26% de la population a plus de 60 ans, ce qui est supérieur à la moyenne nationale qui est de 21% en France métropolitaine.

Ce territoire de santé est donc caractérisé par le nombre important de personnes âgées qui y résident, en partie pour profiter d'une retraite dans un environnement privilégié. Mais quel est le profil des personnes âgées de nos jours ?

Tout d'abord il est nécessaire de définir le terme personne âgée. "Pour le sens commun, c'est une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente"<sup>23</sup>. Quant au vieillissement, il peut être envisagé selon différents critères.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le vieillissement est envisagé dans sa dimension biologique puisqu'une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans et plus.

Si l'on s'appuie sur une définition sociale, c'est la cessation d'activité que l'on prend en compte, jusqu'à présent autour de 55-60 ans, puis d'ici 2012, autour de 57-62 ans.

Le vieillissement évolue donc en fonction de notre société, des découvertes médicales, du contexte environnemental...

Le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs sont en partie génétiques et notamment liés à l'histoire de vie de chacun. On différencie le 3<sup>ème</sup> âge (personnes âgées les plus jeunes) du 4<sup>ème</sup> âge (75-85 ans), voire 5<sup>ème</sup> âge (les personnes les plus âgées, plus de 90 ans). Parfois le terme sénior est utilisé afin d'éviter d'utiliser le mot âgé, qui peut être perçu de façon négative, surtout pour le 3<sup>ème</sup> âge.

<sup>23</sup> WIKIPEDIA., *Personne âgée*. (Visité le 06.02.2010), disponible sur internet : [fr.wikipedia.org/wiki/personne\\_âgée](http://fr.wikipedia.org/wiki/personne_âgée)

Sinon selon B.L Mishara et R.G Riedel<sup>24</sup>, "la vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités".

Ces différentes définitions sont complémentaires et ne sont pas exhaustives. Elles sont à mettre en lien avec notre société, notre culture, notre environnement.

La personne âgée au Centre Hospitalier est prise en charge<sup>25</sup> selon sa ou ses pathologies, ou accidents de vie mais également en fonction de son âge, notamment les personnes âgées de plus de soixante quinze ans sont confiées aux gériatres dans leur globalité ou en complémentarité avec les chirurgiens. En 2009, 30% de la population accueillie à l'hôpital était âgée de soixante quinze ans et plus. Au niveau des statistiques, une personne est considérée comme "âgée" à partir de soixante ans et plus.

#### **1.1.4 La prise en charge du vieillissement : un axe pourtant prioritaire au regard des politiques publiques**

Depuis de nombreuses années, les politiques publiques s'intéressent particulièrement aux personnes âgées. (D'ailleurs, selon certains historiens, dès le lendemain de la révolution française, le problème du maintien à domicile des personnes âgées était déjà évoqué).

Dès 1962, Pierre Laroque, à l'époque, Président de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale, constitue et préside la "commission d'étude des problèmes de la vieillesse". A travers le rapport Laroque, il fait état de l'avancée du vieillissement démographique et des conséquences se répercutant dans différents domaines et sur l'ensemble de la population. Il propose une éthique du "vivre ensemble" à travers une politique de maintien à domicile dans le but de sauvegarder la place sociale des personnes qui vieillissent.

Actuellement, en effet, cette population est en forte recrudescence. Selon les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques l'INSEE<sup>26</sup>, un français sur 3 aura plus de 60 ans en 2050 contre un sur 5 en 2005. Une prise en charge spécifique est donc nécessaire dans différents domaines, du fait de la dépendance, de la maladie et des handicaps de la fin de vie, que doit affronter cette population. C'est ainsi que les pouvoirs publics insistent sur certaines mesures, recommandations, à travers différents rapports, circulaires, plan anti-cancer, plan Alzheimer, programme national de développement des soins palliatifs etc....

---

<sup>24</sup> MISHARA BL., RIEDEL R G., 1985, *le vieillissement*, Paris : PUF, p 268.

<sup>25</sup> Le concept de charge est un pur anglicisme, avec une connotation soit mercantile (avoir un coût), soit militaire (donner la charge), soit juridique (accuser), soit de poids (se charger d'un poids). Il est donc inadapté à la situation, mais consacré. Je l'utiliserai à ce titre, mais avec la connotation solidariste de subvenir aux besoins de, entretenir, prendre sous sa responsabilité.

<sup>26</sup> INSEE : cf. liste des sigles.

Le comité consultatif national éthique, dans son rapport sur le vieillissement datant de 1998, déclare "... ce fait représente un problème majeur de notre société pour les prochaines décennies..."<sup>27</sup>.

Donc les différents écrits convergent tous, vers cet axe prioritaire, de la prise en charge du vieillissement. L'étape ultime du grand âge, est la fin de vie, comment elle est prise en compte dans notre société ?

A noter que la prise en charge du vieillissement, ne correspond pas à la prise en charge de la fin de vie. Bien d'autres domaines sont à prendre en compte avant cette étape ultime.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (l'IGAS)<sup>28</sup> sur la mort à l'hôpital du 22 janvier 2010 souligne l'insuffisance de prise en charge de la fin de vie aussi bien dans les établissements de santé qu'à domicile. La mort est vécue comme un échec, donc à ce titre, la prise en charge de la fin de vie est souvent négligée.

Sur notre territoire de santé, on constate une insuffisance de réflexion globale sur cet accompagnement des personnes en fin de vie, une hétérogénéité des pratiques, un manque de biens structurels et de coordination des acteurs qui s'occupent de cette population. La prise en charge coordonnée, de qualité, des patients en fin de vie est donc un sujet au cœur des politiques publiques actuelles.

## **1.2 Entre conformité et réalité : des écarts éloquentes**

### **1.2.1 Une évolution démographique nécessitant des structures mieux adaptées**

L'étude de la population vue précédemment fait émerger des besoins supplémentaires, notamment dans le développement de différents services, tels que les crèches, écoles, activités culturelles et sportives, services sociaux et offres de soins sanitaires et médico-sociaux.

Dans le cas qui nous intéresse, nous nous attacherons particulièrement aux structures concernant les personnes âgées.

Compte tenu de la population vieillissante du territoire de santé, la prise en charge des patients âgés, est de plus en plus prépondérante, mais elle n'est pas suffisamment assurée. Nous constatons une absence de structures spécifiques, une insuffisance d'EHPAD (compte tenu des listes d'attentes signalées par les établissements concernés), de lits de soins de longues durées, d'équipe mobile sur le secteur...

---

<sup>27</sup> Comité Consultatif National d'Ethique, 25 mai 1998, *rapport sur le vieillissement*, n°59, p1.

<sup>28</sup> IGAS : cf. liste des sigles.

En termes de structures, comment répondre aux besoins de la population vieillissante sur ce territoire de santé, afin de faire coïncider une offre de service adaptée aux besoins des personnes âgées ?

### **1.2.2 Des compétences diversifiées mais pas assez spécialisées**

Le Centre Hospitalier d'Arcachon et l'HAD, de par leurs activités prévalentes auprès des personnes âgées se trouvent confrontés à la prise en charge de cette population qui est de plus en plus importante. Cet accompagnement nécessite des compétences spécifiques.

Tout d'abord, il est nécessaire de définir la notion de compétence. Elle est ancienne et a évolué dans le temps. A l'origine, la compétence selon le petit Robert, c'est "*l'aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées*", puis en 1930 le Larousse souligne que "*la compétence est l'ensemble des connaissances, qualités, capacités, aptitudes qui mettent en mesure de discuter, de consulter, de décider sur tout ce qui concerne son métier*".

Dans le milieu du travail, la notion de compétence est récente. En 1993, Sandra Michel distingue six approches : par les aptitudes, les savoirs, les savoir-faire, les comportements, le mixte (combinaison du savoir, savoir-faire, savoir être) et par les compétences cognitives. Elle adhère particulièrement à cette dernière approche en disant que la compétence est "la capacité à résoudre des problèmes de manière efficace dans un contexte donné"<sup>29</sup>.

Guy le Boterf<sup>30</sup> s'est exprimé sur ce sujet à la fin des années 1990, en stipulant que, "la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donnés". Dans le même sens, en 1999, au cours d'une journée internationale de la formation organisée par le Mouvement des Entreprises de France (MEDEF), celui-ci a retenu la définition suivante "*La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis*".

La compétence est donc une association de différents savoirs mis en œuvre lors d'une situation.

---

<sup>29</sup> MICHEL S., *Compétences*. (visité le 04.09.201), disponible sur internet : [fr.curricula-vitae.com/competences.html](http://fr.curricula-vitae.com/competences.html)

<sup>30</sup> LE BOTERF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Editions d'Organisation groupe Eyrolles, p 35.

Dans un premier temps, il est donc nécessaire d'étudier les compétences du personnel en termes de connaissances autour de la personne âgée, notamment par rapport aux pathologies, à l'accompagnement en fin de vie qui représente, rappelons-le, 60% de l'activité de l'HAD et 362 décès à l'hôpital pour l'année 2009 (source provenant du DIM<sup>31</sup>).

Au Centre Hospitalier d'Arcachon, le personnel détient les diplômes de bases. Un plan de formation est élaboré, chaque année, en lien avec le projet d'établissement, de soins et des différents services.

Le projet de soins institutionnel actuel stipule que l'accompagnement en fin de vie doit être pris en compte dans les services de soins mais n'engage pas une véritable dynamique, ni des objectifs précis afin d'aboutir à un accompagnement de qualité.

Une partie des salariés (environ 15 personnes par an, par thème de formation) suit donc des sessions de quelques jours, au titre de la formation continue, concernant les personnes âgées, la bientraitance, la douleur, la fin de vie, néanmoins cela reste insuffisant.

Nous pouvons constater que le nombre de personnel détenant un diplôme universitaire (DU)<sup>32</sup> est faible.

Au niveau médical, deux anesthésistes ont un DU douleur, et un seul médecin gériatre possède un DU en soins palliatifs, un autre médecin est en cours de formation. Deux urgentistes ont un DU d'urgences et un détient un DU d'hygiène, sur les 50 praticiens présents à l'hôpital. Un comité de lutte contre la douleur (CLUD)<sup>33</sup> commence tout juste à fonctionner depuis un an.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, sur les 113 infirmiers salariés, seuls, quelques uns détiennent un DU douleur mais travaillent essentiellement au bloc opératoire ou en salle de réveil, sinon deux IDE ont un DU en soins palliatifs, dont une est proche de la retraite et n'exerce pas dans un service nécessitant particulièrement ces compétences.

On constate donc un manque de spécialisation, de compétences complémentaires dans les services les plus concernés comme le service de neuro-gériatrie ou de médecine interne, afin de réaliser une prise en charge spécifique adaptée.

Au niveau de la clinique d'Arcachon, on retrouve des services de chirurgie et un service de chimiothérapie ambulatoire prenant en charge des personnes âgées.

---

<sup>31</sup> DIM : Département d'Information Médicale.

<sup>32</sup> DU : cf. liste des sigles.

<sup>33</sup> Le CLUD : il renvoie à l'article L.1112-4 du Code de santé publique, où il appartient à chaque établissement de santé de promouvoir et de mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur.

Le personnel médical ne détient pas de diplôme universitaire en gériatrie ni en soins palliatifs, il est plutôt orienté sur des diplômes diversifiés et techniques, dirigés vers les chimiothérapies ou les consultations d'annonce en cancérologie...

Au niveau du personnel soignant, quelques infirmières détiennent un DU, mais dans diverses spécialités, qui s'appuient davantage sur des techniques, des protocoles comme l'hygiène, la stomathérapie<sup>34</sup>... Deux IDE ont un DU douleur et une autre un DU en soins palliatifs.

Quand à l'HAD, seule l'infirmière coordinatrice dispose d'un tel diplôme en Soins Palliatifs (SP)<sup>35</sup>, l'infirmière référente détenant un DU "plaies et cicatrisations"

D'une manière globale, suite à des entretiens avec les soignants des différentes structures, le personnel se trouve en difficulté face à certaines situations de personnes âgées en fin de vie, par manque de connaissances et par manque de coordination entre les différents partenaires de soins hospitaliers et du domicile.

Ils se sentent isolés du fait de l'éloignement géographique de la maison mère (Maison de Santé Protestante de Bagatelle) située dans la communauté urbaine de Bordeaux.

Le personnel est parfois en souffrance face aux situations pénibles, à la douleur, à la fin de vie, à la mort, aux familles en deuil. Une réunion de régulation se déroule une fois par mois avec l'ensemble des professionnels de l'HAD du Teich, mais cela reste insuffisant. La totalité du personnel ne peut pas assister à cette régulation, de plus le temps imparti, environ une heure, ne permet pas d'écouter ou de trouver des solutions à l'ensemble des situations.

Par ailleurs, les médecins généralistes ne sont pas formés davantage. Dans le cadre de leur formation initiale, depuis la réforme du second cycle des études médicales de l'année 2000, quatre à huit heures de cours concernant les soins palliatifs ont été intégrées dans le programme de formation, mais ce temps reste trop limité.

Quant à l'approfondissement des connaissances dans ce domaine, un seul médecin du territoire possède un DU en soins palliatifs sur les 140 praticiens libéraux.

Ceux-ci sont confrontés en moyenne à deux décès par an. Ils se sentent donc plus ou moins concernés, et ont souvent des difficultés liées à leurs emplois du temps qui ne leur laissent guère de moments pour suivre des formations.

---

<sup>34</sup> La stomathérapie correspond à la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide, qui doivent permettre au patient stomisé (personne ayant subi une intervention chirurgicale consistant à aboucher un organe, un viscère à la peau).de retrouver son autonomie le plus rapidement possible après l'intervention de façon à reprendre une vie familiale, personnelle, professionnelle et sociale.

<sup>35</sup> SP : cf. liste des sigles

En m'appuyant sur mon expérience hospitalière, les médecins de ville ont parfois tendance à hospitaliser les personnes en fin de vie, dès qu'ils se trouvent devant une situation délicate, faute parfois de connaissances, notamment concernant les prescriptions de morphiniques.

On distingue donc un écart entre les besoins d'une population vieillissante et les compétences des soignants qui accompagnent ces mêmes personnes.

### **1.2.3 Un manque de coordination entre les acteurs de ce territoire dans l'accompagnement des personnes âgées**

Comme nous avons pu le voir précédemment de nombreux professionnels de la santé s'occupent des personnes âgées aussi bien au niveau des structures sanitaires, médico-sociales que du domicile, mais sans coordination. Les relations sont souvent informelles ou liées aux professionnels. Lors d'une discussion avec l'infirmière coordinatrice de l'HAD, celle-ci a confirmé certains constats réalisés.

L'insuffisance de coordination et de continuité des soins chez la personne en fin de vie entraîne une insatisfaction de la prise en charge des patients, une perte de temps et financière, des hospitalisations parfois inutiles.

En effet, les personnes âgées arrivant au service des urgences, notamment le soir ou le week-end ne sont pas souvent identifiées étant déjà en charge par l'HAD, surtout si elles sont isolées ou démentes. D'où une perte de temps pour rassembler toutes les informations nécessaires à leur prise en soins.

De plus, des lits d'hospitalisations ne sont pas toujours disponibles. Parfois, des examens sont réalisés en double, puisqu'il y a une non connaissance du dossier patient, ce qui est désagréable pour les malades. Si la mise en place de l'HAD était connue, cela pourrait éviter certaines hospitalisations, qui perturbent particulièrement la personne âgée, qui n'a plus ses repères.

Enfin, ne sachant pas que ces usagers dépendent de l'HAD de Bagatelle, ce partenaire n'est pas prévenu de l'hospitalisation du patient, ce qui désorganise le travail des professionnels. L'infirmière coordinatrice de l'HAD perd également du temps à faire des recherches pour savoir où se trouve la personne soignée qui n'est plus à son domicile.

Par ailleurs, lorsque le patient sort de l'hôpital et poursuit ses soins en Hospitalisation A Domicile, ce service a besoin de connaître certains éléments, comme le compte rendu d'hospitalisation, le traitement prescrit, l'heure d'éventuelles injections, les protocoles de réfection de pansements etc...

Un suivi d'informations est indispensable afin de travailler en cohérence, en complémentarité.

La clinique quant à elle, fonctionne peu avec les autres acteurs de soins du territoire de santé. D'ailleurs, il a été difficile d'obtenir des données précises, sur leurs activités, la cartographie du personnel...

Elle travaille essentiellement avec le reste du Groupe Bordeaux Nord, mais qui se situe à plus de soixante kilomètres. Ce qui pose de réelles difficultés aux personnes âgées notamment pour les conjoints (ou l'entourage) qui généralement sont aussi âgés et ne peuvent pas toujours effectuer de tels déplacements pour entourer leurs proches.

Lors de rencontres avec des patients âgés qui devaient bénéficier de soins, la majorité d'entre eux disaient vouloir rester à proximité de leur lieu d'habitation afin de ne pas devenir isolé socialement. La notion de proximité est importante chez la personne âgée. Elle lui permet de garder ses repères, un lien social.

On constate donc que le parcours d'une personne âgée nécessitant des soins en hospitalisation et au domicile n'est pas coordonné. Il n'existe pas de réelle complémentarité, du moins formalisée et systématique. Peu d'outils communs sont en place, le moyen de communication le plus utilisé reste essentiellement le téléphone.

Comment impliquer les différents acteurs de soins à travailler ensemble, dans un souci de coordination et de complémentarité de l'accompagnement des personnes âgées entre établissement hospitalier et domicile ?

#### **1.2.4 Une réalité quotidienne : la prise en charge de la fin de vie**

L'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans représente près de 30% de la population accueillie et 43% pour les plus de 60 ans<sup>36</sup> au Centre Hospitalier d'Arcachon, d'où une prise en compte importante de ce public, notamment depuis la création du service de gériatrie en 2004, doté de 10 lits. Depuis six années, cette activité a pris tellement d'ampleur que le taux d'occupation du service de gériatrie en 2008 a atteint 110% et 121% en 2009. Les patients sont donc hébergés dans les autres services de l'hôpital, faute de lits disponibles en gériatrie. Un deuxième gériatre a été recruté en janvier 2010, afin de répondre à cette augmentation d'activité.

---

<sup>36</sup> Source provenant du Département d'Information Médicale (4700 hospitalisations de personnes de plus de 60 ans, 2972, pour les plus de 70 ans comparativement aux 10749 hospitalisations totales pour l'année 2009).

Le nombre de consultations en gériatrie est passé de 272 en 2008 à 468 pour l'année 2009 (source PMSI<sup>37</sup> transmise par le contrôleur de gestion du Département d'Information Médicale). Cette activité est donc en pleine expansion.

Dans le même sens, le nombre de décès à l'hôpital est croissant, il est passé de 318 personnes en 2008, à 362 en 2009. Soit près d'un décès par jour. Le 1<sup>er</sup> semestre 2010, comparativement à celui de 2009 montre d'ores et déjà une augmentation de quasiment 25 % du nombre des décès chez les plus de 65 ans (170 personnes en 2010 pour 140 en 2009).

L'étude épidémiologique (source INSEE 2008) montre également que les principales causes de décès en Gironde sont dues aux maladies cardio-vasculaires puis aux tumeurs.

Dans la zone d'attraction du CHA, selon le recensement de 2008, l'INSEE dénombre 8748 décès soit 28,53 % du total des décès qui sont survenus en Aquitaine.

Il s'agit là d'un taux assez élevé qui peut s'expliquer par la part relativement importante de personnes âgées dans la zone considérée. Par conséquent, la prise en charge des personnes en fin de vie sur ce territoire est une préoccupation prépondérante.

De même l'Hospitalisation A Domicile de la MSPB<sup>38</sup> compte 60% de patients pris en charge pour des accompagnements de fin de vie et 42 % de patients, sur leur prise en charge totale, décéderont au cours de l'année 2009.

Ce pourcentage souligne également l'importance en terme de prévalence, que représente cette activité sur le territoire. Il s'agit donc d'une préoccupation quotidienne nécessitant un accompagnement spécifique.

D'une manière générale, les autres structures de santé, telles que les EHPAD, les SSIAD... ou certains professionnels libéraux tels que les médecins généralistes transfèrent les patients en fin de vie vers l'hôpital, dès qu'ils se sentent démunis face à une situation.

---

<sup>37</sup> PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations.

<sup>38</sup> MSPB : Maison de Santé Protestante de Bagatelle.

## 1.3 Repérer les enjeux de l'accompagnement des personnes en fin de vie pour une coordination efficiente

### 1.3.1 Des structures de soins diversifiées mais porteuses de cultures différentes

Les établissements du territoire de santé du bassin d'Arcachon fonctionnent avec une culture plus ou moins différente. Mais qu'entendons-nous par culture d'établissement ?

Le terme "culture" provient du latin "cultura" et apparaît en langue française vers la fin du XIII<sup>ème</sup> siècle désignant soit une pièce de terre cultivée, soit le culte religieux. Aujourd'hui ce mot admet une pluralité de sens et de multiples usages. Les définitions ont évolué au fil du temps et étaient employées dans de multiples domaines, d'ailleurs en 1952, deux chercheurs américains A.L Kroeber et C. Kluckhohn répertoriaient plus de cent cinquante définitions différentes forgées depuis le XVIII<sup>ème</sup> siècle par de nombreux scientifiques.

Actuellement, trois sens spécifiques coexistent, mais l'intérêt dans ce travail est d'étudier la culture d'établissement, qui peut se traduire par l'ensemble de valeurs partagées par l'ensemble d'un collectif. Il apparaît que toute collectivité développe une culture.

Pour Edgar Morin<sup>39</sup> la culture est un *"système qui fait communiquer une expérience existentielle personnelle et un savoir collectif constitué"*.

La culture s'appuyant sur des valeurs partagées, le Centre Hospitalier d'Arcachon porte quand à lui, les valeurs du service public, telles que :

- l'égalité de traitement des patients. Ceci implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie...) et le devoir de soigner chacun, quel que soit son état de santé et sa situation sociale.
- la neutralité par le respect des croyances et opinions des malades qui ne doit pas interférer dans les soins dispensés.
- l'adaptabilité. Les besoins de la population et l'intérêt général doivent guider les organisations, les restructurations afin qu'un service de qualité soit proposé aux patients.
- la continuité qui est concrétisée notamment par l'obligation d'accueil de toute personne se présentant aux urgences. La mise en place également d'un système de permanence d'accès aux soins (PASS)<sup>40</sup>, même en cas de grève, un service minimum est organisé afin d'assurer l'ensemble des traitements préventifs, curatifs, palliatifs.

---

<sup>39</sup> Edgar Morin : sociologue et philosophe français.

<sup>40</sup> PASS : Code de la Santé Publique, Art L6112-6 modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004- art 4, relatif à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, JORF du 11 août 2004.

D'ailleurs, la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a réaffirmé les missions de l'hôpital public dans ce domaine.

Les services rendus à l'hôpital Jean Hameau, sont réalisés en respect des personnes hospitalisées, et s'appuient également sur des textes tels que : la charte du patient hospitalisé<sup>41</sup>, la personne âgée dépendante,<sup>42</sup> et la loi du 4 mars 2002<sup>43</sup> que l'on peut retrouver dans le livret d'accueil de l'établissement.

L'Hospitalisation A Domicile de la MSPB partage certaines valeurs du secteur public, et s'appuie surtout sur des valeurs protestantes qui sont inscrites dans chaque projet d'établissement depuis 1994. En effet, on peut y retrouver, le respect, le dévouement, l'amour de l'autre, l'implication et l'engagement dans les actions, l'écoute et le soin, la prise en compte des personnes accueillies...Un travail de qualité basé sur des compétences techniques est recherché mais doit être complété par des qualités humaines, une certaine éthique, un esprit de service, afin de respecter l'œuvre poursuivie par cette fondation en terme de solidarité et de fraternité.

Ces valeurs étant assez proches de celles de l'hôpital, elles peuvent être un levier permettant de travailler ensemble plus facilement.

En effet, lors d'une réunion cadres entre l'hôpital et l'HAD en avril 2010<sup>44</sup>, chaque établissement a rappelé ses missions, culture, valeurs.

Cela a permis de constater que les valeurs communes prioritaires des 2 entités, dans ce projet, étaient la qualité et la continuité des soins centrées sur le respect du patient et de ses proches. La vision des soins palliatifs et les compétences sont également des valeurs partagées. Les problématiques rencontrées sont également proches. Les besoins étant convergents, un intérêt commun peut faciliter la réalisation d'un projet commun.

Quant à la clinique, les valeurs ne sont pas basées sur la même culture. Bien sûr certains points sont partagés comme la qualité, la sécurité des patients hospitalisés, les compétences, mais d'autres aspects sont assez éloignés de la culture du service public. Il s'agit davantage d'une logique de rentabilité.

Le travail en collaboration apparaît donc plus complexe car la logique de travail est parfois différente. S'agit-il de collaboration ou de concurrence ?

---

<sup>41</sup> Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

<sup>42</sup> Charte de la personne âgée dépendante : cf. annexe 3.

<sup>43</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, page 4118 texte n°1.

<sup>44</sup> Compte rendu de réunion des cadres avril 2010 : cf. annexe 4.

Néanmoins, un objectif commun de l'ensemble des structures du territoire est d'apporter une qualité de soins aux patients dont elle s'occupe. Ce but devrait permettre aux différents partenaires de soins de trouver des compromis de collaboration, de fédérer les acteurs autour d'un projet commun.

La question de la culture, des valeurs, de l'histoire des établissements a donc un impact sur les possibilités de partenariat.

### **1.3.2 Réunir les établissements de santé autour d'un objectif commun**

Bien que diversifiées et porteuses de cultures différentes, deux structures de soins et non des moindres partagent des valeurs communes. Ainsi le rapprochement de ces deux entités peut s'en trouver facilité à la condition qu'elles y trouvent, outre un objectif commun, un intérêt commun.

Il semble que le respect de la personne soignée et de ses proches, la cohérence des actions, la coordination du parcours de soins de la personne en fin de vie selon une démarche qualité soit un dénominateur commun.

Ainsi, entre hôpital et domicile, être capable de coordonner les acteurs autour d'une démarche palliative pour les personnes en fin de vie devient un objectif essentiel.

### **1.3.3 Une problématique partagée dans la coordination de l'accompagnement des personnes en fin de vie**

Même si les personnes en fin de vie bénéficient de différents dispositifs d'accompagnement, la coopération est insuffisante et informelle. Cette population subit la complexité des actions non articulées entre les différents services de soins.

Cultures et valeurs bien que parfois différentes entre les établissements, ne doivent pas venir obérer un processus inéluctable de rapprochement. Ainsi la coordination des acteurs autour de l'accompagnement des personnes en fin de vie sur ce territoire de santé doit faire l'objet d'un consensus et se traduire de façon opérationnelle.

Ma responsabilité, en tant que chef de projet, est de signifier que nous ne pouvons plus travailler uniquement en interne, isolément des autres partenaires de soins. La dimension de ce projet doit être orientée vers une ouverture extérieure.

Ma problématique est la suivante :

***Comment réussir le maillage d'un projet commun de l'accompagnement des personnes en fin de vie, entre établissement public, privé et H.A.D afin de mieux répondre aux besoins de cette population vieillissante?***

#### **1.3.4 La mise en place d'un partenariat : une réponse à un besoin de ce territoire de santé (Hypothèses théoriques et opérationnelles)**

Des solutions semblent se faire jour. Le Centre Hospitalier d'Arcachon a débuté une réflexion concernant ce projet, suite à une étude d'opportunité<sup>45</sup>, qui renforce mon analyse et mes constats. L'HAD souhaite s'alléger sur une structure publique face à l'accompagnement prévalent des personnes en fin de vie. Dans un premier temps, un attelage majeur entre le CHA et L'HAD pourrait être initié.

Dans un second temps, le projet est appelé à se développer avec la clinique d'Arcachon qui doit ouvrir un service d'oncologie de 25 lits, dans le futur pôle de santé public/privé.

D'autres acteurs, tels que des bénévoles...pourraient également être intégrés, au fur et à mesure de l'évolution de la mise en place de ce projet.

Ce maillage, nécessitant l'agrégation et la coordination de multiples acteurs, autour des personnes en fin de vie pourrait ainsi se mettre en œuvre à l'aune du partenariat.

Mon hypothèse est donc la suivante :

***La mise en place d'un partenariat afin d'instaurer un suivi de prise en charge coordonnée des personnes en fin de vie sur ce territoire participerait à répondre aux besoins de cette population vieillissante.***

Des réponses adaptées viennent favoriser ce maillage entre les différentes structures de santé. Ainsi il s'avère que cette opérationnalité, en s'appuyant sur une analyse et des concepts précis au niveau de la démarche palliative, du partenariat et des compétences des acteurs peuvent se mettre en œuvre au moyen :

- De lits identifiés, dans le service de médecine interne,
- De la création d'une équipe mobile en soins palliatifs qualifiées,
- De réunions pluridisciplinaires facilitant la coordination des acteurs,
- D'une contractualisation entre les différents partenaires,
- Des outils partagés, améliorant le suivi et la cohérence des soins,
- Des formations en lien avec les compétences manquantes ou insuffisantes.

---

<sup>45</sup> Extrait de l'étude d'opportunité : cf. annexe 5.

## **2 Entre Hôpital et domicile : coordonner les acteurs autour d'une démarche palliative pour les personnes en fin de vie**

### **2.1 La démarche palliative, une réflexion éthique et pluridisciplinaire**

*"Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort et doivent permettre notamment de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade, et soutenir son entourage".<sup>46</sup>*

Pour Thérèse Vanier<sup>47</sup>, les soins palliatifs, c'est : " tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire". Effectivement, lorsque le patient ne peut plus être guéri du fait de sa maladie, de son âge avancé, de son état de santé général, il reste encore beaucoup d'actions à mener afin de lui préserver la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort.

#### **2.1.1 Le concept des soins palliatifs : un accompagnement adapté aux personnes en fin de vie**

" Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas".<sup>48</sup>

Comme le souligne, P. Verspieren, l'accompagnement ne consiste pas à entreprendre des actes "à la place de quelqu'un" mais d'être "auprès de" cette personne et respecter ses choix.

Le terme "accompagner" est relativement récent dans le champ sanitaire et encore peu utilisé. La notion de "prise en charge" est nettement plus employée, alors que le champ médico social a adopté ce terme d'accompagnement plus rapidement.

Il est intéressant de rechercher l'étymologie du terme "accompagner" pour confirmer cette idée. Selon le Dictionnaire Le grand Robert, le mot "accompagner" peut être décomposé en plusieurs syllabes afin de définir une association d'idées.

Le premier préfixe "ac" dérivé du latin ad signifie, une direction, un but à atteindre, la seconde syllabe "com, dérivé du latin cum, signifie "avec", et la racine "pagn" du latin panis, c'est-à-dire le pain qui correspond au partage.

---

<sup>46</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

<sup>47</sup> VANIER T., médecin spécialiste en soins palliatifs.

<sup>48</sup> VERSPIEREN P., 1984, *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Desclée de Brouwer, p 183.

Cette définition rejoint la citation précédente qui conforte la notion d'être auprès de quelqu'un en tant que compagnon, guide et non à la place de cette personne. La notion de partage quant à elle, traduit une certaine égalité entre le soignant et le soigné sur un chemin, une direction, un échange, qui peut se mettre en place grâce à la relation d'aide. Le concept d'accompagnement est prépondérant dans la démarche palliative.

D'un point de vue législatif, c'est en 1986 qu'apparaît la 1<sup>ère</sup> circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des personnes en phase terminale. Ce texte avait pour but de préciser ce que sont les soins palliatifs et de présenter les modalités essentielles de leur organisation.

Cette circulaire aborde déjà de nombreux points qui seront repris ultérieurement. Le texte suivant, a mis en exergue le droit des patients en fin de vie.

L'article 1<sup>er</sup> de la loi 99-477 (du 9 juin 1999) relative aux droits de la personne malade et des usagers du système de santé énonce à travers 3 articles les droits de ces patients dont le pronostic vital est mis en jeu :

Art. L 1<sup>er</sup> A. – Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Art. L 1<sup>er</sup> B - Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur...

Art. L 1<sup>er</sup> C – la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.

La définition officielle du concept de la démarche palliative, apparaît quelques années plus tard dans le document ministériel du 22 février 2002, elle est la suivante :

" Asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services et (à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants. Cette définition a été communiquée suite à la diffusion de la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 19 février 2002.

Le modèle participatif proposé représente un modèle général de dynamique d'équipe permettant une meilleure prise en soins globale des patients quel que soit le stade de leur maladie, leur pathologie et leur type de souffrance.

Les soins palliatifs sont des soins associés aux traitements de la maladie. Ils ont pour objectif de préserver la qualité de vie, de soulager les douleurs physiques et tous les autres symptômes gênants. Ils prennent également en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle de la personne malade et de sa famille.

L'objectif des soins palliatifs n'est donc pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle.

Cette approche respecte les souhaits des patients, la concertation de l'entourage notamment à travers les prescriptions anticipées<sup>49</sup>. Le fait d'être dans une démarche pluridisciplinaire, cela incite à la réflexion, à la concertation pour faire les meilleurs choix, avec la participation de la personne soignée. Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté.

Elles indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Il s'agit donc d'un document écrit, daté et signé avec identification de ses nom(s), prénom(s), date et lieu de naissance.

Ces directives anticipées sont révocables à tout moment. Elles peuvent également, à tout moment, être modifiées. Leur durée de validité est de trois ans renouvelable. Ce document est conservé par le patient et/ou un proche. Les directives anticipées doivent être accessible au médecin traitant et hospitalier.

Depuis une dizaine d'année, les soins palliatifs ont fait l'objet de plusieurs plans nationaux. Ceux de 1999/2002 et 2002/2005 ont contribué au développement de la culture palliative notamment dans les lieux de soins, et à la création de structures, de lits, d'équipes spécialisées en soins palliatifs.

Quant au plan 2008/2012, il comporte trois axes :

- La poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitalier,
- L'élaboration d'une politique de formation et de recherche,
- L'accompagnement offert aux proches.

Par ailleurs, L'ordonnance du 4 septembre 2003, a permis de rendre, le caractère obligatoire de la réponse aux besoins de soins palliatifs dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

Depuis dix ans, les soins palliatifs se sont donc développés sous l'impulsion de ces différentes mesures, notamment au niveau de la création de multiples services, unités, équipes en soins palliatifs. Néanmoins, les différents territoires de santé ne sont pas pourvus équitablement.

---

<sup>49</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi du 22 avril 2005, JORF du 07.02.2006.

Sur le plan national, certains territoires, notamment les zones géographiques éloignées des grandes villes, restent souvent en déficit d'infrastructures privilégiées pour les personnes nécessitant des soins palliatifs. C'est le cas de la zone d'attraction du Centre Hospitalier d'Arcachon.

### **2.1.2 La démarche palliative, une préoccupation sociétale**

La fin de vie intéresse chacun d'entre nous, car dans un avenir plus ou moins proche nous y serons confrontés. Nous serons également, majoritairement concernés directement ou indirectement par les soins palliatifs. Donc c'est un thème qui ne laisse pas les français indifférents.

Suite au 1<sup>er</sup> sondage IPSOS<sup>50</sup>, réalisé en mai 2009, avec la collaboration de la SFAP et la Fondation de France, nous apprenons que 70% des français, souhaitent mourir à domicile alors que le rapport de L'IGAS de janvier 2010, précise que près de 60 % des patients décèdent à l'hôpital, et environ 30% des décès ont lieux à domicile.

Certes, il faut nuancer les souhaits émis lorsque les personnes sont en bonne santé et lorsqu'elles sont interrogées lors d'une phase de décompensation de leur état de santé. La donne peut changer.

Dans les moments difficiles, le patient recherche de l'aide, un encadrement efficace et parfois ne souhaite pas faire supporter aux proches les Inconvénients de la maladie. Néanmoins, l'écart entre les souhaits émis et la réalité est conséquent.

La loi du 4 mars 2002, (Art. L. 1111-4) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu que " le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne..."

C'est une avancée importante dans la prise en charge des soins du patient. Celui-ci est informé, et l'équipe médicale et soignante doit respecter ses choix, requérir son consentement après l'avoir informé des conséquences possibles.

---

<sup>50</sup> IPSOS : institut de sondage français et société internationale de marketing d'opinion.

Suite notamment à l'affaire de Vincent et Marie Humbert, l'initiateur de la loi de 2005<sup>51</sup>, Monsieur Léonetti a renforcé par l'intermédiaire de ce texte, les dispositions existantes sur l'obstination déraisonnable et l'obligation de dispenser des soins palliatifs, sur la procédure d'arrêt ou de limitation de traitement du malade en fin de vie. Cette loi va également préciser les obligations des établissements sanitaires mais aussi des établissements et services médico-sociaux et sociaux.

Donc, le malade est au centre du dispositif de l'accompagnement des personnes en fin de vie par la démarche palliative. Le rôle des équipes soignantes est de laisser une place active au patient tant qu'il le peut et à ses proches. Une autre mission qui nous est confiée est le développement de la démarche palliative. Comment partager ces informations avec les aidants familiaux ?

### **2.1.3 Les aidants familiaux et la personne de confiance : des partenaires à soutenir**

70% des français souhaitent finir leurs jours à domicile alors que 30% d'entre eux seulement accèdent à ce souhait. Les facteurs qui empêchent de mourir chez soi, sont la crainte d'être une charge pour la famille, l'épuisement des proches dans la durée et le besoin de sécurité.

En effet, une majorité des patients souhaitent mourir chez eux, mais pour ce faire ils doivent être entourés. Les personnes seules ne peuvent pas accéder à cette solution.

De plus les familles sont souvent en détresse lorsqu'elles acceptent cette décision, car elles ne mesurent pas toujours, toute l'implication que cela nécessite (présence quasi continue, nuits blanches, épuisement physique et moral...).

Alors comment faire pour humaniser l'hôpital pour qu'il devienne un lieu privilégié de la fin de vie ? Le patient et ses proches doivent se sentir attendus, reçus avec empathie dans des locaux appropriés, notamment pour la famille (salles dédiées aux proches, possibilité d'ajouter un lit supplémentaire dans la chambre de la personne en fin de vie pour que l'aidant familial puisse être auprès d'elle...).

Le dernier plan de programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 favorise un ensemble de mesures destinées aux familles et aux proches afin de privilégier l'accompagnement des patients en fin de vie.

---

<sup>51</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n°95 du 23.04.2005.

L'objectif de ce plan est d'assurer aux aidants une formation afin de les soutenir lorsque leur proche souhaite rester notamment à domicile jusqu'à la fin de sa vie.

Cette formation est en cours d'élaboration.

Elle consisterait à apporter des connaissances aux aidants concernant la douleur, le toucher, la communication non verbale, les étapes du deuil...

D'après la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)<sup>52</sup>, un montant de 8 millions d'euros sur 4 ans doit être débloqué afin de dispenser cette formation. (2000 euros pour 2 jours de formation pour 10 personnes formées).

Une solution complémentaire est également proposée dans ce plan. Afin de soulager les aidants et les proches, il est nécessaire de faciliter, la prise en charge en hébergement temporaire, des personnes âgées en soins palliatifs.

La possibilité de recourir à des formules de répit est un facteur clé du soutien des familles. Néanmoins, cette solution n'est présentée qu'à titre expérimental, pour une centaine de places en EHPAD. En effet, se pose la difficulté de l'accompagnement des personnes en fin de vie la nuit, car les infirmières sont essentiellement présentes la journée dans ce type de structures.

Par ailleurs, un aidant familial parfois démuni, est la personne de confiance. Alors que toute la démarche palliative est fondée sur le travail, la réflexion, les décisions d'une équipe pluridisciplinaire, la personne de confiance<sup>53</sup>, dont le rôle a été renforcé par la loi du 4 mars 2002, se retrouve seule, légalement, à prendre des décisions lorsque la personne en fin de vie n'en est plus capable.

C'est une lourde responsabilité qui incombe à la personne de confiance et entraîne parfois des discordances vis-à-vis des autres membres de la famille. La désignation de la personne de confiance doit être écrite. Elle est révocable à tout moment.

Ce déséquilibre entre une équipe collégiale et une personne de confiance est assez paradoxal. Le rôle de l'équipe soignante consiste à expliquer à la personne de confiance, quelles sont les missions qui lui sont confiées. Celle-ci doit requérir les volontés anticipées du proche en fin de vie, afin de respecter le plus fidèlement possible ses choix. Ceux-ci peuvent évoluer dans le temps, la personne de confiance doit en tenir compte et les respecter. Ce rôle est difficile car l'implication affective entraîne parfois, pour la personne de confiance une difficulté à respecter les souhaits du malade.

---

<sup>52</sup> CNSA : cf. liste des sigles.

<sup>53</sup> La personne de confiance : définition dans le code de la santé publique Art L1111-6.

A travers ce projet, il est indispensable comme le précise Jean-René Loubat<sup>54</sup> d'identifier la famille comme un partenaire incontournable.

La responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire est d'impliquer le patient ainsi que sa famille au cœur de ce dispositif, afin d'être le garant du respect de leurs décisions.

C'est son devoir éthique de réfléchir, se questionner, de donner un sens à sa pratique d'accompagnement auprès des personnes en fin de vie.

#### **2.1.4 L'encadrement : vecteur du changement de la culture en soins palliatifs**

Dans un contexte en mouvement des établissements sanitaire et médico-social, de professionnalisation, de démarche qualité, de restructuration, les organisations évoluent. Dans le champ du sanitaire, la hiérarchie est plutôt pyramidale, même si la tendance est de développer les responsabilités au niveau transversal. Le directeur impulse une dynamique, il est le chef d'orchestre permettant de mettre en place une politique, des projets... tout en étant vigilant aux contraintes budgétaires.

Lorsque la culture de l'établissement évolue, cela implique des changements vis-à-vis des idées reçues, et des pratiques professionnelles.

Afin de réaliser ses objectifs, ils s'appuient entre autres sur les cadres de santé, dits "cadres intermédiaires ou de proximité" pour contribuer à la mise en œuvre des différents projets, vis-à-vis de la base opérationnelle. Chaque cadre n'ayant pas les mêmes compétences, certains sont missionnés également sur des missions transversales. Cette catégorie professionnelle est donc un maillon essentiel de ces différents dispositifs. Ils sont les moteurs clés des changements. Ils doivent faire preuve d'expertise, trouver des solutions, des réponses aux problèmes quasi quotidien des équipes tout en portant les valeurs de la structure. Ils ont un rôle prépondérant dans la distribution de l'information.

Vis-à vis de la direction, ils doivent faire remonter les informations pertinentes permettant aux membres de la direction de prendre des décisions et véhiculer les renseignements principaux au bon fonctionnement des professionnels soignants et des services. Ce rôle pivot est donc délicat. Le projet étant porté institutionnellement, l'équipe de cadres de santé doit tout d'abord être formée à la démarche palliative afin de diffuser les informations nécessaire à ce dispositif. Il y a donc un temps de partage de connaissances, puis un temps d'appropriation de la démarche.

---

<sup>54</sup> LOUBAT J.R., 2005, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, p 295.

Les cadres de santé sont amenés à conduire le changement, et à faire face aux freins et leviers des équipes.

Les freins à l'évolution peuvent se manifester par de la résistance au changement du personnel. L'inconnu renvoie à un sentiment d'insécurité, à la peur de l'avenir.

Certaines équipes sont parfois prisonnières d'une certaine routine, de l'urgence (qui n'est pas toujours fondée), de la priorité donnée aux soins techniques...

Edgar Morin disait : "A force de sacrifier l'essentiel pour l'urgent, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel"<sup>55</sup>

Le cadre doit prendre en compte ces éléments afin d'établir une communication adaptée permettant le moins de résistance possible. Le rôle d'accompagnement et d'information de l'encadrement est donc capital.

Les leviers possibles consistent à impliquer les acteurs afin qu'ils participent réellement à l'évolution de cette culture des soins palliatifs. Le cadre peut développer des stratégies en choisissant des éléments moteurs de l'équipe pour appliquer ce projet, car ces professionnels influencent souvent leurs collègues et assurent un relais notamment lorsque le cadre n'est pas présent. Il doit développer les potentiels des agents, impliquer les acteurs, les accompagner sur le terrain, les guider lors des questionnements, organiser des réunions (dont le temps est limité, environ 1h, ce qui n'entraîne pas trop d'heures supplémentaires à réaliser) pour créer des espaces de paroles, d'échanges. Enfin et il s'agit peut être du plus important, il s'agit d'utiliser son pouvoir d'influence, pour expliquer l'intérêt de cette démarche pour le patient, ses proches et l'ensemble des professionnels. Les soignants sont sensibles à l'amélioration de la qualité des soins, centrés sur le patient, qui dans cette évolution est au cœur du dispositif.

Lors de situations délicates le cadre, en lien avec les médecins, peut organiser des réunions cliniques<sup>56</sup>. Cela consiste à un regroupement des acteurs concernés autour d'une situation difficile, d'un problème d'accompagnement d'un patient non satisfait dans un ou plusieurs de ces besoins, d'une souffrance...

Les difficultés rencontrées sont exposées, et chaque professionnel en charge de ce patient, selon son degré de compétences va exprimer ses constats. Les souhaits du patient et/ou la personne de confiance, l'avis des proches sera recherché en amont. Au vu de ces éléments, un consensus d'équipe, une décision collégiale sera proposée au patient et/ou la personne de confiance (selon l'état conscient du malade).

---

<sup>55</sup> MORIN E., Le Figaro, 13 septembre 2003.

<sup>56</sup> Revue Soins n°751- décembre 2010 p 19 (données accessibles en avant première par son auteure, PSIUK T., ancienne infirmière puis directrice d'IFSI, actuellement directrice pédagogique d'un centre de formation et conseillère en sciences infirmières).

Au début de cette année, dans le service de Cardiologie, dont j'assume les fonctions d'encadrement para médical, une personne âgée en fin de vie gémissait régulièrement au cours de la journée. Nous avons organisé une réunion clinique<sup>57</sup>.

Nous nous sommes posés la question de savoir si cette personne souffrait, comment elle réagissait...mais elle était dans un état semi comateux depuis quelques heures et ne répondait plus à nos questions.

L'évaluation des infirmières, à travers l'échelle de "Bourreau"<sup>58</sup> (basée sur le comportement non verbal) stipulait qu'à priori cette personne ne souffrait pas, mais les IDE ressentait un malaise vécu par cette personne.

Les médecins étaient hésitants et se posaient la question de savoir s'il fallait augmenter les dosages de morphines. La personne de confiance était plutôt perplexe devant cette situation. Nous lui avons demandé si la patiente avait des habitudes particulières, notamment liées aux gémissements. Le renseignement qui nous a interpellés était que cette personne avait l'habitude de boire de grandes quantités d'eau. Après avoir sollicité l'ensemble de l'équipe, afin d'être encore plus vigilants pour connaître la nature du "mal être" de cette personne, c'est une aide soignante, le lendemain au cours de la toilette accompagnée de massage de détente, de confort qui a réussi à obtenir quelques instants de lucidité de la patiente qui a pu hocher de la tête négativement, lorsque l'aide soignante lui a demandé si elle souffrait. Par contre, elle a fait des mimiques avec sa bouche, qui ont été interprété comme un signe de soif. Les médecins ont donc prescrits des soins notamment de confort (perfusion sous cutanée la nuit, humidification buccale régulière...). Dès le lendemain cette dame n'a plus gémi et elle est décédée quelques jours plus tard paisiblement.

La réflexion interdisciplinaire amène parfois des solutions plus pertinentes, notamment lorsque les soignants font preuve d'un haut raisonnement clinique. Le cadre de santé doit favoriser ce type de réunion.

La formation est donc essentielle mais elle doit être suivie d'actions afin que l'équipe s'approprie la démarche et constate les effets bénéfiques pour le patient et la satisfaction pour les soignants de réaliser un travail de qualité. L'évolution des pratiques, va modifier les croyances et renforcer la dynamique de changement.

Le cadre de santé a également un rôle auprès des proches, de la personne de confiance, afin de les informer et de développer la participation des familles dans la démarche palliative.

---

<sup>57</sup> Réunion clinique : je tiens à préciser que depuis 5 ans, l'ensemble de l'équipe para médicale de Cardiologie a été formé au raisonnement clinique et possède des compétences dites de "haut raisonnement clinique".

<sup>58</sup> Echelle de Bourreau : cf. annexe 6.

Ensuite, la responsabilité des cadres est d'assurer la fonction de contrôle, d'évaluation des pratiques, et de réajuster les écarts constatés, accompagner les équipes dans les situations difficiles, l'évolution du changement, et dialoguer régulièrement. Les soignants, dans leur pratique quotidienne, doivent faire remonter tous problèmes rencontrés au cadre.

En tant que chef de ce projet, missionné par la direction, il est essentiel, lors des réunions cadres hebdomadaires de vérifier l'état d'avancement du projet, de rappeler les objectifs fixés par rapport au développement de la culture de la démarche palliative, et d'identifier les difficultés rencontrées. Les cadres ont un rôle de transmission, de médiation, de relais entre la direction et la base opérationnelle.

## **2.2 Le partenariat : une coordination complexe d'acteurs à manager**

### **2.2.1 Du réseau vers le partenariat : une complémentarité à promouvoir**

La frontière entre le réseau et le partenariat est souvent proche. On utilise régulièrement l'un ou l'autre terme et pourtant ces deux types de fonctionnement sont différents.

Le partenariat qui se traduit souvent par une contractualisation, se différencie du réseau. Devant la complexité des situations à gérer, des mutualisations à réaliser, des collaborations à envisager pour optimiser des moyens... une nécessité de mobiliser l'intelligence collective a fait émerger la nécessité des réseaux.

Guy le Boterf <sup>59</sup> a retenu la définition suivante dans son ouvrage :

*"Le mot réseau vient du latin rets, qui évoque le filet des pêcheurs ou des dentellières : c'est donc un ensemble de relations entre des points ou des nœuds, sans que l'un d'entre eux, occupe une position centrale".*

Dans un réseau, il n'y a donc pas de hiérarchie, c'est un ensemble de relations entre les acteurs.

Pour Régis Dumont, il caractérise le réseau professionnel selon deux formes majeures. Le réseau professionnel informel et formel.

On distingue donc, 2 sortes de réseaux dits également, primaires et secondaires.

---

<sup>59</sup> LE BOTERF G., SEILER M., 2008, *Travailler efficacement en réseau, une compétence collective*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : EYROLLES, p3.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, ces réseaux désignent des ensembles d'individus dont les liens se définissent sur la base d'affinités ou de proximité, comme a pu le décrire également, Joseph Haeringer<sup>60</sup> et dans le 2<sup>ème</sup> cas, ils désignent des ensembles d'acteurs dont les relations sont définies par rapport aux fonctions que ces intervenants remplissent auprès d'une population cible.

On parle souvent de "réseau hôpital/ville" car il s'agit d'une continuité de prise en charge, dans un sens comme dans l'autre, mais il est souvent informel et comporte des inconvénients, des freins à un fonctionnement pérenne.

J'ai pu constater au cours de mon expérience professionnelle, que les systèmes qui ne perduraient qu'un temps étaient organisés en fonction "d'acteurs dépendants" et non en tant que "système dépendant". Il suffit qu'une personne quitte l'organisation du réseau et le système ne fonctionne plus. Il s'agit de la logique d'acteur et institutionnelle que relève Régis Dumont<sup>61</sup> dans son ouvrage.

C'est pourquoi, il est primordial d'institutionnaliser le projet et de signer des conventions qui engagent les acteurs de chaque organisation, de telle sorte que si les acteurs changent, les accords restent contractuels.

La définition du partenariat repose dans notre contexte sur des notions de valeurs partagées qui sont traduites de manière formelle par des chartes ou des conventions.

Il existe déjà une convention de partenariat<sup>62</sup> entre l'HAD de Bagatelle et l'EHPAD Larrieu.

Un travail est en cours pour formaliser également un tel document entre l'Hôpital et l'HAD. Cela fait partie d'un des objectifs de la mise en place du partenariat "spontané" de ce projet (qui sera développé dans la troisième partie), car selon les contextes réglementaires, il peut être également contraint ou incité.

Le partenariat m'apparaît comme une démarche, un concept à privilégier, néanmoins le réseau est à la base de nos relations quotidiennes de travail.

---

<sup>60</sup> HAERINGER J., et TRAVERSAS F., 2002, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p 29.

<sup>61</sup> DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., 2003, *Travailler en réseau, méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris : Dunod, p 86.

Mon avis rejoint celui de Régis Dumont lorsqu'il dit : *"Dans la complexité des situations où se croisent partenariat et travail de réseau, il convient de souligner leur complémentarité. Celle-ci est d'autant plus nécessaire que l'environnement exerce souvent des contraintes paradoxales sur les organisations qui ne peuvent réagir d'une manière simple. Ainsi, si l'hostilité produit une tendance à la centralisation, l'environnement dynamique stimule au contraire l'ouverture ; la complexité des situations ne peut quant à elle, que susciter une nécessaire lecture transversale et une innovation réactive"*<sup>63</sup>

Cette complémentarité, est donc à promouvoir autant que faire se peut, dans le champ du sanitaire et du médico-social.

### **2.2.2 Le partenariat : un nécessaire repérage des enjeux**

Avant toute mise en place de projet, il est important de repérer les enjeux des acteurs.

Le Centre Hospitalier d'Arcachon est la plus importante structure de soins de ce territoire, en termes de capacité de lits, de nombre de patients accueillis et de personnels qui y travaillent... Son grand atout est d'être un hôpital de proximité offrant des prestations diverses. Il possède des infra structures dite de "pôle d'excellence" comme un scanner, une IRM...Il représente donc la force maîtresse de ce projet, mais stratégiquement, il doit se positionner essentiellement comme un "facilitateur".

L'intérêt est de favoriser tous les liens nécessaires entre les multiples partenaires. Il est donc important de montrer tous nos atouts (établissement de proximité...), se positionner en tant que ressource utile à tout moment (disponibilité de lits pour les personnes en fin de vie, pharmacie hospitalière...) et faire preuve de réactivité, de disponibilité...Tout en travaillant en concordance avec nos valeurs.

Les enjeux au niveau du développement de la culture des soins palliatifs, sont de créer une équipe mobile en SP, d'identifier des lits en SP, développer des compétences afin d'être le centre de référence de cette activité, cet accompagnement spécifique, et devenir le partenaire privilégié de cette prise en soins.

Les enjeux entre les partenaires sont parfois semblables, voire concurrentiels, ce qui peut entraîner des relations de pouvoir. Il est intéressant d'étudier la notion de pouvoir. Dans un schéma de ce type, la notion de pouvoir n'est pas à négliger.

Le terme "pouvoir" provient du latin "potere", c'est l'aptitude à faire et à obtenir obéissance ou à contraindre quelqu'un.

---

<sup>62</sup> Convention de partenariat HAD / EHPAD: cf. annexe 7.

<sup>63</sup> DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLÉ G., op.cit., p 269.

Selon Max Weber, la relation de pouvoir s'observe quand un individu accomplit ou s'abstient d'accomplir, conformément à la volonté d'un autre individu, une action qu'il n'aurait pas accomplie spontanément. Nous pouvons différencier deux sortes de pouvoirs. Le pouvoir d'injonction reposant sur la contrainte et le pouvoir d'influence s'appuyant sur le consentement du gouverné.

Mais lorsque les acteurs appartiennent à deux structures différentes et n'ont pas de relation d'autorité formelle, peut-il y avoir un partenariat sans relation de pouvoir ?

Erhard Friedberg nous éclaire de son point de vue en disant : "...On entre dans une relation de pouvoir parce que l'on doit obtenir la coopération d'autres personnes pour la réalisation d'un projet, quel qu'il soit (un but commun...).

Contrairement à l'intuition première qu'on pourrait avoir, pouvoir et coopération ne sont pas contradictoires, mais sont la conséquence naturelle l'un de l'autre".<sup>64</sup>

Le pouvoir n'est pas unilatéral, il dépend de la relation entre les acteurs, il peut évoluer selon leurs comportements. Le pouvoir n'est pas un frein à la collaboration.

Le rôle du Centre Hospitalier d'Arcachon est de rassurer ses partenaires sur le rapport égalitaire des différentes structures autour du projet de l'accompagnement des personnes en fin de vie. Il doit garantir le respect de la propre identité de chacun et promouvoir un début de culture commune s'appuyant sur des valeurs partagées.

Les enjeux de l'Hospitalisation A Domicile sont complémentaires, néanmoins, l'HAD de l'antenne du Teich, ne souhaite pas être phagocytée par le Centre Hospitalier d'Arcachon. Elle tient à son autonomie, d'autant qu'elle se sent forte car elle est adossée à une structure de notoriété. La Maison de Santé Protestante de Bagatelle est en effet, une entité importante avec toute une infrastructure de pointe sur la communauté urbaine de Bordeaux. Néanmoins, elle est située géographiquement à soixante kilomètres du territoire de santé. L'HAD recherche la collaboration avec le CHA pour des raisons de proximité, de réactivité, de disponibilité de lit, notamment la nuit, le week-end, et de coordination de soins autour d'une population attachée à son territoire.

Les enjeux de la clinique d'Arcachon sont plus éloignés que ceux des deux établissements précédents. Tout d'abord, le partenariat ne peut être efficient que si les acteurs ont envie de collaborer ensemble. Nous avons pu constater qu'il était difficile d'obtenir ne serait-ce, que quelques renseignements statistiques, ce qui laisse présumer des difficultés de collaboration ultérieure.

---

<sup>64</sup> FRIEDBERG E., 1993, *le pouvoir et la règle*, Paris : Seuil, cité par M'PAKA A., *Pertinence du travail social en équipe de type partenarial dans une relation d'aide*. Les cahiers de l'actif, N° double 382/383, 384/385, 2008 p 227.

La clinique d'Arcachon faisant partie d'un important groupe de polycliniques sur Bordeaux, elle fonctionne essentiellement avec ses collaborateurs.

Néanmoins, le futur pôle de santé unique ayant pour objectif de réunir les services sanitaires public et privé, ce rapprochement va certainement être un levier pour favoriser un travail en commun. La création du futur service d'oncologie prévoyant 25 lits, va générer une prise en soins de personnes atteintes de cancer et notamment l'accompagnement de patients en fin de vie. Si le CHA, en amont, a déployé des moyens, des compétences..., dans ce domaine, la clinique trouvera sûrement un intérêt de partenariat notamment dans la phase palliative de l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie. La clinique s'orientant davantage vers les traitements curatifs de la cancérologie.

D'autant plus que des conventions de partenariat public-privé ont déjà été signées, notamment entre le Centre Hospitalier d'Arcachon et le service imagerie médical qui est devenu privé.

Il est donc prépondérant de repérer les enjeux des différents acteurs, afin de définir une stratégie pour la suite de la démarche. Un détour incontournable à cette étape du projet : la démarche d'analyse stratégique.

### **2.2.3 Le partenariat : une stratégie de direction**

Afin de poursuivre ce projet, il est nécessaire de dresser un état des lieux de la situation.

Une méthode basée sur une matrice nommée "SWOT"<sup>65</sup> permet l'analyse objective du contexte.

C'est un outil permettant de faire une étude croisée des atouts et défauts d'un projet par rapport à l'environnement externe et interne de l'établissement. C'est en quelque sorte un diagnostic, à un moment donné, qui peut aider dans la phase préliminaire de ce travail, à prendre les meilleures décisions stratégiques sur le devenir du projet.

La définition du projet<sup>66</sup> est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif, conforme à des exigences spécifiques, incluant les contraintes de délais, de coûts et de ressources.

La stratégie de direction renvoie à la capacité de gestion du directeur, (dans le cadre de ce travail, du chef de projet), des ressources et des compétences, au service de la politique générale de l'établissement.

---

<sup>65</sup> Matrice swot : CRED, *cours sur la conduite de projet*, dispensé en novembre 2009 à l'IRTSA.

<sup>66</sup> Définition du projet transmise par le CRED en novembre 2009 à l'IRTS Aquitaine.

## MATRICE SWOT

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur général,</li> <li>- Chef de projet motivé,</li> <li>- Un médecin gériatre et une infirmière détenant un DU en Soins Palliatifs,</li> <li>- Une équipe de cadres de santé impliquée,</li> <li>- Personnel soignant formé au raisonnement clinique (dont gestion des risques),</li> <li>- Potentiel de ressources humaines</li> <li>- Constitution d'un comité de lutte contre la douleur</li> <li>- Valeurs communes</li> <li>- Habitudes des procédures</li> <li>- Réunions institutionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de structures en soins palliatifs (aucun lit identifié),</li> <li>- Culture de la démarche palliative méconnue</li> <li>- Compétences insuffisantes de l'ensemble du personnel soignant,</li> <li>- Impact financier (coût d'exploitation et d'investissement...)</li> <li>- Outils d'évaluation spécifique au projet</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiques publiques en faveur des personnes âgées et de la promotion de la démarche palliative</li> <li>- Règlementation (loi du 22 avril 2005...)</li> <li>- Hôpital de proximité</li> <li>- Evolution démographique vieillissante</li> <li>- Besoins de la population autour de l'accompagnement en fin de vie</li> <li>- Partenaires (HAD, bénévoles, SSIAD)</li> <li>- Objectif commun</li> <li>- Financement MIGAC<sup>67</sup></li> <li>- Formation CAFDES (stage)</li> <li>- Futur pôle de santé unique en 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultures, valeurs d'établissement différentes,</li> <li>- Collaboration informelle entre les différents partenaires de soins,</li> <li>- Insuffisance de suivi et de coordination dans la prise en charge des patients,</li> <li>- Outils de communication partagés,</li> <li>- Implication de la clinique dans le projet</li> <li>- Compétences pluridisciplinaires</li> <li>- Durée du projet</li> </ul>

Tout projet comporte une date de début et de fin nécessitant d'élaborer un calendrier prévisionnel. Il s'agit de prévoir des repères dans le temps, tout en sachant qu'une marge de souplesse doit être envisagée selon les imprévus et les évolutions contextuelles.

#### **2.2.4 Le partenariat : un mode de management complexe**

Le partenariat peut être complexe car il engage de multiples acteurs dans des relations de pouvoir, des fonctionnements différents (d'où parfois des résistances) et avec une culture et des valeurs différentes. Peut-on penser comme Dominique Genelot<sup>68</sup> que la complexité est davantage dans la tête et dans le regard de l'observateur que dans la réalité proprement dite ?

Manager dans la complexité est pourtant notre quotidien, c'est un défi pour chaque directeur d'établissement, du fait des évolutions permanentes, des exigences de la réglementation, de la nécessité de mutualiser les ressources, de maîtriser les dépenses... Il doit sans cesse trouver des solutions pour maîtriser l'ensemble de ces éléments.

Le partenariat permet d'optimiser ces moyens.

La complexité est comme un ensemble de phénomènes difficilement compréhensibles et maîtrisables, cela échappe à notre contrôle.

Le fait de ne pas comprendre et de ne pas maîtriser certains éléments, nous renvoie à une certaine incertitude, une impuissance.

Dominique Génelot nous rappelle qu'il ne faut pas confondre la complexité et la complication, qui désigne un empilement et une imbrication de dispositifs de tous ordres, dont on peut venir à bout avec du temps et de l'expertise. La complication ne peut rien créer elle est juste destinée à être contrôlée. La complexité, quant à elle, désigne le vivant, l'imprévisible, l'inventif. Elle est porteuse de tous les devenirs, les inventions avec tout ce que cela peut entraîner comme difficultés.

*"Refuser la complexité, c'est refuser l'évolution et les occasions de progrès. Ce progrès ne va certes pas sans difficultés et sans contre-progrès. C'est là que se trouve le défi des dirigeants : se doter de méthodes de pensée qui leur permettent à la fois d'inventer le progrès qui passe par la complexification, et de limiter ses inévitables effets pervers"<sup>69</sup>.*

Il faut donc élargir nos modes de pensées afin de progresser dans la compréhension du complexe. La complexité est souvent caractérisée par une perception incomplète de la réalité et une prévision impossible de l'avenir. Souvent, nous agissons comme si tout était prévisible et stable.

---

<sup>67</sup> MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation.

<sup>68</sup> GENELOT D., 2010, *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : Editions INSEP consulting p 16.

<sup>69</sup> Ibid., 23.

Le partenariat regroupant de multiples acteurs renvoie à cette notion de complexité, néanmoins, même si l'avenir est incertain et difficilement contrôlable, faut-il s'abstenir d'évoluer ?

La complexité ne doit pas être un frein au partenariat. Au contraire, cela doit permettre une amélioration, une avancée, une ouverture vers l'extérieure.

## **2.3 La compétence : un concept à partager**

### **2.3.1 La compétence individuelle au service de la compétence collective**

*"La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donnés"<sup>70</sup>.*

La compétence n'est donc pas qu'une somme de différents savoirs, comme le souligne Guy le Boterf, c'est également de s'adapter à un contexte, à une situation complexe.

Il ne s'agit plus de régler un problème mais de l'anticiper avant qu'il ne se pose (comme la gestion des risques qui sera développée dans le chapitre suivant). Certaines pratiques professionnelles sont écrites à travers des référentiels, des procédures, mais compte tenu des évolutions de la médecine, des maladies, des traitements, et des individus qui sont tous uniques et réagissent différemment, le soignant doit faire preuve d'adaptabilité par rapport, à l'actualisation de ses connaissances, à son environnement et à des prises d'initiatives pertinentes. C'est la façon dont il va s'y prendre et le résultat qu'il va obtenir qui permettra la reconnaissance de ses compétences.

Pour Guy Le Boterf, toute compétence comporte deux dimensions indissociables, la compétence individuelle et collective<sup>71</sup>. La coordination entre les acteurs individuellement compétents va permettre un résultat performant.

Dans le secteur sanitaire, l'accompagnement de qualité de la personne en fin de vie, est la combinaison de compétences pluridisciplinaires. Chaque catégorie professionnelle, selon son champ de compétences, va apporter une pierre à l'édifice et favoriser une compétence collective. Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui (cela correspond à l'exemple de la patiente qui gémissait, puis, suite à la mobilisation de multiples compétences, l'équipe a réussi à l'apaiser). La compétence n'est donc pas une question uniquement individuelle, mais c'est la base de la compétence collective.

---

<sup>70</sup> LE BOTERF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Editions d'Organisation groupe Eyrolles, p 35.

<sup>71</sup> Ibid., 249.

De même lorsqu'un patient âgé est hospitalisé, il a souvent des polyopathologies. Il est donc nécessaire de réaliser un ensemble d'examen afin de trouver la cause de sa décompensation, ou maladie.

Par l'intermédiaire des radiologues, des biologistes, l'examen clinique des médecins, l'observation des soignants...l'étiologie est souvent retrouvée puis le patient peut être soigné...

Les professionnels s'appuient donc sur des normes professionnelles, des connaissances et l'expérience doit leur permettre d'appréhender de nouvelles situations complexes ou de les éviter

La compétence est donc perpétuellement en mouvance et nécessite une adaptation régulière.

### **2.3.2 La compétence des professionnels : une ressource rare à développer**

La compétence s'articule donc autour de différents savoirs. Au Centre Hospitalier d'Arcachon, les salariés sont recrutés suite à l'obtention des diplômes qui régissent leurs professions, voire d'autres diplômes complémentaires, leurs expériences, leurs potentiels d'évolution, leurs savoirs être, notamment lors de l'entretien avec le Directeur des Ressources Humaines.

La culture infirmière au Centre Hospitalier d'Arcachon et de l'HAD, provient notamment des concepts développés par des infirmières américaines, comme Virginia Henderson<sup>72</sup> et Jean Watson<sup>73</sup>. Cette première théoricienne a fondé un modèle conceptuel reposant sur les sciences humaines et soins infirmiers basé sur quatorze besoins fondamentaux (respirer, boire et manger, dormir...). Au quotidien, pour toute hospitalisation, en institution ou à domicile, les infirmières et aides-soignantes (catégories professionnelles les plus représentatives au sein de l'hôpital), utilise ce modèle conceptuel afin de vérifier l'autonomie ou la dépendance des patients par rapport à leurs besoins fondamentaux. Cette évaluation est renouvelée à chaque fois que l'état du malade s'améliore ou régresse. Les besoins et leurs satisfactions sont interdépendants et sont priorisés dans la prise en charge du patient.

Un autre concept, traditionnellement à la base des soins infirmiers, et soutenu par J. Watson, depuis la fin des années 70, est le "caring", traduit en français par "prendre soin".

---

<sup>72</sup> HENDERSON V., infirmière théoricienne américaine (1897-1996).

<sup>73</sup> WATSON J., infirmière américaine, professeur en sciences infirmières.

Le travail en pluridisciplinarité, à travers ces deux concepts, permet de réaliser une prise en charge globale des patients.

Le personnel de l'HAD, garde également une empreinte, laissée par des pionnières, comme Anna Hamilton<sup>74</sup> et Florence Nightingale<sup>75</sup> qui ont défendu une certaine philosophie autour des sciences médicales et infirmières (notamment auprès des populations pauvres). Elles ont fait évoluer le statut des femmes et notamment la place des infirmières dans le monde médical.

Plus récemment, depuis 2005, le projet de soins institutionnel du CHA, favorise la mise en place d'une prise en charge des patients par le raisonnement clinique.

C'est une philosophie de soins, centrée sur la prise en soins de l'ensemble des problèmes de santé du malade. C'est une démarche interdisciplinaire. Le raisonnement clinique est basé sur le modèle tri focal<sup>76</sup> :

- les pathologies
- la gestion des risques (les complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires des traitements)
- les réactions humaines et psychologiques liées aux problèmes de santé.

Le raisonnement clinique constitue le fondement de l'écriture qui doit se retrouver dans le dossier patient sous forme de transmission ciblée. Celle-ci est un outil de structuration de l'information résultant d'un raisonnement clinique individuel et collectif.

Depuis 2005, de nombreux professionnels ont été formés à ce concept, notamment des cadres et des référents qui ont le rôle d'instruire l'ensemble des équipes soignantes ainsi que les nouveaux recrutés. Cette prise en charge holistique est donc la base des soins dispensés au Centre Hospitalier d'Arcachon.

Les compétences autour de la démarche palliative sont déjà initiées au niveau de l'HAD, mais elles doivent être développées, notamment auprès des aides-soignantes, quant à l'hôpital, le concept des soins palliatifs est peu répandu.

Les soignants savent globalement à quoi correspondent les soins palliatifs mais n'ont pas une connaissance approfondie des SP, ils ne savent pas quels textes les régissent.

Ils ont une approche superficielle en lien avec leur formation de base.

---

<sup>74</sup> HAMILTON A., Médecin, 1<sup>ère</sup> étudiante en 1890 à la faculté de médecine de Marseille.

<sup>75</sup> NIGHTINGALE F., Infirmière, fondatrice d'une école infirmière (1820-1910).

<sup>76</sup> MARCHAL A., PSIUK T., 2002, *le paradigme de la discipline infirmière en France*, Paris : Editions Seli Arslan, p 54.

Mon rôle de coordonnateur de projet autour de l'articulation des différents acteurs vis-à-vis de la démarche palliative est de créer une dynamique, d'annoncer la direction à prendre afin qu'à l'aide des cadres, l'ensemble des professionnels acquièrent des compétences pour assurer des soins de qualité auprès des personnes en fin de vie.

Il pourrait être intéressant, dans un premier temps, de mutualiser les compétences de l'hôpital et de l'HAD, même si elle reste insuffisante, afin de faire bénéficier en interne d'une première approche des soins palliatifs, à une majorité de professionnels des deux structures.

Les personnels les plus motivés et intéressés pourraient être privilégiés pour suivre des formations complémentaires, notamment dans les services de soins les plus concernés par la prise en charge des patients en fin de vie. Les aides-soignantes de l'HAD seront également des acteurs principaux dans ce dispositif.

### **2.3.3 De nouvelles compétences à intégrer : les bénévoles en soins palliatifs**

Le rôle des accompagnants bénévoles dans la démarche palliative a été reconnu officiellement par la circulaire du 26 août 1986. Ils font donc partie intégrante de ce dispositif. Le point V de cette circulaire met en exergue le rôle des non-professionnels de santé, qui vient compléter l'action menée par l'équipe soignante. "... les bénévoles doivent s'engager à assurer leur fonction avec régularité ; une formation doit être prévue... afin de leur permettre de mieux comprendre la situation des malades et de répondre à leurs questions..."<sup>77</sup>

Leur rôle est donc défini mais il nécessite une formation spécifique afin d'assurer un accompagnement adapté aux personnes en fin de vie.

Une enquête nationale, en lien avec le Collège des Associations de Bénévoles d'Accompagnement (CABA) a été réalisée en mai-juin 2009 par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (l'AFSSAPS)<sup>78</sup>, et révèle le profil actuel des accompagnants bénévoles en soins palliatifs. 113 associations et 1486 bénévoles ont répondu à cette enquête (soit une participation respective de 61% des organismes et 30% des bénévoles).

---

<sup>77</sup> DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. DGS/275/3D, Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.

<sup>78</sup> AFSSAPS : cf. liste des sigles.

82% d'entre eux sont des femmes, 67% sont âgés entre 50 et 69 ans, 60% sont des retraités ou pré retraités, les cadres sont représentés à hauteur de 12%, habitant en zone urbaine pour 64%, engagés dans l'accompagnement depuis moins de 5 ans pour la majorité.

Ces bénévoles statutairement reconnus doivent donc acquérir des compétences, pour mener à bien leur mission.

Au niveau régional, depuis le mois de novembre 2003, un centre de soins palliatifs est présent dans l'enceinte de l'Hôpital Xavier Arnoz, faisant partie du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Il a une triple mission, coordonner les unités mobiles de soins palliatifs, accompagner les personnes atteintes d'une pathologie évolutive et mortelle ainsi que leurs proches, et développer un enseignement des soins palliatifs.

L'ensemble du personnel soignant et des bénévoles de la région est donc formé dans cet établissement.

Au niveau régional, la fédération Alliance 33, spécialisée dans l'accompagnement bénévole des personnes en soins palliatifs est représentée par 5 associations réparties dans cinq départements différents avec plusieurs antennes.

Notre territoire de santé est doté d'une association Alliance 33, installée sur la commune de Gujan-Mestras. Elle est régie par une charte<sup>79</sup>. Ses objectifs sont :

- de répondre par son engagement, à la détresse et à la souffrance liée à la maladie grave, la fin de vie, le deuil,
- d'accompagner en équipe, les personnes atteintes d'une maladie grave, leurs proches,
- de participer à une vraie présence, aimante et respectueuse.

Son but, également, consiste à sensibiliser le grand public à tout ce qui relève des soins palliatifs.

La formation initiale est proposée à tous les adhérents bénévoles sans critère de sélection à l'entrée. Elle dure 48 heures, et consiste à partager des expériences et interrogations face à la fin de vie et à la mort, à approfondir le sens donné à sa vie et à motiver un engagement d'accompagnement. Un entretien d'évaluation est proposé aux personnes souhaitant s'engager davantage dans les activités des associations et de leurs antennes. Des stages en binôme sont également organisés avec un accompagnant confirmé.

Une formation continue est également programmée chaque année, pour chaque bénévole, afin d'actualiser ou de développer ses connaissances (ex : communication verbale/non verbale...).

---

<sup>79</sup> Charte Alliance 33 : cf. annexe 8.

L'équipe actuelle de bénévoles au sein de l'antenne Alliance 33 de Gujan-Mestras est assez fidèle à l'enquête réalisée par L'AFSSAPS en 2009. L'équipe est composée de 8 accompagnants bénévoles formés (plus 4 participants en cours de formation). Sur les 8 bénévoles confirmés, 7 sont des femmes, la majorité est retraitée (6 personnes sur 8), les deux autres sont plus jeunes, ce qui pose parfois quelques difficultés de disponibilité. Ces adhérents ont une moyenne d'ancienneté dans leur engagement de 4 ans.

Des groupes de paroles sont organisés à un rythme mensuel afin d'exprimer les ressentis, de partager les expériences, les difficultés rencontrées, afin de les soulager des moments intenses vécus.

Les bénévoles d'Alliances 33, font partie d'une association très structurée, ont suivi une formation sérieuse, mais malheureusement ont très peu de place dans la collaboration avec les partenaires de soins. Ils ne sont pas présents au sein du Centre Hospitalier d'Arcachon, ni à la clinique, ni auprès de L'HAD. Pourtant, ces acteurs font partie de la démarche palliative et représentent un potentiel dans la complémentarité des établissements de soins. Ils sont en quête d'une véritable collaboration avec les équipes soignantes, compte tenu de leurs compétences.

La présence organisée, des bénévoles, au sein de l'hôpital permettrait :

- d'entourer davantage la personne en fin de vie et ses proches. De prendre du temps auprès d'eux, ce qui n'est pas toujours possible pour les équipes de soins qui sont prises dans une multitude d'activités et qui ont beaucoup de patients à s'occuper.
- de porter un autre regard que les soignants et de partager les expériences vécues entre professionnels et non professionnels.
- d'assurer un suivi entre l'hôpital et le domicile (puisqu'ils peuvent intervenir aussi bien dans une structure de soins qu'à domicile).
- de dispenser une information auprès des différentes équipes de soins, qui ne connaissent pas vraiment l'importance du rôle des bénévoles dans la démarche palliative.

Tous ces points positifs convergent dans une même direction, pour signifier que la présence des bénévoles au sein des différentes structures de soins serait une valeur ajoutée dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

## **Conclusion de la deuxième partie**

L'hypothèse de l'agrégation et de la coordination des multiples acteurs d'un territoire, autour des personnes en fin de vie, annoncée en première partie, est validée par la recherche théorique du concept sur le partenariat.

La contractualisation est une caractéristique majeure du partenariat qui inscrit les établissements dans une logique institutionnelle. Elle permet une certaine pérennité.

Le partenariat répond aux exigences du développement efficace des soins palliatifs notamment parce qu'il autorise un partage de compétences, une continuité et une qualité des soins ainsi que la construction d'une culture commune.

Le concept des soins palliatifs est basé sur une approche pluridisciplinaire, et notamment sur la formation de l'ensemble des intervenants. Il renforce tout à fait le lien entre le concept du partenariat et des compétences développés dans cette partie.

L'étude du concept des soins palliatifs montre qu'il est une réponse adaptée à l'accompagnement des personnes en fin de vie car il implique une concertation des partenaires centrés sur les choix et le respect du patient afin de contribuer à une meilleure prise en charge globale personnalisée.

Fort de ces constats fondés sur un repérage des enjeux, sur une analyse stratégique des forces et des faiblesses de chacun, le rôle d'une directrice est de conduire les axes de travail permettant la mise en place d'un plan d'actions pertinent jusqu'à la formalisation d'un partenariat sur le bassin d'Arcachon.

### **3 Promouvoir le partenariat autour des personnes en fin de vie sur ce territoire : des réponses adaptées aux besoins d'une population vieillissante**

#### **3.1 Elaborer un projet fédérateur pour coordonner les acteurs autour de l'accompagnement des personnes en fin de vie**

##### **3.1.1 Concevoir le projet avec les principaux acteurs : un rôle de directeur**

La loi du 31 juillet 1991<sup>80</sup> a prévu l'élaboration d'un projet d'établissement par tout hôpital public. Il est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il doit être approuvé par le Directoire de l'hôpital et approuvé par l'Agence Régionale de Santé (ARS)<sup>81</sup> (anciennement Haute Autorité de Santé).

Il définit la politique générale et la stratégie de l'établissement. Il fixe sur la base du projet médical les objectifs généraux.

Il associe un projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, ainsi qu'un projet social (suite à la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002), un projet de gestion...

Ce projet dont l'adoption est obligatoire doit contenir un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Celui-ci détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont les établissements doivent disposer pour atteindre leurs objectifs.

Les textes prévoient que le projet doit faire l'objet d'un suivi annuel d'exécution. Il doit être compatible avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, SROS<sup>82</sup>.

Le projet de promotion du partenariat autour des personnes en fin de vie, doit donc être porté au niveau institutionnel, intégrer le projet d'établissement 2011-2016 en cours de réécriture et se répercuter au niveau du projet médical et du projet de soins.

Ce projet comprend plusieurs temps. Il a paru préférable de travailler en première intention avec l'HAD, qui est le partenaire privilégié du lien entre l'hôpital et le domicile. Cette première collaboration formalisée doit servir d'expérience pour la suite du projet.

---

<sup>80</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JO n°179 du 02.08.1991.

<sup>81</sup> ARS : La loi n°2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée, dans son article 118, les Agences Régionales de Santé, pilier de la réforme du système de santé, JO du 22 juillet 2009..

<sup>82</sup> SROS : cf. liste des sigles.

Dans un second temps, notamment lors de la préparation du futur pôle de santé dont l'ouverture est prévue fin 2012, la clinique sera sollicitée pour rejoindre ce projet.

Ce projet devra être présenté aux différentes instances (conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, CLUD<sup>83</sup>, commission du service de soins infirmiers de Rééducation et médico-technique, CTE<sup>84</sup>, CHSCT<sup>85</sup> ...).

Pour mettre en place un tel projet, il est important de lui donner du sens. Pour que le travail ait un sens, il doit procurer de la satisfaction aux professionnels qui l'effectuent et aux bénéficiaires. Il doit également correspondre aux intérêts des acteurs, faire appel aux compétences, stimuler les potentiels et il doit être réaliste et réalisable pour atteindre les objectifs fixés.

Donc, en tant que chef de projet, une réunion de communication autour de celui-ci a été réalisée avec les principaux acteurs (directeurs, médecins coordonnateurs, cadres, IDE coordinatrice et référentes).

Au cours du projet, j'ai prévu de diffuser une information bimestrielle en réunion de direction durant les six premiers mois, puis par la suite lors de phases significatives. De même, je projette d'organiser mon intervention auprès des différentes instances de l'établissement lors des grandes étapes de ce projet (signatures de conventions, intervention des bénévoles d'Alliance 33 au CHA, ouverture de lits en soins palliatifs...).

#### Structurer un cadre de fonctionnement :

Le Centre Hospitalier d'Arcachon, pierre angulaire de ce projet a impulsé une dynamique. Un calendrier a été établi pour organiser le plan d'actions. Le planning prévisionnel de ce projet, se présente sous la forme d'un tableau<sup>86</sup>. Il sera ajusté au fil du temps si des modifications sont nécessaires. Il est prévu une marge de manœuvre entre le calendrier prévisionnel et réalisé.

Des réunions de travail inter établissement ont débuté en avril de cette année, selon un calendrier, à hauteur d'une réunion tous les 2 mois puis tous les 3 mois, avec un ordre du jour évoluant selon l'avancée du projet (la durée des réunions a été définie à 2 heures maximum). Durant les 2 mois d'été, correspondant à une surcharge d'activité sur notre territoire de santé, du fait de l'augmentation considérable de la population estivale, (vue précédemment) les réunions ont été suspendues et reprendront au mois de septembre.

---

<sup>83</sup> CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur.

<sup>84</sup> CTE : Commission Technique d'Etablissement.

<sup>85</sup> CHSCT : Commission d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

<sup>86</sup> Calendrier prévisionnel du projet : cf. annexe 9.

Une première réunion s'est déroulée en avril afin de définir des objectifs de travail en collaboration.

Chaque établissement a rappelé ses missions, culture, valeurs, comme cela a été mentionné précédemment. Une analyse de l'existant a été faite (besoins de chacun, fonctionnement, dysfonctionnements). Les attentes de chacun ont été exprimées, ce qui a permis de dégager des axes de travail pour les réunions suivantes.

Au mois de juin de cette année, une deuxième réunion a eu lieu. L'HAD a présenté un outil de transmissions destiné aux urgentistes, leurs permettant de connaître les patients suivis en HAD et leurs prises en soins. Une actualisation de ces fiches sera réalisée par l'infirmière coordinatrice ou l'infirmière référente (si la première est absente) de l'HAD tous les vendredis avant 16h, par fax, afin que la secrétaire des urgences du CHA, puisse classer ces documents dans un classeur réservé à cet usage.

Le groupe de travail de l'hôpital, quant à lui, a actualisé la fiche de liaison médicale et paramédicale selon les besoins énoncés par l'HAD, au cours de la précédente réunion. Ces deux documents vont être testés durant l'été, une validation ou une amélioration de ces outils sera mis à l'ordre du jour de la prochaine réunion prévue au mois de septembre. Une évaluation de ces outils à distance est prévue ultérieurement (cf. 3.3.3).

Par ailleurs, le médecin coordonnateur de l'HAD a parlé de son intervention, en CME. La future équipe de soins palliatifs (médecin et IDE référents) a présenté l'état d'avancement du travail en cours, sur l'élaboration des différents documents, et a annoncé le démarrage progressif de l'activité de l'équipe, à partir du mois de septembre 2010.

Au sein de chaque établissement, des groupes de travail sont mis en place avec des acteurs s'occupant des personnes âgées ou en fin de vie.

En ce qui concerne l'hôpital, ce groupe n'a pas été constitué au hasard.

Chaque catégorie professionnelle est représentée : chef de projet, médecins, cadres, infirmières, aides-soignantes, assistantes sociales. Une psychologue sera recrutée en septembre prochain (à temps partiel), pour assister l'équipe mobile de soins palliatifs, au CHA et rejoindra le groupe de travail. D'autres membres peuvent être invités selon l'ordre du jour.

Ces professionnels ont été choisis selon leurs formations complémentaires dans ce domaine, selon leurs motivations pour travailler dans ce groupe et représentent les services les plus concernés par cette prise en soins. De plus, ils sont répartis sur l'ensemble des pôles de l'hôpital, ce qui permet de travailler avec une logique de pôles et non plus uniquement de services :

- le pôle des urgences est représenté, ce qui peut paraître paradoxal avec les prises en charges techniques qu'ils effectuent, mais il s'agit souvent du service intermédiaire entre l'HAD et les services de soins.
- le pôle de médecine, avec du personnel de médecine interne et de neurologie et gériatrie.
- enfin le pôle de chirurgie, qui accueille de nombreuses personnes âgées.

La direction est informée de l'état d'avancement du projet, notamment avant les rencontres avec l'HAD.

### **3.1.2 Une perspective en plusieurs étapes à inscrire dans le projet d'établissement du futur pôle de santé**

Les deux phases principales de ce projet de coordination des acteurs sont donc :

- Dans un premier temps, de développer un partenariat entre l'hôpital Jean Hameau et l'hospitalisation à domicile autour des personnes en fin de vie selon la démarche palliative. Ce travail a commencé au début de cette année.

- Dans un deuxième temps, introduire le partenariat entre le CHA et la clinique d'Arcachon progressivement, dès 2011 afin de préparer le regroupement du pôle de santé unique sur le bassin d'Arcachon qui aura lieu en 2012.

Entre ces deux étapes, d'autres acteurs seront impliqués, comme les professionnels des services de soins infirmiers à domicile, les bénévoles...

En tant que chef de projet, il est important de prévoir le montage financier nécessaire à la mise en œuvre de ce projet, qui aura un impact sur le budget d'exploitation et d'investissement de l'établissement.

Une étude prévisionnelle de coût a été élaborée, notamment lors de la rédaction de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses de 2008 et du dépôt de dossier d'autorisation de création d'une équipe mobile en soins palliatifs sur notre territoire intermédiaire.

J'ai repris ces éléments et réalisé une étude prospective du coût de formation du personnel afin de déterminer un budget prévisionnel<sup>87</sup>.

En effet, il est nécessaire de déterminer le montant consacré à la formation des soignants par rapport au budget global de formation de l'année 2011 voire 2012. Ces sommes seront partagées entre les formations individuelles, de type DU, DIU, réservées à quelques personnels et les formations institutionnelles qui permettront de former un plus grand nombre d'agents.

---

<sup>87</sup> Budget prévisionnel : cf. annexe 10.

En effet, des personnes âgées, peuvent être hospitalisées en chirurgie et suite à leur intervention, décompenser et se trouver en situation de fin de vie, la neuro gériatrie accueille également un certain nombre de personnes âgées en fin de vie, comme la cardiologie qui sert également de service d'hébergement de la gériatrie, qui a une activité exponentielle.

Enfin le service de médecine sera le premier à être concerné, une majorité de l'équipe infirmière et aide soignante pourrait être prioritaire pour suivre les formations institutionnelles afin de réaliser une coordination, une cohérence des soins.

Il serait pertinent de former au moins un médecin gériatre ou de médecine interne, et au moins une infirmière par pôle, soit 3 IDE<sup>88</sup> (de médecine, chirurgie et urgence).

De plus, l'EMSP<sup>89</sup> n'est composée que d'une infirmière formée. Il faut prévoir son remplacement sur les périodes de congés. Par ailleurs, ce poste est lourd d'un point de vue émotionnel, il est donc nécessaire d'envisager un roulement possible basé sur des compétences. Ceci dans le but d'éviter une rupture de prise en soins de qualité.

Afin de réduire les coûts de formation et instruire un maximum de professionnels, le peu de soignants déjà formés sera sollicité, notamment pour réaliser une information générale sur la démarche en soins palliatifs.

La commission de formation se réunit aux mois d'octobre et novembre 2010. Elle aura tous les éléments nécessaires afin de prioriser certaines formations selon les projets exposés.

Un document récapitulant les informations principales (définitions, concepts, textes régissant les SP...) pourra être réalisé par l'équipe en soins palliatifs (voir chapitre suivant 3.1.4), qui aura du temps disponible au démarrage de l'activité, puisqu'une montée en charge a été prévue. Ce document pourra être mis en ligne, sur l'intranet de l'hôpital et à disposition de l'antenne de l'HAD du Teich.

La professionnalisation du personnel, par le biais d'acquisition de diplômes universitaires n'aura pas d'impact sur les salaires relevant de la fonction publique. C'est un élément important pour le directeur, car la masse salariale (titre 1) du Centre Hospitalier d'Arcachon représente 80% du budget total.

Néanmoins, en tant que chef de projet, afin de valoriser les personnels ayant acquis un DU en soins palliatifs, j'ai suggéré au directeur général, d'augmenter la note d'évaluation annuelle d'un quart de point supplémentaire des agents concernés. Cet effort financier n'aura qu'un faible impact sur la prime de fin d'année de 3 agents, mais leur permettra d'obtenir une certaine reconnaissance.

---

<sup>88</sup> IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

<sup>89</sup> EMSP : Equipe Mobile en Soins Palliatifs

Par ailleurs, il est nécessaire de prévoir également un budget concernant le matériel nécessaire aux soins palliatifs sur les années à venir, et d'anticiper celui de la maintenance du renouvellement de l'ancien matériel (de type pompe à morphine, coussins d'installation de confort...) en respectant le code des marchés publics. Il sera nécessaire de faire un appel d'offres et de solliciter au moins trois prestataires.

Il serait souhaitable également de transformer une salle de réunion en médecine interne qui est très peu utilisée (alors que d'autres locaux sont disponibles au niveau institutionnel) en salle d'accueil dédiée aux familles afin d'humaniser l'hôpital.

Le budget de la pharmacie sera également étudié vis-à-vis des différents traitements et dispositifs médicaux (morphiniques, protoxyde d'azote, patchs transdermique, crème de massage...).

L'impact économique que peut entraîner un tel projet doit être anticipé. Selon les possibilités financières des établissements les ambitions du projet seront ajustées.

### **3.1.3 La contractualisation : une caractéristique du partenariat**

A travers ce projet, la contractualisation, a pour objectif d'établir un ensemble de règles, qui concourent à la signature d'engagements réciproques, de type contractuel, entre des partenaires.

Comme je l'ai stipulé dans la partie précédente, pour que le système soit pérenne, il nous a paru essentiel d'élaborer une convention de partenariat spécifiant les règles de fonctionnement et de collaboration des deux structures. A ce jour, elle est en cours d'élaboration. Il est prévu, lors de la réunion du mois de novembre 2010, de présenter un document de travail précisant les modalités de cette convention.

Il serait intéressant également d'établir une convention de partenariat entre la pharmacie de l'hôpital et de l'HAD de la Maison de Santé Protestante de Bagatelle. En effet, le CHA, dans son rôle de facilitateur pourrait "prêter" des traitements pour les patients suivis en collaboration sur le territoire (entre l'équipe mobile de SP et l'HAD du Teich) et la pharmacie de la MSPB pourrait les rendre quelques jours plus tard.

Effectivement, lors du premier appel de l'équipe mobile en soins palliatifs par l'HAD, pour un patient souffrant de douleurs osseuses importantes, le personnel s'est trouvé en difficulté pour se procurer le traitement prescrit par le médecin traitant, lui même conseillé par le praticien de l'équipe mobile.

Certes l'EMSP a été contactée au dernier moment car le patient est décédé quatre heures plus tard, mais il n'a pas pu être soulagé avant son décès et sa fin de vie a été vécue comme insupportable pour la famille (et sûrement pour lui aussi).

La pharmacie de l'HAD se trouve à Talence (environ 60 kilomètres du Teich). Actuellement, c'est l'infirmière coordinatrice qui habite près de la MSPB qui passe s'approvisionner plusieurs fois par semaine, le matin, dans cette pharmacie hospitalière et amène les médicaments à l'antenne du Teich où elle travaille. Ce système est fragile mais il fonctionne aujourd'hui de cette manière.

Afin de faire preuve de réactivité auprès des patients du bassin d'Arcachon, lors de situations délicates ou urgentes comme celle citée ci-dessus, il est pertinent de rédiger une convention entre les deux pharmacies.

Mais le risque du partenariat est qu'il ne perdure pas au fil du temps, s'il n'est pas entretenu. Il peut être révocable. Malgré la contractualisation, la fin d'un projet nécessite des réunions professionnelles au moins annuelles, pour développer l'expertise, la complémentarité et l'émergence de nouveaux projets selon l'évolution environnementale et contextuelle.

Donc il faudra envisager à la fin des réunions de groupe de travail entre l'hôpital et l'HAD, deux réunions annuelles, car nous serons dans une période d'évaluation, puis une rencontre par an afin de maintenir cette relation de partenariat.

### **3.1.4 Création d'une équipe mobile et identification de lits de soins palliatifs**

Compte tenu de la population accueillie au Centre Hospitalier d'Arcachon, le Directeur général de l'établissement a saisi l'opportunité d'un financement par l'intermédiaire d'une enveloppe de Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation MIGAC<sup>90</sup> accordée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH)<sup>91</sup> en 2009. Suite à l'étude d'opportunité réalisée sur les besoins en soins palliatifs (citée précédemment).

Les dotations MIGAC sont issues de la tarification à l'activité (dite T2A) qui est un système de financement s'appliquant, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 à tous les établissements de santé publics ou privés.

---

<sup>90</sup> MIGAC : Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation.

<sup>91</sup> ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation restructurée en Agence Régionale de Santé depuis le mois d'avril 2010.

Son principe est basé sur l'activité réalisée, c'est-à-dire la nature et le volume des soins produits, qui détermine directement les ressources de l'hôpital. Il s'agit de passer d'un système de dotation globale à une répartition des ressources reposant sur l'activité réelle. Cette dotation doit permettre, dans un futur proche la création d'une équipe mobile prévue pour le mois de septembre 2010. Puis à moyen terme, l'identification de 2 à 4 lits de soins palliatifs en médecine interne est prévu. L'équipe mobile permettra d'évaluer plus justement le besoin en lits de SP<sup>92</sup>. Cette équipe sera composée :

- d'un gériatre (détenant un DU douleur et un DU en soins palliatifs) à mi-temps
- d'une psychologue (ayant une expérience en USP<sup>93</sup>) à mi-temps
- d'une infirmière (ayant également un DU d'algologie et de soins palliatifs)
- d'un temps d'assistante sociale
- d'une secrétaire à temps partiel (30%).

Ses missions consisteront à :

- conseiller, soutenir, former les équipes soignantes,
- apporter une attention et une écoute professionnelle,
- assurer un lien et une coordination dans la prise en charge hospitalière et lors du retour à domicile avec les libéraux.

Les objectifs de cette équipe mobile en soins palliatifs seront de conseiller les professionnels, afin qu'ils puissent dispenser des soins centrés sur une approche globale et individualisée de la personne soignée, de prévenir, évaluer et soulager la prise en charge des symptômes liés à la maladie grave. Il s'agira aussi d'améliorer la qualité de vie des personnes malades dans leur environnement socio-familial et d'assurer un soutien psychologique au patient et à ses proches.

Puis comme le préconise la démarche palliative, un rôle d'information et de développement des soins palliatifs sera réalisé.

L'équipe mobile interviendra à la demande des soignants, du patient ou de sa famille dans les différents services de l'hôpital, de l'EHPAD Larrieu et éventuellement à domicile, dans un premier temps tous les vendredis, puis une montée en charge progressive est prévue selon les demandes.

Le but de l'EMSP<sup>94</sup> est surtout de conseiller les soignants selon les situations qui se présentent, mais ce n'est pas de se substituer aux professionnels du service.

---

<sup>92</sup> SP : cf. liste des sigles.

<sup>93</sup> USP : Unité de Soins Palliatifs.

Afin de réaliser ces missions et objectifs, il est nécessaire d'élaborer des outils et d'informer les différents partenaires de soins de l'existence de cette nouvelle équipe en soins palliatifs, ce point sera développé dans les chapitres suivants.

Quant à l'identification de soins palliatifs, le médecin de l'équipe mobile souhaiterait bénéficier de 4 à 5 lits, mais dans un premier temps le financement n'est prévu que pour deux. Ces lits seront situés dans le service de médecine interne, comme le préconisent le cahier des charges de l'ARH de 2009, ce qui permettra de les utiliser pour d'autres activités, s'ils ne sont pas occupés par des patients en fin de vie.

Néanmoins, Le chef de pôle qui travaille dans le service de médecine interne, n'est pas prêt à céder plus de deux lits pour les soins palliatifs.

Il est donc nécessaire d'organiser un conseil de pôle et de mettre ce point délicat à l'ordre du jour. En amont, je dois rencontrer ce médecin pour lui démontrer l'intérêt de créer ces lits. L'équipe de médecine interne sera formée en priorité à la démarche palliative, donc le personnel va acquérir des compétences supplémentaires qui pourront servir également aux patients de médecine interne.

Par ailleurs, l'équipe soignante devrait également être renforcée par l'intermédiaire des crédits fléchés de missions d'intérêt général.

Il est prévu, d'élaborer un dossier d'autorisation auprès de l'ARS, en fin d'année.

### **3.2 Un plan d'actions stratégiques impliquant les acteurs**

#### **3.2.1 La politique des ressources humaines : savoir élaborer un plan de formation adapté aux compétences manquantes.**

Pour élaborer le plan de formation annuel institutionnel, il est nécessaire de répertorier les besoins de formations des salariés, en fonction des projets de service, de soins, des projets professionnels...Un outil de management qui va permettre ce recensement de besoin est l'entretien de formation, qui culturellement au CHA est un moment bien précis de l'entretien professionnel.

L'entretien professionnel est un outil de management. Cet entretien divisé en 2 temps, permet de faire un bilan sur l'atteinte des objectifs de l'année écoulée et de l'année à venir (compétences, objectifs, potentiel d'évolution...) et d'élaborer le plan de formation.

---

<sup>94</sup> EMSP : Equipe Mobile en Soins Palliatifs.

Sur la base de ces entretiens, les agents intégrés dans les prémices du projet qui nous concerne, étaient déjà formés et/ou volontaires pour travailler ce sujet (suite aux évaluations de 2009). Les IDE et AS retenus, travaillent dans les services de médecine où se situent la majorité des personnes âgées, aux urgences et en chirurgie.

Pour ceux qui n'étaient pas formés et qui souhaitent bénéficier de connaissances autour de la démarche palliative, le cadre doit établir une traçabilité de l'entretien de formation et faire remonter à la Direction des Ressources Humaines les différents besoins.

Selon le type de formation suivi, certains pourront être désignés comme référents, ce qui valorisera leur travail, voire par la suite, permettra d'approfondir leur formation pour qu'ils forment à leur tour leurs collègues. Pour la pérennité de ce projet, il est important de prendre en compte, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) et privilégier plutôt le personnel n'étant pas en fin de carrière.

Selon les besoins de compétences de l'établissement et les potentiels des agents, le cadre peut orienter ou guider les différents personnels afin de les rassurer et leur proposer une formation diplômante.

Il peut également favoriser certaines formations institutionnelles prévalentes par rapport à d'autres, notamment si elles sont portées au niveau du projet de soins institutionnels. Il a donc un rôle d'information et d'orientation lorsque les soignants se questionnent.

La formation peut-être une motivation pour le personnel.

Lors d'une réunion cadres au mois de mai 2010, date stratégique avant la période des entretiens d'évaluation, j'ai effectué une intervention rappelant l'importance du projet de prise en charge des patients par la démarche palliative, et la nécessité de former un maximum de personnel. J'ai insisté sur cette implication des cadres et des soignants par rapport à ce projet, car la directrice des soins, nouvellement affectée au CHA, n'a pas eu le temps d'inscrire les nouveaux axes institutionnels pour 2011, et donc la formation "prise en charge des patients en fin de vie par la démarche palliative" ne figure pas sur le document, en tant que tel.

La synthèse des besoins de formation, pour chaque service, sera réalisée par chaque cadre intermédiaire et sera transmise à la direction des soins (pour les personnels soignants) et la direction des ressources humaines (DRH) pour le 17 septembre 2010.

Le service de gestion des formations au sein de la DRH recueillera l'ensemble des formations demandées. La commission de formation se réunira aux mois d'octobre et de novembre, pour sélectionner les formations retenues au plan de formation 2011.

En fin d'année, il peut rester des crédits de formation non utilisés, s'ils sont anticipés, ils pourront servir à débiter une formation sur les soins palliatifs.

### 3.2.2 Formaliser des outils partagés pour mieux communiquer

Suite à cette étude, il est ressorti que l'hôpital et l'hospitalisation à domicile manquaient d'outils partagés pour assurer des soins coordonnés. Lors des premières réunions, chacun a fait part des insuffisances constatées.

Pour le CHA, un manque d'information, dès les urgences a été évoqué, pour les personnes âgées suivies en HAD (dans le chapitre 1.2.3). Il a été défini qu'un classeur serait créé et composé des dossiers de soins synthétiques de tous les patients pris en charge par l'HAD, conservé aux urgences de l'hôpital et actualisé tous les vendredis par fax, par l'HAD. Ceci afin de répondre aux souhaits de l'hôpital de bénéficier de renseignements actualisés lors de la prise en charge d'une personne en fin de vie, (pathologies, antécédents, traitements, entourage familial et social...) notamment afin de prévoir le retour au domicile plus rapidement.

En retour, l'HAD souhaite être informée des hospitalisations des patients déjà en charge à domicile, et être prévenue 24 à 48h avant le retour au domicile du patient. Une fiche de liaison doit être renseignée par le médecin et l'équipe paramédicale, toujours pour assurer une continuité des soins cohérente. Ces outils ont été validés lors de la réunion du mois de septembre. En effet, après seulement deux mois d'utilisation des nouveaux outils, les acteurs de l'HAD et de l'hôpital ont manifesté une grande satisfaction dans la réactivité, la continuité et l'organisation des soins. Quatre hospitalisations ont pu être évitées. Un gain de temps appréciable a été constaté.

Par ailleurs, l'HAD souhaite qu'un "dossier passerelle"<sup>95</sup> soit renseigné systématiquement par les équipes du CHA pour toute nouvelle demande d'hospitalisation à domicile. Ce document est assez conséquent mais il est indispensable à la mise en place de l'HAD. Le personnel doit faire preuve de rigueur afin de renseigner ce dossier de la manière la plus exhaustive possible. Les cadres de santé ont un rôle à jouer au niveau des équipes soignantes afin de leur faire comprendre l'importance des renseignements inscrits, gage d'une coordination de soins de qualité.

L'idéal, dans l'avenir, serait de bénéficier d'un outil informatique partagé, sécurisé, contenant les différents outils papier, dont le dossier des patients.

Au niveau de l'équipe mobile, un travail est en cours pour formaliser un document spécifique à la prise en charge des personnes relevant des soins palliatifs, il sera inclus dans le dossier patient.

---

<sup>95</sup> Dossier passerelle. Cf. annexe 11.

Des protocoles de soins sont également en cours de réalisation, comme celui de l'alimentation en fin de vie.

Ces protocoles sont des guides, ils ne dispensent pas l'équipe soignante de travailler sur la base du raisonnement clinique, afin de ne pas tomber dans le travers de la systématisation des actes de soins.

Il est nécessaire de garder un discernement et personnaliser les soins selon chaque personne, qui est différente (de par ses réactions physiques, psychologiques, ses antécédents, ses facteurs de risques...) Ces protocoles permettent d'élargir les connaissances des équipes, notamment des jeunes diplômés ou des étudiants. Ils favorisent également l'harmonisation des pratiques de soins de qualité.

L'HAD de Bagatelle a déjà élaboré de nombreux protocoles de soins pour les patients en fin de vie et propose de partager certains documents. L'équipe mobile du CHA a décidé de s'en inspirer mais souhaite les personnaliser et les adapter à notre organisation, notre fonctionnement, nos pratiques professionnelles...

Ces interactions permettent d'évoluer d'un travail pluridisciplinaire vers un travail interdisciplinaire, ce qui est plus dynamique et enrichissant.

### **3.2.3 Informer les différents partenaires de soins des nouvelles ressources**

Tout d'abord, il est nécessaire de prévoir une information générale au sein du Centre Hospitalier d'Arcachon, en incluant le personnel de l'EHPAD Larrieu, car cet établissement n'étant pas sur la même commune que l'hôpital, il ne reçoit pas toujours l'ensemble des renseignements, et le personnel de l'HAD de l'antenne du Teich. C'est un moment privilégié pour valoriser le partenariat entre les deux structures, le travail des différents groupes et la constitution d'une équipe mobile de soins palliatifs au sein de l'hôpital, ayant un champ d'action également à domicile.

Ensuite les cadres intermédiaires doivent être le relais de cette communication.

Cette information sera relayée également dans le journal interne de l'établissement intitulé "TEXTO" et fera l'objet d'un article. Ce nouveau numéro comportera également un résumé concernant le partenariat et la promotion de la démarche palliative (avec les différents textes législatifs et règlementaires) dans le but de diffuser ces informations largement, y compris au personnel non soignant.

Une maquette est en cours de réalisation. Elle est destinée aux patients, aux familles, aux différents acteurs de santé du territoire dont les médecins traitants.

Elle stipule les objectifs et missions de l'EMSP<sup>96</sup>, la composition de l'équipe et les modalités d'intervention. Elle rappelle la définition des soins palliatifs...

Il est prévu d'envoyer un courrier personnel, accompagné de la maquette de l'équipe en soins palliatifs, à chaque médecin généraliste et spécialiste, ainsi qu'à l'ensemble des infirmières libérales, en fin d'année 2010. Un courrier sera également adressé aux représentants des usagers.

Un mois après l'envoi de ce courrier, il est envisagé d'organiser au Centre Hospitalier d'Arcachon un cocktail (subventionné par des laboratoires pharmaceutiques, afin de ne pas entacher un budget supplémentaire) avec l'ensemble des acteurs du territoire afin de leur présenter un diaporama, les sensibiliser aux besoins de la population démographique vieillissante et l'intérêt d'une coordination des acteurs autour de la démarche palliative, les informer des nouvelles ressources du CHA avec la création de l'équipe mobile en SP<sup>97</sup>.

D'autres moyens de communication peuvent être utilisés en interne, notamment pour diffuser l'information auprès des patients accueillis au Centre Hospitalier d'Arcachon. Les salles d'attente des différents services de l'hôpital pourront être équipées des plaquettes d'information de l'Equipe en Soins Palliatifs. Cette documentation sera aussi à la disposition des assistantes sociales, et du service de soins infirmiers à domicile.

Le directeur général pourra également faire un communiqué auprès de la presse locale afin de faire découvrir à la population du territoire de santé, les nouvelles ressources existantes au Centre Hospitalier d'Arcachon.

### **3.2.4 Développer des espaces de paroles, pour éviter l'épuisement**

L'accompagnement en fin de vie est une prise en soins pluridisciplinaire intense, en engagement, en émotions ; même si le personnel travaille en empathie, il vit des situations difficiles, il doit faire face à la douleur, à la souffrance morale et au chagrin des familles... Cela peut entraîner une fatigabilité, un épuisement chez les soignants.

Au sein de chaque établissement, en médecine interne pour le CHA (lorsque le personnel sera formé) une supervision mensuelle sera envisagée, afin que chaque professionnel puisse s'exprimer.

---

<sup>96</sup> EMSP : Equipe Mobile en Soins Palliatifs.

<sup>97</sup> SP : cf. liste des sigles.

En effet, le groupe de paroles, comme le décrit E.Vidalenc<sup>98</sup> est institué afin qu'il soit un lieu d'échanges, de partage d'expériences, d'enrichissement mutuel entre les professionnels où ce sont les situations à résoudre qui prévalent.

Cela évite le burn out des équipes confrontées à des situations difficiles. Cette réunion ne devra pas dépasser une heure trente. Le cadre de santé pourra réguler les moments de paroles et animer cette rencontre avec l'EMSP.

La psychologue de l'équipe en soins palliatifs ou d'autres personnels impliqués pourront être invités à participer à ces moments d'échanges.

Puis, lors des réunions cadres, hebdomadaires, les acteurs intermédiaires pourraient faire émerger les difficultés partagées, parfois des situations sont récurrentes ou c'est un problème plutôt d'ordre matériel, logistique... Dans ce cas des actions au niveau institutionnel peuvent être engagées.

### **3.3 Evaluer et réajuster le projet**

#### **3.3.1 L'évaluation : un dispositif indispensable**

L'évaluation, dans la fonction publique hospitalière est assez récente, bien qu'elle existe déjà de manière informelle depuis les années 90.

Aujourd'hui, l'évaluation s'inscrit progressivement dans notre culture professionnelle.

Plusieurs types d'évaluation ont été mis en place :

- A - l'évaluation des établissements
- B - l'évaluation des personnels
- C - l'évaluation de projets

L'évaluation est une mesure objective des résultats d'un projet, en vue de mesurer sa pertinence, sa cohérence, l'efficacité de sa mise en œuvre, son efficacité, son impact ainsi que la pérennité des effets obtenus. L'évaluation est un outil d'aide à la décision et au pilotage.

Michel LAFORCADE et Philippe DUCALET partagent également ce point de vue lorsqu'ils disent que "l'évaluation consiste à porter un jugement sur une intervention dans un but d'aide à la décision"<sup>99</sup>.

---

<sup>98</sup> VIDALENC E., 2003, *le défi du partenariat dans le travail social*, Paris : l'Harmattan, p 141.

<sup>99</sup> LAFORCADE M., DUCALET P., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Seli Arslan p 102.

Ils définissent également la qualité comme "l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à répondre aux besoins exprimés et implicite de l'utilisateur et de sa famille en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé, son autonomie sociale, et sa dignité d'être humain".

"Si l'évaluation a pour but de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs et donc les écarts entre objectifs et résultats, la démarche qualité vise à réduire les écarts. Elle nécessite alors d'être mesurée à différents moments du processus".<sup>100</sup>

La loi n°2002-2 du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a institué dans son article 22 :

- une auto-évaluation qualitative réalisée par les établissements et services tous les 5 ans.
- une évaluation externe tous les 7 ans.

L'EHPAD Larrieu est soumis à cette évaluation qui est devenue une obligation.

#### ➤ A- L'évaluation du Centre Hospitalier d'Arcachon

Dans le champ sanitaire, c'est l'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret n° 97- 311 du 7 avril 1997 qui a introduit au sein du système de santé français, la procédure d'accréditation. Elle a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Cette procédure, initialement conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), est désormais prise en charge par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

La loi du 13 août 2004<sup>101</sup>, introduit un changement. Le terme d'accréditation va évoluer vers le terme de certification (l'accréditation étant réservée aux médecins).

La certification des établissements de santé a lieu tous les 4 ans, c'est une procédure externe à la structure. Elle est réalisée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle et concerne l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de la prise en charge du patient, sont respectées par l'établissement de santé. (A cet effet, l'ANAES, avait établi avec certains acteurs du système de santé des référentiels, conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en terme de gain de santé et de satisfaction du patient).

C'est donc une évaluation basée sur une approche normative.

---

<sup>100</sup> Revue Directions n°9-juin 2004 p 22.

La première évaluation (accréditation) du Centre Hospitalier d'Arcachon s'est déroulée en 2001. La conclusion a abouti à une réserve qui s'est transformée en recommandation sur le circuit des déchets et du linge.

La deuxième "certification" a été réalisée en 2009. Le résultat final a été très satisfaisant car aucune réserve ni recommandation n'a été émise.

➤ B- L'évaluation du personnel

Le décret n° 2002-682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions général d'évaluation, de notation et d'avancement des fonctionnaires de l'Etat institue la procédure d'évaluation des fonctionnaires. Il fait de l'évaluation, un outil de gestion rénové des ressources humaines.

Depuis mon arrivée au Centre Hospitalier d'Arcachon en 2002, la réalisation d'entretien d'évaluation pour chaque personnel, n'a pas été une nouvelle mesure à prendre, car issue de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, les évaluations faisaient déjà partie de nos outils de management. Par contre, au CHA, un travail de groupe avait été réalisé en 2004, afin de former l'ensemble des cadres (notamment dans les secteurs administratif et technique) et de formaliser un document d'entretien d'évaluation annuel.

Au début de la mise en place institutionnelle des entretiens d'évaluation, les professionnels, notamment les représentants syndicaux, appréhendaient les jugements de valeurs de l'encadrement, une inéquité entre les agents selon les rapports entretenus avec les cadres...

Des réunions d'informations vis-à-vis de l'ensemble des professionnels ont été organisées afin de rassurer les équipes. Le document initial d'évaluation a été progressivement remanié pour s'appuyer sur les compétences des agents, des objectifs de travail, des potentiels d'évolution... Une transparence de la démarche a été bénéfique.

A ce jour, l'entretien d'évaluation est un moment privilégié entre l'agent et son supérieur hiérarchique direct. Il a pris une autre dimension depuis qu'il a évolué en entretien professionnel avec un temps pour l'évaluation, un autre pour répertorier les besoins en formation. C'est également un moment permettant de valoriser le travail de qualité du professionnel, son implication dans un groupe de travail etc.

---

<sup>101</sup> CODE DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JO du 17.08.2004.

C'est un temps également qui permet aux agents de s'exprimer sur les améliorations possibles du service (recensement des besoins en matériel, nouvelle procédure nécessaire...).

➤ C – L'évaluation du projet

L'évaluation est devenue un dispositif incontournable, mais c'est également une opportunité, car cela donne un sens à l'action, cela permet de diagnostiquer les écarts et de diagnostiquer les besoins nouveaux afin de promouvoir d'autres projets.

L'évaluation sollicite plusieurs paramètres tel que :

- L'efficacité, c'est le rapport entre les objectifs<sup>102</sup> prévus et les résultats observés.
- L'efficience, c'est le rapport entre les moyens utilisés et les résultats observés.
- La cohérence, c'est la mise en perspective des objectifs prévus et des actions qui en résultent.
- La pertinence, c'est le rapport entre les objectifs prévus et les moyens utilisés.
- L'effectivité, c'est la réalisation effective de ce qui est attendu
- La performance, "c'est la réussite des tâches nécessaires à la bonne marche globale de l'entreprise"<sup>103</sup>.

L'évaluation est un pré-requis de la démarche qualité. L'évaluation est un processus, la qualité est un concept.

Il est nécessaire de définir différents temps d'évaluation ; au cours du projet, en fin de projet et une évaluation à plus long terme pour le réajuster chaque fois que nécessaire.

L'évaluation est une démarche collective, c'est un jugement porté à partir d'indicateurs (quantitatifs et/ou qualitatifs) sur les résultats des actions.

Afin de réaliser cette évaluation, il existe certains outils déjà disponible au CHA ou à l'HAD, d'autres sont à créer.

---

<sup>102</sup> Définition d'un objectif : c'est un but déterminé dans le cadre d'un projet, exprimé sous la forme d'un résultat à atteindre, défini par un ou plusieurs critères mesurables qui permettent son évaluation.

<sup>103</sup> MICHEL S., 1989, *Peut-on gérer les motivations*, Paris : PUF p 132.

### 3.3.2 Certains outils à la disposition du directeur, d'autres à déployer

En tant que chef de projet, il est possible d'utiliser une évaluation quantitative et/ou qualitative. Ces deux modes d'évaluation sont complémentaires.

Lors de la réunion annuelle entre les différents partenaires un bilan d'activité sera présenté et comportera les indicateurs des évaluations réalisées.

#### Evaluation quantitative :

- La fiche de déclaration d'évènement indésirable<sup>104</sup> est un document mis en place depuis l'accréditation de 2005. Elle peut être remplie par chaque professionnel qui rencontre une situation qui aurait pu être évitée et à une certaine importance, ou un dysfonctionnement récurrent (ce n'est pas une fiche de règlement de compte). L'HAD utilise également cet outil.

Elle doit être différenciée des fiches de déclaration d'évènement indésirable grave qui engage le pronostic vital du patient ou entraîne sa mort.

Chaque médecin, chef de service et chaque cadre du secteur concerné, doit être informé de cette traçabilité. Ces documents sont systématiquement remis à la cellule qualité et traités par les "experts", les différents directeurs, cadres... selon l'origine du différend.

La cellule qualité rédige également régulièrement des statistiques concernant ces fiches de déclarations d'évènements indésirables.

Il a été prévu, dès le démarrage du projet que ces fiches seraient utilisées par rapport au partenariat entre le CHA et l'HAD, car chaque entité utilise déjà ce système d'évaluation dans d'autres domaines. Il a été défini que ces fiches devaient être renseignées lorsqu'un dysfonctionnement se répète plus de deux fois, afin d'être réactif. La déclaration est favorisée, néanmoins il a été convenu que dès le premier incident, des règles de bon usage doivent être mises en place et les acteurs principaux doivent se contacter.

Il a été défini avec la cellule qualité du CHA, qu'elle me tiendrait informée de toute fiche de déclaration ayant un lien avec le partenariat de l'Hospitalisation A Domicile.

- Les lettres de remerciements ou au contraire de plaintes sont également un outil nous permettant de poursuivre notre démarche et d'assurer des réajustements pour répondre plus justement aux besoins de cette population.

---

<sup>104</sup> Fiche de déclaration d'évènement indésirable : cf. annexe 12.

Dans un premier temps, nous pourrions créer un tableau afin de les comptabiliser et de mesurer le nombre de lettres positives et négatives.

Dans un deuxième temps, la Commission des Relations avec l'Usager et de la Qualité et de la Prise en Charge (CRUQPC)<sup>105</sup> qui étudie chaque lettre de plainte pourra être sollicitée pour faire une évaluation qualitative et répertorier les critères négatifs récurrents.

- Des tableaux de bord seront élaborés chaque année et mentionneront quelques indicateurs<sup>106</sup> pertinents tel que :

- Le nombre de personnel formé à la démarche palliative.
- Le nombre de séjours (des patients) identifiés en soins palliatifs.
- Le nombre de patients accompagnés par l'équipe mobile.
- Le nombre de déplacements de l'équipe en soins palliatifs à domicile.
- Le nombre de patients communs entre l'HAD et le CHA.

#### Evaluation qualitative :

Suite à l'évaluation qualitative des transmissions ciblées du dossier de soins réalisée au mois de juin dernier, il a été défini qu'une évaluation annuelle serait réalisée systématiquement. En effet, le dossier de soins est un indicateur pertinent de qualité.

*"La transmission ciblée est l'écriture structurée résultant d'un raisonnement clinique individuel et collectif qui permet de visualiser la cohérence entre un problème de santé (la cible) et ses caractéristiques personnalisées (données). Elle oriente le choix des interventions de soins personnalisées (actions) et l'évaluation de l'efficacité des interventions de soins (résultats). La transmission se veut le reflet de la démarche entreprise au chevet du patient"<sup>107</sup> selon Thérèse Psiuk.*

En tant que chef de projet, j'ai suggéré que sur les dix dossiers étudiés par service, deux doivent concerner les patients en fin de vie. Ce choix a été acté par le directeur des soins.

Le raisonnement clinique est la base des soins au Centre Hospitalier d'Arcachon et se traduit à l'écrit par la rédaction de transmissions ciblées (l'HAD fonctionne également avec ce système de transcription des informations de soins). La qualité de l'accompagnement des soignants envers les personnes en fin de vie doit être tracée.

---

<sup>105</sup> CRUQPC : la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé cette commission au sein de chaque établissement de santé public ou privé.

<sup>106</sup> Un indicateur : est une donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif (cours IAE, décembre 2009).

<sup>107</sup> Revue Soins n° 746- juin 2010 p9.

Les critères de qualité que l'on doit retrouver dans les transmissions ciblées du dossier de soins sont les suivants :

- La structure de la synthèse d'entrée doit être respectée, (macro cible d'entrée et synthèse clinique initiale)<sup>108</sup>.
- Les cibles sont notées notamment en termes de réactions humaines, physiques et psychologiques, (elles sont prépondérantes chez la personne en fin de vie).
- Les données, les actions, les résultats sont renseignés de manière évolutive ou involutive et sans rupture de soins.
- La douleur, si elle existe, est identifiée sous la forme du "TILT"<sup>109</sup> et réévaluée jusqu'au soulagement de la personne.
- Les choix du patient et de sa famille seront également transcrits notamment en reprenant leurs termes entre guillemets afin d'éviter les interprétations.
- La structure de la fiche de liaison vers l'HAD est respectée (si le patient bénéficie de ce parcours de soins), sinon la structure de la macro cible de sortie est réalisée (notamment en cas de décès).

L'analyse de ces dossiers permettra de mesurer les écarts et de se fixer des objectifs d'amélioration. Les référents "raisonnement clinique" et "soins palliatifs" seront sollicités afin de les impliquer dans l'évaluation et leur permettre d'assurer leur rôle de référent auprès de leurs pairs.

Par ailleurs, un questionnaire de sortie est proposé à chaque patient pour connaître son avis de satisfaction de prise en charge globale (au niveau, administratif, logistique, des soins...) tout au long de son séjour. Mais ce document n'est pas adapté aux patients en fin de vie et à leurs proches. Il serait intéressant de travailler sur un outil d'évaluation de satisfaction de l'accompagnement en fin de vie au regard de la démarche palliative, (de les distribuer notamment aux personnes bénéficiant des prestations de l'hôpital et du domicile, au cours de la prise en soins).

---

<sup>108</sup> Revue Soins n°747- juillet/août 2010 p11.

<sup>109</sup> TILT : correspond au Type, Intensité, Localisation de la douleur dans le Temps.

Quant à l'HAD, elle privilégie chaque année, une enquête globale un jour donné dans l'année, en effet, suite aux décès, lorsque les familles sont dans la douleur de la perte de l'être cher, il n'est pas opportun de venir avec un questionnaire d'évaluation. Ces questionnaires sont également traités par une cellule qualité.

Selon les résultats obtenus des différentes évaluations quantitatives et qualitatives, des axes d'amélioration seront définis afin de réajuster les actions, la coordination, l'organisation...

### **3.3.3 Evaluer ce projet de partenariat pour le développer auprès d'autres acteurs**

Cette prise en soins coordonnée des patients et du respect de leurs choix, doit être régulièrement évaluée afin de vérifier la pertinence de nos pratiques professionnelles, comme nous l'avons vu précédemment. Cela correspond également au concept qualité du projet de la roue de Deming<sup>110</sup>.

Dans l'élaboration de ce projet, il a été beaucoup question de l'hôpital. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes n'a pas été inclus dans ce processus, pourtant il est confronté au quotidien à l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie. Certes, la collaboration est opérationnelle, car dès que l'état d'une personne âgée se dégrade, l'infirmière de L'EHPAD contacte les urgences du CHA et le patient est attendu, accueilli.

La coordination entre le personnel des deux entités est facilitée, des outils de transmission sont échangés. Néanmoins, le personnel est très peu formé à la démarche palliative, les formations sur la maladie d'Alzheimer sont privilégiées depuis quelques années, compte tenu également des résidents accueillis.

Le personnel de l'EHPAD, s'épuise devant ces prises en charge difficiles. Il serait nécessaire dans le plan de formation de réserver des places pour le personnel de l'EHPAD.

Au cours de ce travail, j'ai sollicité la rencontre de la responsable des bénévoles d'Alliance 33 de l'antenne de Gujan-Mestras.

Lors de ce premier rendez-vous, cette représentante m'a détaillé les missions et les valeurs de l'association. Elle m'a décrit le profil des personnes accompagnantes, expliqué, leur organisation, leur fonctionnement, leurs formations etc...

---

<sup>110</sup> Concept qualité, roue de Deming : cf. annexe 13.

Actuellement, elles n'interviennent pas au sein de l'hôpital. D'autres bénévoles sont déjà présents au CHA, mais ils ne remplissent pas les mêmes missions.

Sachant l'importance du rôle des bénévoles dans la prise en charge des personnes en fin de vie, selon la démarche palliative, qui est d'ailleurs recommandée légalement ; Il m'a paru essentiel de les associer à ce projet. J'ai pu apprécier la qualité de leur formation (réalisée par un médecin reconnu et investi au centre régional d'accompagnement et de soins palliatifs en Gironde), leur disponibilité et leur sérieux à travers leurs objectifs, leur vision de la complémentarité avec les soignants. Pour toutes ces raisons, cette association de bénévoles me paraît adaptée et essentielle.

Suite à notre rencontre, cette responsable d'association souhaite réaliser une démarche identique auprès de la clinique d'Arcachon.

La présence de ces bénévoles, comme je l'ai expliqué précédemment, sera une valeur ajoutée, d'autant plus que sur le territoire de santé, Alliance 33 est une association reconnue pour sa qualité d'accompagnement.

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile :

Toujours en quête d'informations auprès de différents services, pour construire ce projet de partenariat, nous avons été amenés à prendre contact avec le SSIAD nord et surtout sud du territoire.

En échangeant des difficultés rencontrées entre l'hôpital et le domicile, l'infirmière coordinatrice du SSIAD sud m'a fait remonter certains soucis dont un manque de coordination. Il m'a paru intéressant de se rencontrer en fin d'année. Le projet de partenariat dont fait l'objet ce mémoire a particulièrement suscité l'intérêt de cette responsable. Elle rencontre des problématiques notamment lorsque les personnes âgées retournent à domicile, la veille des week-ends (diminution du personnel soignant...).

Lorsque l'état des personnes âgées se dégrade, elles auraient besoin d'être orientées vers l'HAD, mais cette collaboration n'est pas effective.

Enfin, d'autres articulations de coordination sont à améliorer entre les différents secteurs, car travailler de façon informelle n'est pas satisfaisant. Autant de constats, qui laissent à présumer une possible collaboration par le partenariat.

Mais il est préférable, auparavant de poursuivre le partenariat avec l'HAD, et de ne pas s'engager trop rapidement dans de nombreuses directions qui entraîneraient une surcharge d'activité pour les groupes de travail.

Il faut garder un objectif atteignable afin de ne pas se retrouver en situation d'échec, ce qui entraînerait une démotivation du personnel. Cette piste de réflexion ne doit pas être écartée mais elle sera étudiée ultérieurement.

Enfin, au cours de l'année 2011, en préparation du futur pôle de santé et de l'ouverture du service d'oncologie à la clinique d'Arcachon, je me propose d'initier un travail de réflexion avec la clinique sur l'accompagnement des patients en fin de vie selon la démarche palliative.

Le rapprochement des deux structures public privé, en groupement de coopération sanitaire est imminent et devrait favoriser la collaboration.

Mon rôle de chef de projet qui arrive à son aboutissement me permet d'être le lien entre le directeur général du Centre Hospitalier d'Arcachon et le directeur de la clinique du groupe Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine. Ce pôle de santé appelé à voir rapidement le jour est un atout et représente un levier, pour favoriser ce projet commun.

Actuellement, le projet de groupement de coopération sanitaire (GCS)<sup>111</sup> ne correspond qu'à une répartition de locaux sur un même site. Certes le plateau technique (bloc opératoire, pharmacie à usage interne...) sera partagé, mais chaque entité aura ses salles, son personnel, son organisation etc.

Nous sommes davantage dans un système de projets "patchwork", que dans une réflexion commune d'activités partagées (nous sommes même concurrentiels en ce qui concerne les services de chirurgie).

Ce projet d'accompagnement pour les personnes en fin de vie, se voudra le premier projet commun des deux établissements, basé sur la complémentarité, la coordination de prise en soins de qualité.

La clinique s'orientant davantage sur les thérapies curatives, elle aura tout à gagner de pouvoir garder des lits pour ces patients et favoriser un accompagnement de fin de vie, avec un personnel compétent à l'hôpital.

En contre partie lorsque les médecins du CHA découvrirait un cancer chez une personne (qui peut être pris en charge par la clinique) ils pourraient proposer au malade de se faire traiter à la clinique.

Cet échange "gagnant-gagnant" pourrait amener les acteurs à travailler en collaboration et coordination avec efficience.

---

<sup>111</sup> GCS : Groupement de Coopération Sanitaire.

## **Conclusion de la troisième partie**

Cette dernière partie, me permet d'appréhender le rôle de directeur, essentiel pour la mise en œuvre d'un projet de partenariat, à la fois pour :

- Coordonner les différents intervenants autour des personnes en fin de vie.
- Etre garant d'un calendrier prévisionnel de réalisation de chaque étape, permettant l'atteinte des objectifs fixés et proposant une vision prospective.
- Etablir et gérer le budget d'un tel projet en rationalisant son coût, par la réalisation d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses.
- Engager la contractualisation qui reste un temps fort du partenariat (même si les conventions restent encore à finaliser).
- Gérer la communication autour de l'accompagnement des personnes en fin de vie, tant au niveau de l'ARS que des directions (hôpital, HAD de Bagatelle, EHPAD), que de la base opérationnelle, des patients et des proches, des différents intervenants et partenaires de soins du territoire.
- Elaborer le plan de formation au regard des compétences manquantes en soins palliatifs, ce qui a été une étape importante de ce projet.

Je veillerai, lors des commissions de formation de fin d'année, à ce que les demandes effectuées aboutissent prioritairement.

L'évaluation est un dispositif indispensable à tout projet. Elle nous a permis de réajuster des outils partagés et d'harmoniser des pratiques professionnelles.

Enfin, l'évaluation permet de constater, selon des indicateurs quantitatifs et qualitatifs définis dans le projet, si celui-ci reste pertinent et s'il a besoin de réajustement.

## Conclusion

Pourquoi s'intéresser à l'accompagnement des personnes en fin de vie, alors que la culture médicale nous influence à nous occuper des malades et les guérir.

La mort, qui est le processus naturel de la fin de vie, nous renvoie souvent à notre propre échec en tant que soignant, mérite-elle tant d'intérêt ?

Depuis des siècles, l'hôpital public, entité majeure de notre système de soins, avait pour unique objectif d'ajouter des années à la vie de nos concitoyens.

Or, avec le vieillissement de la population et l'explosion démographique des personnes âgées, il s'agit non seulement d'ajouter de la vie aux années, mais aussi de la santé à ces années supplémentaires gagnées sur la vieillesse et la mort.

Les politiques publiques ont évolué à l'aune d'évènements quelquefois médiatisés, ainsi qu'à la lumière d'une réflexion collective d'instances politiques, comme le Conseil Economique et Social.

Nous assistons aujourd'hui en France au développement de nouvelles unités de soins palliatifs, une prise en charge de la douleur efficace, et une réelle volonté d'accompagner la fin de vie à l'hôpital, comme au domicile.

Le territoire de santé du bassin d'Arcachon accueille un pourcentage élevé de personnes âgées. Il est pourvu d'une offre de soins diversifiée mais encore insuffisante, qui ne permet pas de répondre aux besoins des personnes en fin de vie.

Le travail en partenariat m'apparaît comme une réponse adaptée à ce besoin repéré sur notre territoire. Le repérage de valeurs communes (qualité des soins, vision des soins palliatifs, compétences...) a permis de construire un début de culture commune entre plusieurs établissements.

D'autres partenaires sont amenés à rejoindre ce projet qui est en mouvance perpétuelle et doit s'adapter au contexte environnemental.

Il revient au directeur, de faire face à la complexité des situations, donc à l'imprévu.

Au cours de l'été 2010, une directive datant du 15 juillet<sup>112</sup>, relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, a vu le jour.

---

<sup>112</sup> Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010.

Elle s'inscrit tout à fait dans le sens de la démarche de ce projet de partenariat autour des personnes en fin de vie.

En effet, cette instruction précise la collaboration formalisée par des conventions entre les établissements de santé disposant d'une EMSP et les EHPAD d'un territoire, fondée sur le développement de la démarche palliative.

Compte tenu de cette nouvelle directive, il est nécessaire de se réunir avec les différents membres de la direction afin d'effectuer des ajustements du projet de partenariat autour des personnes en fin de vie, en termes de priorisation des contractualisations, de l'intervention de l'EMSP et du calendrier initial programmé.

L'équipe mobile en soins palliatifs débutant tout juste ses missions, risque d'être rapidement en surcharge d'activité et ne pourra pas répondre à l'ensemble des demandes de la quinzaine d'EHPAD sur le territoire.

Il est de ma responsabilité d'intégrer ces nouveaux éléments dans le déroulement du projet. Cette directive précise que les établissements munis d'une EMSP devront transmettre pour le 1<sup>er</sup> mars 2011, des indicateurs de collaboration entre EHPAD et EMSP, aux Ministère de la Santé et des Sports et Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville.

Lors de l'élaboration de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)<sup>113</sup> de 2011, il est primordial d'inclure cette activité et collaboration supplémentaire.

Cette directive du 15 juillet 2010, pourrait être un levier afin d'obtenir de nouveaux crédits fléchés (octroi de subvention de missions d'intérêt général) dans le but d'étoffer le personnel de l'équipe mobile en soins palliatifs et répondre de manière plus large aux besoins de la population vieillissante.

Cette instruction vient renforcer la nécessité de collaborer, développer les compétences, promouvoir la démarche palliative, gérer les situations complexes de soins par le partenariat.

Ainsi, le partenariat m'apparaît comme une alternative indispensable au fonctionnement de nos établissements. Une manière de rationaliser et d'optimiser des moyens, désormais mis en commun, de développer la qualité des prestations et la satisfaction des usagers.

---

<sup>113</sup> N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, décret relatif à l'EPRD du 30 novembre 2005, article 63, loi de financement de la sécurité sociale 2009.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- BARREYRE J.Y., BOUQUET B., 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Bayard, 637 pages.
- DE SAINT EXUPERY A., 2000, *Citadelle, livre posthume datant de 1948*, Paris : Gallimard, 465 pages.
- DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLLET G., 2003, *Travailler en réseau, méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris : Dunod, 269 pages.
- FRIEDBERG E., CROZIER M., 1977, *L'acteur et le système – les contraintes de l'action collective*, Paris : Seuil, 493 pages.
- GENELOT D., 2010, *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : INSEP consulting, 362 pages.
- HAERINGER J., et TRAVERSAZ F., 2002, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 244 pages.
- LAFORCADE M., DUCALET P., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Seli Arslan, 336 pages.
- Le BOTERF G., SEILER M., 2008, *Travailler efficacement en réseau, une compétence collective*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Editions d'Organisation groupe Eyrolles, 166 pages.
- Le BOTERF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5<sup>ème</sup> Editions, Paris : Editions d'Organisation groupe Eyrolles, 285 pages.
- LOUBAT J.R., 2005, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 354 pages.
- MARCHAL A., PSIUK T., 2002, *le paradigme de la discipline infirmière en France*, Paris : Seli Arslan, 188 pages.
- MICHEL S., 1994, *peut-on gérer les motivations ?*, Paris : PUF, 210 pages.
- MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB., 2005, *le métier de directeur. Techniques et fictions*, Rennes : ENSP 165 pages.
- MIRAMON JM., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social, Du politique à l'intime et de l'intime au politique*, Paris : Seli-Arslan, 186 pages.
- MISHARA BL., RIEDEL R G., 1985, *le vieillissement*, Paris : PUF, 268 pages.
- PANDELE S., 2009, *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité, autres regards sur le handicap, le grand âge et la fin de vie*, Paris : Seli-Arslan, 154 pages.

- RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., 2008, *Politique sociale et de santé, comprendre et agir*, Rennes : EHESP, 492 pages.
- VERSPIEREN P., 1984, *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Desclée de Bouwer, 206 pages.
- VIDALENC E., 2003, *Le défi du partenariat dans le travail social*, Paris : L'harmattan, 183 pages.

### **Articles de périodique**

- Comité Consultatif National d'Ethique, 25 mai 1998, *rapport sur le vieillissement*, n°59, p1.
- *Les Cahiers de l'Actif*, Travail en réseau et territoires d'action, N° 324/325, Mai/ Juin 2003.
- MORIN E., Le Figaro, 13 septembre 2003.
- PSIUK T., décembre 2010, Soins n°751- p 19, n° 746- juin 2010 p9, n°747- juillet/août 2010 p11.
- Revue Directions n°9-juin 2004 p 22.

### **Lois, décrets, circulaires**

- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO, du 22.07.09, p 12184.
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n°95 du 23.04.2005.
- CODE DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JO du 17.08.2004.
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Art L6112-6 modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004- art 4, relatif à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, JORF du 11 août 2004.
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, page 4118 texte n°1.
- LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 relative à la loi de modernisation sociale.
- LOI n° 99-477 du 9 juin 1999- visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. "Droits de la personne malade".
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JO n°179 du 02.08.1991.
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi du 22 avril 2005, JORF du 07.02.2006.

- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- DHOS/02/03/CNAMTS/2008/100 circulaire relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.
- Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. DGS/275/3D, Circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010.

### **Sites Internet**

- INSEE Aquitaine., *L'année économique et sociale 2009 en Aquitaine*. (visité le 20.02.2010), disponible sur Internet : <http://www.insee.fr>
- MICHEL S., *Compétences*. (visité le 04.09.201), disponible sur internet : [fr.curricula-vitae.com/competences.html](http://fr.curricula-vitae.com/competences.html)
- WIKIPEDIA., *Personne âgée*. (visité le 06.02.2010), disponible sur internet : [fr.wikipedia.org/wiki/personne\\_âgée](http://fr.wikipedia.org/wiki/personne_âgée)
- [www.légifrance.com](http://www.légifrance.com) (visité de janvier à septembre 2010).
- [www.sante-sports.gouv.fr/plan-cancer-2009-2013](http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-cancer-2009-2013) (visité en mars 2010).
- [www.sfap.org/](http://www.sfap.org/) (visité de janvier à septembre 2010).

### **Supports électroniques**

- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport du 22 janvier 2010 relatif à la mort à l'hôpital, (visité le 05.02.2010) disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr/](http://www.sante.gouv.fr/)

### **Congrès**

Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs (SFAP),  
16<sup>ème</sup> congrès national d'accompagnement et de soins palliatifs, 17-19 juin 2010, Marseille.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Zone d'attraction du Centre Hospitalier d'Arcachon

Annexe 2 : Convention CHA et EHPAD

Annexe 3 : Charte de la personne âgée dépendante

Annexe 4 : Compte rendu de réunion des cadres avril 2010

Annexe 5 : Extrait de l'étude d'opportunité

Annexe 6 : Echelle de Bourreau

Annexe 7 : Convention HAD et EHPAD

Annexe 8 : Charte Alliance 33

Annexe 9 : Calendrier prévisionnel du projet

Annexe 10 : Budget prévisionnel

Annexe 11 : Dossier passerelle

Annexe 12 : Fiche de déclaration d'évènement indésirable du CHA

Annexe 13 : Roue de Deming

## Annexe 1 : Zone d'attraction du Centre Hospitalier d'Arcachon



## Annexe 2 : Convention CHA et EHPAD

## **CONVENTION DE PARTENARIAT**

entre

**- E.H.P.A.D.**

2Bis, Avenue du Général Berdoulat

33120 ARCACHON

et le

**CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON**

### **PREAMBULE**

Dans un contexte caractérisé par :

- ♦ une politique de santé définie par le code de la santé publique qui met notamment l'accent sur la coopération et la complémentarité entre les établissements,
- ♦ la politique de santé et ses priorités au plan régional telles que définies par le S.R.O.S. d'Aquitaine et plus particulièrement par le programme régional en gériatrie,
- ♦ le code de l'action sociale et des familles dont l'article L 312-7 du code de l'action sociale et des familles, ajouté par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, stipule que, afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, les établissements médico-sociaux peuvent conclure des conventions avec des établissements de santé,
- ♦ l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales,
- ♦ le développement des conventions tripartites, et notamment le guide d'auto-évaluation qui préconise l'établissement de convention avec un établissement de santé,
- ♦ le plan national canicule,
- ♦ l'engagement du Conseil Général de La Gironde dans l'instauration du Plan Bleu dans les établissements d'hébergement,
- ♦ une collaboration ancienne et régulière entre les équipes des deux établissements,
- ♦ la volonté commune de promouvoir une stratégie de partenariat.

L'EHPAD et le Centre Hospitalier d'Arcachon ont, d'un commun accord, décidé d'établir une convention générale de collaboration destinée à fixer les objectifs généraux du partenariat.

Cette convention a été établie sur la base de réunions d'échanges entre le Centre Hospitalier d'Arcachon et les E.H.P.A.D. partenaires de la démarche

Entre :

L'EHPAD, représenté par, Attachée d'Administration Hospitalière responsable de l'établissement d'une part,

Et

Le Centre Hospitalier d'Arcachon, représenté par son Directeur, d'autre part.

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

## **SECTION 1 – LES OBJECTIFS**

### **Article 1 – Objectif 1**

Le premier objectif est de renforcer la complémentarité entre les deux établissements :

- ♦ par une meilleure connaissance des activités et des missions respectives, en favorisant l'efficacité des deux structures,
- ♦ par le choix d'orientations et de compétences destinées à créer des synergies entre les équipes médicales et soignantes autant que possible.

### **Article 2 – Objectif 2**

Le second objectif est de favoriser les flux de patients entre les établissements, dans le cadre d'une démarche partagée pour une meilleure prise en charge du patient/résident et une continuité des soins, dans le respect du libre choix des résidents/patients.

### **Article 3 – Objectif 3**

Le troisième objectif est d'optimiser les moyens des services de chaque établissement (moyens humains, techniques et financiers), dans un souci d'efficacité au regard des impératifs économiques et d'amélioration continue de la qualité des soins, notamment en essayant d'améliorer les délais d'admission au Centre Hospitalier d'Arcachon quand une demande est médicalement confirmée et de prendre en considération les demandes d'admissions faites par les services sociaux ou de soins du Centre Hospitalier d'Arcachon auprès de l'EHPAD.

### **Article 4 – Objectif 4**

Le quatrième objectif est de favoriser la communication des informations relatives aux patients/résidents entre les deux établissements.

## **SECTION 2 : LES MODALITES DE PARTENARIAT**

### **Article 5 – Etat de la situation initiale**

Les flux de patients entre les deux établissements sont très variables pour l'année 2005 :

- 2 patients admis à la Maison de Retraite proviennent directement des services de soins du Centre Hospitalier d'Arcachon (Nb entrées en 2005 : 19 résidents).
- Inversement ce sont 10 résidents de la Maison de Retraite qui ont été admis au Centre Hospitalier d'Arcachon en 2005.

Les résidents de l'EHPAD peuvent être, par ailleurs, adressés au Centre Hospitalier d'Arcachon pour avis médical spécialisé, examen complémentaire ou hospitalisation programmée à la suite d'une consultation.

Les partenaires s'engagent à développer le niveau de ces échanges et de les adapter en fonction de l'évolution des besoins de santé, en se donnant les moyens d'assurer la qualité et la continuité des soins.

#### **Article 6 – Champ du partenariat**

Pour chaque domaine spécifique de collaboration entre les deux établissements, il sera établi soit des protocoles annexés à cette convention soit une ou des conventions particulières. Ces documents porteront notamment sur :

- ♦ les modalités d'admission, de transfert, le profil des patients/résidents,
- ♦ l'appui à l'élaboration de protocoles de bonnes pratiques thérapeutiques pour prévenir les hospitalisations,
- ♦ l'éventuel réservation de lits,
- ♦ les modalités d'accès au plateau technique,
- ♦ l'intervention de praticiens inter-établissements (nature et rythme),
- ♦ les éventuelles incidences de l'organisation retenue, au niveau des personnels non médicaux,
- ♦ les dispositions financières précisant le montant et les modalités de règlement des prestations réciproques le cas échéant,
- ♦ la connaissance réciproque des projets des établissements,
- ♦ la mise en place de réseaux.

### **SECTION 4: PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET RESIDENTS**

#### **Article 9 - Filière de soins**

Le Centre Hospitalier d'Arcachon s'engage, en fonction de ses moyens disponibles, à assurer l'accueil de résidents dans les cas suivants:

- pour un bilan ou une prise en charge liée à une affection aiguë intercurrente nécessitant le recours au plateau technique de l'hôpital,
- pour toute autre prise en charge dispensée par le Centre Hospitalier d'Arcachon, et dans les conditions décrites par la présente convention.

La Maison de Retraite s'engage, en fonction de ses disponibilités, à recevoir les patients du Centre Hospitalier d'Arcachon dans son unité d'hébergement, dans les conditions décrites par cette convention et selon ses propres modalités de fonctionnement.

#### **Article 10 - Demande d'admission dans une maison de retraite d'un nouveau résident**

Il est convenu entre les signataires qu'une fiche de demande d'admission type est utilisée. Elle est présentée en annexe 1 à la convention. Elle est adressée par le chef de service du service d'hospitalisation du Centre Hospitalier d'Arcachon et par le cadre de santé après avis le cas échéant de l'assistante sociale, et consentement éclairé du résident/patient ou de sa famille, en respectant leur libre choix. Cette demande d'admission implique que la famille et tout autre personne pouvant agir pour le futur résident, poursuive les démarches auprès de l'établissement contacté.

Afin de guider le Centre Hospitalier d'Arcachon dans ses demandes d'admission, l'établissement Maison de Retraite –EHPAD- signataire de la présente convention a établi (facultatif) une fiche caractérisant ses organisations et par conséquent les caractéristiques des personnes qui peuvent être admises ou les éléments d'exclusion. Cette fiche constitue alors le cas échéant l'annexe 4 de la présente convention.

### **Article 11 - Information avant, pendant la prise en charge au Centre Hospitalier d'Arcachon et organisation de la sortie**

D'une manière générale, il est convenu entre les co-signataires de la convention, que l'action de communication est jugée essentielle pour garantir la continuité des soins, dispenser les soins et traitements appropriés.

Un dossier médical est constitué pour chacun des patients conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique et le cas échéant communiqué conformément aux obligations légales.

En cas de transfert d'un patient/résident entre les deux établissements, après s'être assuré de la disponibilité de lits ou en cas d'urgence après information du service des urgences par téléphone, dans le souci d'assurer la continuité de soins d'une part, d'éviter la redondance d'examen d'autre part, le praticien responsable de la structure médicale d'amont ou le médecin désigné par lui, ainsi que le responsable du personnel soignant, communiquent **au plus tard** avec la venue du patient/résident, au médecin de la structure d'accueil et à l'équipe de soins, les éléments du dossier du patient.

Pour une admission au Centre Hospitalier d'Arcachon la fiche présentée en annexe 2 à la convention comporte au moins :

- les coordonnées de la famille ou du tuteur, ou du référent, en indiquant s'il a été prévenu de l'hospitalisation ou non,
- la copie de l'attestation d'assuré social et celle de mutualiste,
- les motifs de l'hospitalisation,
- les antécédents,
- le traitement personnel en cours,
- la dernière grille AGGIR (elle peut parvenir plus tard),
- le nom du médecin traitant et le nom du médecin qui a demandé l'hospitalisation (si il est différent),
- l'inventaire des prothèses qui partent avec le résident/patient ;

Pour une sortie du Centre Hospitalier d'Arcachon, les documents qui doivent au plus tard accompagner les résidents/patients sont notamment :

- ♦ la fiche médicale ou le courrier médical avec le cas échéant copie des principaux éléments du dossier du patient (compte-rendu opératoire, thérapeutique, surveillances spécifiques...),
- ♦ l'ordonnance portant sur les traitements à suivre,
- ♦ la fiche de liaison infirmière (annexe 3).

Pour le cas où le patient a une prescription de médicaments délivrés uniquement à la pharmacie hospitalière, les équipes du Centre Hospitalier d'Arcachon et de la Maison de Retraite -E.H.P.A.D.-déterminent les modalités de l'approvisionnement initial avant le départ du patient, au cas par cas.

Font également l'objet d'une transmission les informations à caractère social, disponibles au Centre Hospitalier d'Arcachon, pour organiser la sortie des patients dans des conditions adaptées à sa situation.

#### **Article 12 - Suivi de soins après hospitalisation et consultations externes**

Lorsque, à l'issue de l'hospitalisation, l'évolution de l'état de santé du patient admis à la Maison de Retraite -E.H.P.A.D.-le nécessite, les équipes médicales et paramédicales se mettent en rapport en cas de besoin avec celles du Centre Hospitalier d'Arcachon.

Lorsque des consultations médicales sont prévues au Centre Hospitalier Arcachon, le service qui les réalise adresse sans délai un courrier médical ou une fiche de liaison médicale à destination du médecin coordonnateur ou du médecin traitant.

#### **Article 13 - Ré-admission**

Au cas où une prise en charge en phase aiguë s'avère nécessaire en raison de l'état de santé du patient/résident, le Centre Hospitalier d'Arcachon s'engage à le réadmettre sans délai, dans la mesure des lits disponibles.

#### **Article 14 - Dossier médical informatisé**

La transmission d'informations relatives aux patients, et notamment l'accès à son dossier, sera poursuivi avec la mise en place de réseaux de communication sécurisés, susceptibles d'une ouverture ultérieure à d'autres partenaires, après accord des deux établissements, et dans le respect de la délibération de la CNIL du 4 février 1997, portant adoption d'une recommandation sur le traitement des données de santé à caractère personnel.

### **SECTION 5 : GESTION ET EVALUATION DU PARTENARIAT**

#### **Article 15 - Evaluation de la qualité et de la continuité des soins**

La mise en place de procédures d'évaluation de la qualité des soins constitue un objectif majeur de la coopération à travers notamment :

- de la reconnaissance de référentiels diagnostiques et thérapeutiques,
- de l'enregistrement d'indicateurs communs.

Les équipes médicales ont pour objectif d'harmoniser leurs méthodes et leurs critères d'évaluation de la qualité des soins dispensés. Ils feront l'objet d'une annexe spécifique ultérieure. Cette évaluation sera portée à la connaissance des directions d'établissements.

#### **Article 16 - Evaluation de la convention**

Les Directeurs des deux établissements sont chargés de la mise en application de cette convention cadre et de l'ensemble des conventions particulières le cas échéant. Ils conviennent d'en évaluer les modalités d'application.

A cette fin, ils se réuniront au moins une fois par an. Les indicateurs de suivi de la convention sont les suivants:

- nombre d'incidents déclarés par écrit aux directions de non respect des termes de la convention ou des procédures (sans pour autant prévoir la mise en place de fiches de signalement),
- nombre de patients et de résidents transférés.

Des adaptations concertées de la convention ou de ses annexes seront mises en œuvre en fonction de ces évaluations.

#### **Article 17 - Avis et délibération des instances des établissements co-contractants**

La présente convention cadre est soumise à l'information des Conseils d'Administration et, pour avis, à la Commission Médicale d'Etablissement, à la Commission du Service des Soins Infirmiers et au Comité Technique d'Etablissement du Centre Hospitalier d'Arcachon.

#### **Article 18 - Projet d'établissement - réseau de soins**

Cette stratégie de coopération est intégrée dans le projet d'établissement des deux établissements. Elle pourra s'inscrire d'un commun accord dans un réseau de soins associant d'autres partenaires de la santé et du secteur médico-social.

#### **Article 19 - Date d'effet, durée et résiliation**

La présente convention cadre prend effet à la date de la signature. Elle est conclue pour une durée de trois ans, renouvelable par période d'un an par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des parties moyennant un préavis de trois mois.

Fait à La Teste de Buch

L'Attachée d'Administration Hospitalière  
chargée de La Maison de Retraite - EHPAD

Le Directeur  
du Centre Hospitalier d'Arcachon

#### **Annexes à la convention :**

- N°1 Demande d'admission dans un E.H.P.A.D.
- N°2 Fiche de demande de prise en charge au Centre Hospitalier
- N°3 Fiche de liaison infirmière

## Annexe 3 : Charte de la personne âgée dépendante

### 3- Charte de la personne âgée dépendante



- **Choix de vie** : toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- **Domicile et environnement** : le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- **Une vie sociale malgré les handicaps** : toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- **Présence et rôle des proches** : Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- **Patrimoine et revenus** : Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
- **Valorisation de l'activité** : Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.
- **Liberté de conscience et pratique religieuse** : toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- **Préserver l'autonomie et prévenir** : la prévention de la dépendance est nécessaire pour l'individu qui vieillit.
- **Droits aux soins** : toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- **Qualification des intervenants** : les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.
- **Respect de la fin de vie** : soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- **La recherche des droits et protection juridique de la personne** : toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.
- **L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion** : l'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

## Annexe 4 : Compte rendu de réunion des cadres avril 2010

**EXTRAIT REUNION CADRES**  
**DU 15 AVRIL 2010**

Début : 14h30

Fin : 17h30

Présents :

Rédacteur :

.....

Partenariat autour des personnes en fin de vie : CHA / HAD :

- Intervention chef de projet du CHA.

Présentation du CHA (missions de services publiques, culture, valeurs...).

La qualité et la continuité des soins sont des valeurs prévalentes au CHA.

Importance du travail de collaboration entre le CHA et l'HAD et autres intervenants du territoire de santé.

Constats suite à une étude réalisée par le chef de projet :

- Population âgée significative sur le territoire de santé (le CHA accueille 1/3 de personnes de + de 70 ans),
- Offre de soins diversifiées mais insuffisantes,
- Manque de coordination entre les différents acteurs du territoire de santé,
- Insuffisance de structures permettant l'accompagnement des personnes en fin de vie,
- Insuffisance de compétences spécifiques (démarche palliative non développée au CHA).

Souhait de renforcer la collaboration entre le CHA et l'HAD.

Nécessité d'un travail en commun et une formalisation par la contractualisation.

- Patient suivi par HAD, arrivant aux urgences, non connu en tant que tel.
- Peu d'outils en commun utilisés.
- Manque de communication et de coordination formalisée.

Projet de création d'une équipe mobile en soins palliatifs et d'une unité en soins palliatifs.

- Intervention HAD

Présentation de l'HAD (missions de services, culture, valeurs...) assez proche du CHA.

Un livret intitulé « *Informations à l'usage des professionnels de santé* » est remis en réunion.

L'activité de l'HAD est soumise à la tarification à l'activité,

La mise en œuvre des prestations de l'HAD passe par :

- une demande médicale, (hospitalier ou généraliste) qui peut être à l'initiative de la famille,

-un dossier spécifique dûment complété par le médecin demandeur. (Dossier dense et exhaustif, mais qui conditionne la recevabilité de la demande et permet à l'infirmière de l'HAD de faire un premier bilan),

- La transmission des données relevées par l'infirmière au médecin coordinateur de l'HAD,
- une cellule de concertation en fonction de chaque cas,
- un consensus entre l'HAD, le médecin traitant et la famille (le médecin traitant doit être en mesure d'assurer le relais systématiquement, en lien avec le coordinateur),
- un accord de toutes les parties intéressées.

Le délai d'accord est en moyenne de 3 jours.

#### Interventions IDE :

Sur le territoire du Bassin, les soins sont pratiqués par des infirmières libérales : l'HAD est partenaire avec une centaine d'entre elles.

#### Interventions médicales :

Le médecin généraliste du patient est le pivot du bon déroulement de l'HAD ; celle-ci est inhérente à son implication afin de garantir la continuité des soins.

Le médecin coordinateur assure le lien avec le praticien hospitalier et le médecin traitant.

Le service HAD ne dispose pas de PUI sur le territoire du Bassin ce qui crée certaines difficultés d'approvisionnement lors de réajustement de traitement en dernière minute. La PUI de l'HAD située à Bordeaux assure les rétrocessions de molécules onéreuses et des médicaments à délivrance hospitalière.

Les relations entre l'HAD et le CHA sont déjà développées mais pourraient s'améliorer :

- Le dossier spécifique pour tout suivi en HAD, n'est rempli que partiellement, ce qui pose des difficultés pour réaliser le bilan initial et la faisabilité de l'admission en HAD.
- L'HAD est rarement prévenue des hospitalisations de ses patients.
- Les transmissions de sortie ne sont pas toujours réalisées.

Effectivement, une amélioration de la communication et de la coordination entre l'HAD et le CHA serait bénéfique pour les patients et l'organisation des équipes.

.....

## Annexe 5 : Extrait de l'étude d'opportunité

**(Extrait)**  
**ETUDE D'OPPORTUNITE**  
**AU C.H D'ARCACHON**  
**Demande de lits identifiés et Equipe Mobile en Soins Palliatifs**

**A) PMSI PILOT : analyse RSS 2008**  
**Age et décès des patients :**

	NB de RSS	Age moyen patients	NB de Décès	% de décès	Age moyen décédés
C.H.A	10 472	57,88	270	2,58	81
<b>MIGS</b>	1756	67,99	<b>82</b>	<b>4,67</b>	74
NEURO.	888	64,68	36	4,05	85
GERIAT.	527	86,72	45	8,53	89
CARDIO.	979	76,6	25	2,55	86

**B) PMSI PILOT : analyse RSS 2008**  
**Code Z515 'Soins Palliatifs'**

- **Code DP Z515 : 79 séjours** (48 décès, 61%), Dont :

-Code DP Z515, DR cancer : 61 séjours

-GHM 'SP' (durée + 48h) : **64 séjours** (49 en médecine interne, 13 en gériatrie, 1 en neuro)

-Durée de 4 jours et + : **48 séjours éligibles** au tarif LISP (5557 euros/RSS, soit + 1282 euros)

-Plus-value : 48 RSS à 1282 euros : **61 536 euros**

**C) Evaluation de besoin en Lits de Soins Palliatifs**

- Code DP Z 515 : 79 RSS
- Classement en GHM SP : 64 RSS à DMS de 9 j.
- 365 j./9j.= 40 patients /an/L.I.S.P

- **Besoin : 80 patients / an soit 2 L.I.S.P**

- Plus-value annuelle prévisionnelle, avec un taux d'occupation des L.I.S.P à 80 % : 64 RSS à 1283 euros : **82 112 euros/an**

#### **D) Evaluation des moyens en personnel, pour 2 Lits de Soins Palliatifs**

- M.I.G.S : 25 lits
  - 9,2 ETP IDE (7 de jour et 2 de nuit) : 2 IDE/jour
  - Ratio standard : 1 IDE pour 12 lits
  - Renfort à hauteur de la plus-value T2A 2008 :
- + 1,8 E.T.P A.S ou + 1,3 E.T.P I.D.E**

#### **E) Contexte : création d'une Equipe Mobile en Soins Palliatifs**

- Crédits fléchés (juillet 2009) au C.H.A = 126 564 euros pour :

**0,5 ETP de Praticien hospitalier**

**1 ETP d'IDE**

**0,5 ETP de psychologue**

## Annexe 6 : Echelle de Bourreau

Echelle d'observation comportementale - EOC de BOURREAU

		spontanément	Lors de l'examen	total
<b>Pousse des gémissements, des plaintes</b> (expression de pleurs, de gémissements de cris avec ou sans larmes)	Absent	0		
	Faible	1		
	Marqué	2		
<b>Front plissé, crispation du visage</b> (expression du visage, du regard et mimiques douloureuses)	Absent	0		
	Faible	1		
	Marqué	2		
<b>Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos (assis ou allongé)</b> (recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée)	Absent	0		
	Faible	1		
	Marqué	2		
<b>Mouvements précautionneux</b> (à la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	Absent	0		
	Faible	1		
	Marqué	2		
<b>Agressivité/agitation ou Mutisme/prostration</b> (communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou repli sur soi)	Absent	0		
	Faible	1		
	Marqué	2		
Score		/10	/10	/20

Evaluation de la douleur chez le sujet non communicant (Observation par soignant)

## Annexe 7 : Convention HAD et EHPAD



**CONVENTION DE PARTENARIAT  
ENTRE UNE STRUCTURE D'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)  
EN UN ETABLISSEMENT HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES  
(EHPAD)**

Lorsque de manière ponctuelle un EHPAD n'est pas en mesure de pouvoir répondre aux besoins en soins d'un résident, il peut, afin d'éviter une hospitalisation complète, faire appel sur prescription médicale du médecin traitant au **service d'HAD de la Fondation Bagatelle** qui se portera alors partenaire dans la prise en charge pour des soins spécifiques comme précisé dans l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R.6121-4 du Code de la Santé publique

La décision d'admission en HAD d'un patient/résident, hébergé dans un EHPAD, doit faire l'objet d'une décision et d'une concertation collégiale entre les directions des deux structures après avis des deux médecins coordonnateurs.

L'HAD n'a pas pour vocation de venir couvrir le besoin médico-social de l'EHPAD et interviendra sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence. Les modalités de cette intervention et les responsabilités afférentes à chacun des deux partenaires sont clarifiées par cette convention.

Le document ci-après constitue convention de partenariat entre les deux signataires sur les modalités de l'intervention de l'HAD en EHPAD. Cette convention et la copie de l'autorisation annexée sont transmises par l'EHPAD à sa caisse-pivot, à la DASS et au conseil Général et par le HAD, à l'ARH.

**Article 1 – Objet de la convention**

Ce document établit les règles de partenariat qui vont fonder les relations entre :

**D'une part :**

.....  
**Numéro FINESS :** .....  
**Adresse :** .....  
**Représenté par** .....  
**Fonction :** .....

Etablissement bénéficiant d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles.

**Et d'autre part :**

**le service d'Hospitalisation à Domicile de la MSPB BAGATELLE**  
**Numéro FINESS : 330782327**  
**Adresse : 201 rue Robespierre – BP 48 – 33401 TALENCE**  
**Représenté par Monsieur**  
**Fonction : Directeur**

Cette convention a pour finalité de définir précisément les modes de fonctionnement, établis entre ces deux structures, lors d'une prise en charge par l'HAD d'un résident de l'EHPAD.

Les établissements (HAD et EHPAD) s'engagent à mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe du patient/résident, afin d'optimiser et sécuriser la prise en charge.



Toute mission confiée fait l'objet d'une note écrite signée sur le modèle de l'annexe 2. Son acceptation implique l'adhésion préalable à l'ensemble des éléments de la présente convention.

### **Article 2 Prescription de l'HAD :**

**L'HAD de la MSPB Bagatelle** est sollicitée sur demande du médecin traitant du résident/patient après avis du médecin coordonnateur de l'EHPAD .....

### **Article 3 : indications pour la prescription d'HAD en EHPAD**

L'intervention de l'HAD ne peut être réalisée que conformément à l'arrêté du 16 mars modifié par l'arrêté du 25 mars, lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'état du patient/résident nécessite une ou des interventions techniques de courte durée, justifiées par une ou des affections aiguës ou des poussées aiguës d'affections chroniques.
- le patient/résident, faute d'HAD, aurait dû être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation complète
- les modes de prises en charge principaux ou associés ne sont pas redondants avec ceux effectués par l'établissement d'hébergement (voir liste des indicateurs en annexe 1). Afin de justifier ce choix de recours, le médecin coordonnateur de l'EHPAD ..... inscrira dans le dossier de soins du patient les raisons qui l'ont amené à donner avis favorable à l'intervention de l'HAD.

### **Article 4 : les modalités de la prise en charge :**

Avant toute prise en charge dans le cadre de la présente convention, les parties médicales et administratives des deux structures signeront l'accord de prise en charge prévu à l'annexe 2.

En fin de prise en charge, dans le cadre des temps de coordination, l'anticipation de la sortie doit être effectuée par l'observation d'un délai de prévenance.

### **Article 5 : Le protocole de soins**

Chaque mission donnera lieu systématiquement à la signature entre les deux établissements d'un protocole de soins, intégrant les modalités spécifiques de chaque prise en charge d'un patient/résident. Le modèle de ce protocole figure en annexe 3.

Toute modification de la prise en charge donnera lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins, Cette réactualisation sera effectuée, si nécessaire, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les personnels des deux établissements.

### **Article 6 : Articulation des missions et responsabilités entre les deux structures :**

Au moment même de l'intervention de l'HAD en EHPAD, les deux structures s'entendent sur une répartition des missions et responsabilités précisées ci-dessous.

### **Missions propres à L'EHPAD**

L'EHPAD s'engage à assumer les missions et responsabilités suivantes :

#### **A – Répondre aux besoins sociaux (hébergement) suivants**

- Mise en place d'un logement principal,
- Présence de mobiliers et sanitaires,
- Présence de dispositifs d'alerte,
- Fourniture de linge et de literie,
- Blanchissage du linge personnel,
- Ménage et entretien des installations,
- Restauration (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner, ...),
- Assurer un régime alimentaire prescrit par le médecin traitant
- Installations techniques non médicales (télévision, téléphone, ...),
- Assurer le respect et la sécurité du résident,



- Présence de personnel 24h/24,

B – Répondre aux besoins médico-sociaux (dépendance) suivants :

- Assurer une bonne hygiène du patient/résident,
- Permettre au résident, une autonomie optimisée (déplacements, incontinence, ...),
- Aménagement des locaux pour l'autonomie des personnes,
- Développement d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne,

C – Répondre aux besoins sanitaires (soins) suivants :

- Il revient à l'EHPAD la fourniture du dossier de soins propre à l'établissement. Il assure la garde, la confidentialité et l'accès des soignants au dossier HAD. A cet égard, les garanties relatives au respect du secret professionnel et à la confidentialité des informations seront mises en œuvre.
- En cas de problème médical survenant en dehors de la présence du personnel HAD, l'EHPAD s'engage à tout mettre en œuvre pour assurer la continuité des soins, en faisant appel, si besoin est, aux services médicaux d'urgence.
- Dispensation des soins aides-soignants (soins de confort, exemple : massages) par l'EHPAD. Les aides soignants envoyés par le HAD auront des missions propres induites par l'hospitalisation et n'auront pas vocation à se substituer au personnel de l'EHPAD.
- Traitement des déchets hospitaliers (y compris les déchets générés par l'activité du HAD)
- Fourniture du matériel médical nécessaire à la prise en charge de la personne en dehors du cadre de la mission du HAD

**Les responsabilités propres à l'EHPAD**

- Actes effectués par les salariés de l'EHPAD
- Sécurité du résident pour la prestation hébergement
- Subordination du personnel de l'EHPAD

**Les missions propres au HAD**

Le HAD s'engage à assumer les missions et responsabilités suivantes :

Réponses aux besoins sanitaires suivants:

- Enregistrement des besoins thérapeutiques et de soins,
- Prise de décisions administratives au sein du HAD,
- Fourniture du matériel et des médicaments spécifiques à la prise en charge HAD,
- Dispensation des soins infirmiers spécifiques à la prise en charge HAD,
- Fourniture du dossier de soins propre à sa mission,
- Le HAD prend en charge les transports qu'il prescrit (ex : ambulance ou taxi dans le cadre d'une consultation demandée par l'HAD),
- Le HAD prend en charge les professionnels qui interviennent à sa demande et dans le cadre de sa mission (ex : infirmière CLIN, psychologue, ergothérapeute).
- En revanche, les travailleurs sociaux de l'HAD n'interviennent pas auprès des patients hébergés en EHPAD.

**Les responsabilités propres au HAD**

- L'ensemble des actes sanitaires, qualité des soins, médicaments, matériels, suivi médical spécifiques à la prise en charge HAD,
- Actes effectués par les salariés de l'HAD,



- Subordination du personnel de l'HAD,
- Conservation du dossier de soins original,
- A l'issue de la prise en charge, envoi d'une copie du dossier de soins aux partenaires de la prise en charge, à leur demande
- Continuité des soins infirmiers 24h/24 dans le cadre de sa mission (il est précisé qu'il n'y a pas de permanence médicale)

### **Les missions partagées par le HAD et l'EHPAD :**

Dans le cadre de l'hospitalisation, le HAD et l'EHPAD doivent mettre en place des actions complémentaires. Dans le cadre de ces actions, les responsabilités respectives des deux structures sont clarifiées et expliquées dans l'annexe 3 de la convention. Ce document doit être rédigé et signé par les deux structures.

### **Les actions complémentaires devront être mis en place conjointement sur les items suivants :**

#### En terme de réponse aux besoins sanitaires

##### 1) généralité

- Mise en place d'une fiche type de prise en charge conjointe,
- Visite de pré-admission HAD,
- Elaboration du dossier de soins,
- Garantie de l'accès partagé aux professionnels du dossier du patient (*les deux dossiers sont rangés au même endroit et accessibles aux deux équipes*),
- Détermination du projet de soins,
- Détermination des moyens nécessaires (humains, techniques, administratifs et de communication),
- Coordination des acteurs des deux structures (soignants, médico-sociaux, sociaux),
- Saisie des soins effectués,
- Saisie des informations nécessaires à la bonne prise en charge (changement de traitement, état du patient, ré hospitalisation),
- Saisie des commandes de consommables spécifiques à la prise en charge de chaque structure,
- Tenue du dossier de soins,
- Tenue, gestion et participation à des réunions de coordination régulières,
- Respect du secret professionnel,
- Modification ou réajustement du protocole de soins par les infirmiers,
- Dispensations des soins infirmiers spécifiques à la prise en charge de chaque structure,
- Coordination sur le plan médical, entre médecins,
- Engagement pour chaque structure à organiser les remplacements pour ses missions,
- Adaptation des contrats d'assurance pour la prise en charge conjointe,
- Intervention du CLIN de l'HAD au moins une fois dans chaque EHPAD.

#### Fonctionnement au quotidien

- A chaque passage, les actes effectués par le personnel seront mentionnés dans le dossier de soins,
- Initiative de prise en charge des temps pluridisciplinaires,
- Participation aux commissions telle que celles du CLIN,
- Mise en place d'outils d'évaluation de la qualité de la prise en charge (cf. grille d'évaluation à utiliser après chaque prise en charge),
- Engagement à dispenser des soins au regard du projet de soins.

### **Article 7 : Les responsabilités partagées**



Sur le plan médical (médecin traitant, médecin coordonnateur EHPAD et HAD):

- Non substitution des médecins coordonnateurs des deux structures au médecin traitant,
- Les rôles des médecins coordonnateurs, tel que prévu dans les textes seront suivis,
- Relation des médecins coordonnateurs et médecin traitants,
- Les médecins coordonnateurs doivent tout mettre en œuvre pour assurer une information optimale auprès de leurs confrères,

Sur le plan para-médical et de la coordination des soins :

- Coordination étroite entre les infirmiers référents de chaque structure,
- Analyse des services et moyens nécessaires pour répondre aux besoins du patient/résident,
- Actualisation du dossier de patient,
- Mise en place de temps de coordination selon le type de prise en charge.

**Article 8 – Gestion du circuit du médicament :**

Les signataires confirment le mode de gestion des médicaments.

La prise en charge (approvisionnement, dispensation) :

- des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires au traitement de(s) pathologie(s) intercurrente(s) ayant justifié l'intervention du service **d' HAD de la MSPB Bagatelle** est assurée et financée par cette dernière sur prescription spécifique du médecin traitant,
- des médicaments et dispositifs médicaux habituellement prescrits par le même médecin traitant pour le patient/résident dans le cadre des soins pris en charge par **l'EHPAD** .....est assurée et éventuellement financée (financement assuré dans le cas de tarif partiel avec PUI ou de tarif complet) par ce dernier.

**La répartition de cette prise en charge est explicitée dans l'annexe 4.**

**Le médecin traitant, prescripteur unique dans les deux cas veille à la compatibilité des deux prescriptions.**

**Article 9 : le dossier de soins et renseignements**

**L'EHPAD ..... et le service d'HAD de la MSPB Bagatelle** décident qu'au cours de l'intervention de l'HAD en EHPAD pour la prise en charge d'un résident / patient :

Le dossier de soins de l'EHPAD est fourni par l'EHPAD ; il est accessible à l'HAD. Le dossier de soins du HAD est fourni par le HAD. Celui-ci doit être tenu à la disposition des intervenants dans le bureau des infirmières. L'EHPAD garantit le respect du secret professionnel et la confidentialité du dossier.

**Article 10 – Evaluation du partenariat**

Les deux signataires s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour évaluation de leur coopération dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention. Cette évaluation portera au minimum sur les points suivants :

- Délai d'attente avant l'intervention HAD
- Nombre de demandes d'hospitalisation HAD non satisfaites et raisons invoquées par cette dernière.
- Nombre de journées d'hospitalisation complète en cours d'hébergement
- Nombre de journées d'HAD
- Qualité de la coordination entre les différents intervenants de l'HAD
- Qualité de la coordination des soins entre les deux structures



Cette évaluation sera adressée annuellement à la CRAM concernée ainsi qu'à la caisse qui verse la dotation soins de l'EHPAD

**Article 11 – Durée et résiliation**

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois.

Les deux parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à organiser une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends évoqués. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre au minimum sur des modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des patients/résidents au cours de la phase de transition.

Fait à ....., le .....

*Pour l'EHPAD*

*Pour l'HAD*

## Annexe 8 : Charte Alliance 33



## Charte

De la fédération

« Alliance, jusqu'au bout accompagner la vie... »

Et de ses associations adhérentes

Reconnue d'utilité publique

## Une éthique

Alliance s'inscrit dans le mouvement des soins palliatifs qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance morale, à préserver la qualité de vie, la dignité de la personne et à soutenir son entourage.

Alliance cherche à répondre aux besoins de ceux qui souffrent.

Alliance a une conception globale de la personne dans le respect de la vie jusqu'au bout.

Alliance refuse toute action pouvant provoquer la mort.

Alliance pose comme valeurs fondamentales l'humanité et la singularité de tout être, l'écoute et le respect de la personne malade et de sa famille.

## Des objectifs

### Répondre

Par son engagement à la détresse et à la demande des personnes confrontées à la souffrance physique et/ ou morale, et à l'approche de la mort (art.1<sup>er</sup> des statuts).

### Accompagner

- des personnes atteintes d'une maladie grave et leurs familles, par des bénévoles formés, pour un lien entre la personne gravement malade, sa famille, ses amis, les soignants, son entourage.

- des personnes endeuillées, par un soutien individuel ou en groupe.

### Sensibiliser

la société à un autre regard sur la maladie grave, la fin de la vie et le deuil.

### Former

à un apprentissage à vivre sa propre vie le plus pleinement possible jusqu'à sa fin.

### Contribuer

- à une recherche face aux multiples interrogations soulevées par la mort
- à la formation d'équipes de bénévoles accompagnants.

**Au sein de ses associations adhérentes, la fédération met en œuvre**

#### **Des actions**

L'accompagnement en équipe à domicile et en institution par :

- la présence-écoute : relation directe avec la personne malade ou endeuillée pour apporter assistance, écoute et soutien.
- la présence-garde afin de libérer occasionnellement les membres de la famille.
- l'escorte lors des déplacements de la personne malade.
- le transport en voiture des membres de la famille.
- l'aide à la vie quotidienne : courses, animaux, démarches...

En ne voulant jamais être en concurrence avec les professionnels.

#### **La formation**

Formation à l'adresse des professionnels et des institutions, formation initiale et continue des bénévoles.

#### **La sensibilisation de la société par :**

- des permanences d'accueil et d'écoute proposée dans tous les lieux de vie d'Alliance.
- un cycle de formation de 48heures ouvert au grand public.
- des réunions de réflexion- partage à l'intention de tous.
- des informations par le biais de conférences publiques, de journées régionales, de publication de bulletins, de forums, de congrès, d'interventions dans des écoles, des organismes spécialisés, des hôpitaux, des centres de formation de soignants et travailleurs sociaux, de réalisations de documents audio visuels, de communications médiatiques...

#### **Des principes d'action**

##### **Pour le bénévole accompagnant.**

- il tend à être auprès de la personne accompagnée et de sa famille, une présence vraie, aimante et respectueuse.
- il respecte la parole reçue de la personne et/ ou de son entourage, tend à ne pas l'interpréter et se sait tenu à la confidentialité et la discrétion.
- il veille à ne pas prendre la place de la famille, des amis de la personne accompagnée. Il respecte la dignité et l'intimité de la personne.
- il respecte les opinions politiques, philosophiques, religieuses de la personne accompagnée et de son entourage.

- il ne se substitue pas aux professionnels. Il est en complémentarité avec les différents intervenants.

#### Un engagement associatif

##### Le bénévole s'engage à :

respecter cette charte dans le cadre de son service, participer à la vie associative, travailler en équipe, se former pour approfondir son action bénévole.

##### La fédération et ses associations adhérentes s'engagent à :

coordonner les actions, former et sélectionner les bénévoles, soutenir leur service, mettre en commun les expériences, favoriser les rencontres et les échanges et promouvoir une solidarité humaine.

## Annexe 9 : Calendrier prévisionnel du projet



CALENDRIER PREVISIONNEL DU PROJET DE PARTENARIAT AUTOUR DES PERSONNES EN FIN DE VIE

MOIS	2012											
	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Réunions CHA/HAD			Bilan semestriel						Bilan annuel			
Réunions groupe référents CHA									Fin du projet →			
Equipe mobile soins palliatifs												Bilan activité 2012
Formations												
DU												
DIU												
Institutionnelles												
Bénévoles						Réunion annuelle Evaluation						BILAN ACTIVITE 2012
EMSP/ EHPAD	(IV)											
Clinique/CHA	ETAT DES LIEUX		OUTILS PARTAGES		EVALUATION OUTILS AJUSTEMENT				PREPARATION CONVENTION		SIGNATURE CONVENTION (NB)	

**LEGENDE :** (IV) Réflexion et travail en collaboration EHPAD du territoire/EMSP du CHA (adaptation du projet et calendrier selon crédits fléchés). (NB) Prévoir une évaluation à 3 mois, 6 mois et 1 an. Puis envisager une réunion annuelle. Le groupe de travail constitué de référents du CHA collabore de manière transversale aux différentes activités (outils, rédaction de protocoles, évaluations...)

## Annexe 10 : Budget prévisionnel

**CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON  
BUDGET PREVISIONNEL 2011  
PROJET PARTENARIAT AUTOUR DES PERSONNES EN FIN DE  
VIE**

**I DESCRIPTION ET ORGANISATION DU PROJET :**

L'objectif est de développer un partenariat avec les soins de ville et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire intermédiaire de santé ; Dans le but d'accompagner les personnes en fin de vie selon la démarche palliative, en développant les compétences du personnel du CHA.

- Autorisée au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, l'objectif est de mettre en place une EMSP qui réponde aux préconisations du SROS. Elle devra prendre en charge les patients, les proches dans les aspects : médical, soignant, psychologique, social.

- l'orientation stratégique de formation sur les soins palliatifs doit être valorisée car il s'agit d'un projet institutionnel prévalent. Les grandes masses du plan de formation se répartissent entre :

- les axes institutionnels
- les demandes individuelles
- les projets de service
- le plan de formation hygiène
- les préparations concours et promotions professionnelles.

Afin d'évaluer le coût de formation du personnel pour l'année 2011, je me suis basée sur le budget 2010, car il ne varie guère d'un exercice à l'autre.

Les formations concerneront essentiellement les trois premiers axes.

(Le budget de formation global des personnels non médicaux, correspond au minimum à 2,1% de la masse salariale).

- Les dépenses à caractère médical et hôtelier pour le fonctionnement de ce projet sont également prévues, ainsi qu'une section d'investissement prévisionnelle.

- Il est à noter que l'EMSP utilisera un véhicule de service pour ses déplacements.

## **II SECTION D'EXPLOITATION PREVISIONNELLE 2011 :**

<b>CHARGES PERSONNEL (Titre 1)</b>	<b>NOMBRE D'ETP NECESSAIRE AU PROJET</b>	<b>VALORISATION DES ETP SUPPLEMENTAIRE EN EUROS</b>
<b>MEDICAL</b> Praticien hospitalier temps plein	0,5	60 000
<b>NON MEDICAL</b> Infirmière	1	52 500
Psychologue	0,5	26 900
secrétaire	0,3	10 400
<b>TOTAL CHARGES PERSONNEL</b>		<b>149 800</b>

<b>CATEGORIES FORMATION (Titre 1)</b>	<b>MONTANT EN EUROS</b>
Axe institutionnel	4 000
Demandes individuelles (3 DU / 1 DIU)	6 300
Projet de service (médecine interne)	2 000
<b>TOTAL</b>	<b>12 300</b>

<b>CHARGES DE STRUCTURES</b>	<b>MONTANT</b>
Produits pharmaceutiques et petit matériel médical (Titre 2)	10 000
Dépenses d'hôtellerie et prestations à caractère général (Titre 3)	5 000
<b>Total</b>	<b>15 000</b>

### **CHARGES D'EXPLOITATION TOTALES**

<b>TITRES</b>	<b>TOTAL</b>
(1) Personnel	149 800
(1) Formations	12 300
(2) Caractère médical	10 000
(3) Caractère hôtelier et général	5 000
<b>TOTAL TITRE 1 A 3</b>	<b>177 100</b>

### **SECTION INVESTISSEMENT PREVISIONNELLE 2011**

<b>TITRE 4</b>	<b>MONTANT EN EUROS</b>
Mobilier (amortissement 10 ans)	500
Matériel (amortissement 5 ans)	500
<b>TOTAL</b>	<b>1 000</b>

## Annexe 11 : Dossier passerelle



**Dossier « PASSERELLE DE DEMANDE D'ADMISSION »**

(Document confidentiel à remplir par un médecin et à adresser au Médecin Coordonnateur de l'H.A.D.)  
FAX n° : 05.57.12.34.31

**Date de la demande :**

**Date d'entrée souhaitée :**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>	<b>Date de naissance :</b>	
	<b>Tél. :</b>	
<b>N° S.S. :</b>	<b>Centre S.S. :</b>	
<input type="checkbox"/> 100 % A.L.D.	<input type="checkbox"/> Pas d'EXO	<input type="checkbox"/> C.M.U.

♦ **Etablissement et Service Hospitalier :**

♦ Nom du médecin hospitalier référent :

♦ Coordonnées du médecin traitant :

**Le patient est également suivi par :**

♦ Les médecins spécialistes suivants (merci de préciser qualité et lieu d'exercice)

▫ Dr

▫ Dr

♦ Psychologue, psychothérapeute, psychiatre :

♦ Services sociaux (*nom du référent*) :

♦ Tutelle ou curatelle (*nom du référent*) :

**La demande de retour à domicile a été faite par :**

le patient

famille en priorité

médecin traitant

patient en accord avec la famille

service hospitalier

autre

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Dr

certifie que l'état de santé de

**M. – Mme**

ayant encore besoin d'une surveillance et de soins actifs, nécessite une prise en charge de 30 jours renouvelables en Hospitalisation à Domicile.

**A**

**le**

**Signature et tampon**

**PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE H.A.D.**

♦ **Diagnostic et localisation(s) :**

♦ **Date de début :**

♦ **Résumé succinct de l'histoire et des traitements antérieurs :**

♦ **Etat clinique :**  
symptômes présents actuellement

**Autres antécédents ou pathologies associées :**

Objectifs de l'hospitalisation à domicile :

Caractère d'urgence de la demande (préciser pourquoi) :

**INFORMATIONS POUR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

♦ **Autonomie :**

- Grabataire
- Lever au fauteuil
- Marche seul dans la chambre
- Marche seul dans les couloirs

♦ **Evolution actuelle :**

- Favorable avec objectif d'amélioration, de guérison ou de rémission possible
- Incertaine car rechute en cours ou probable
- stabilisée - chronicité
- Situation palliative
- symptomatique (pronostic > 3 mois)
- évoluée (pronostic < 3mois)
- terminale (pronostic < 1mois)

♦ **Temps de soins / jour :**

- Toilette :  autonome  aide partielle  complète au lit  
Etat cutané :  normal  escarres  plaie chirurgicale

♦ **Alimentation :**

- alimentation entérale
  - normale per os
  - avec aide
  - alimentation parentérale
- sonde nasogastrique  Nb de gavages / jour
- gastrostomie
- jéjunostomie
- Produits

♦ **Respiration :**

- trachéotomie
- aspirations
- oxygène
- assistance mécanisée

### VECU FAMILIAL

- ♦ Entourage au domicile  vit seul  en couple (sans enfant au domicile)  
 En couple avec enfant  < 12 ans  12ans et +  
 chez parents  autre
- ♦ Personne référente :
- ♦ Famille informée du diagnostic  oui  non du pronostic  oui  non
- ♦ Conflits familiaux  Problèmes financiers  Epuisement
- ♦ Soutien psychologique de la famille nécessaire  oui  non  
déjà assuré par thérapeute  oui  non
- ♦ Commentaires / vécu familial

### PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT :

- ♦ **Malade informé du diagnostic**  oui  non  
⇒ Si la réponse est **NON**, qu'est-ce qui a été dit au malade ?  
  
⇒ En cas de **pronostic défavorable**, le malade a été informé  oui  non
- ♦ **Vécu psycho-affectif du patient :**
  - anxiété / angoisses  colère / agressivité  demande d'euthanasie
  - déni  troubles du sommeil
  - tristesse / dépression  agitation / confusion
- ♦ **Suivi psychologique en cours**  oui  non  équipe mobile de soins palliatifs
- ♦ **Commentaires par rapport à la prise en charge à domicile**

### TRAITEMENTS

- ♦ **Traitements en cours :**
  - chimiothérapie  à visée curative  radiothérapie  à visée curative
  - palliative  antalgique
- ♦ **Prescriptions anticipées :** merci de compléter la feuille jointe
- ♦ **Traitements au domicile à prévoir**

## Annexe 12 : Fiche de déclaration d'évènement indésirable du CHA

	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT - Manuel Qualité 3	Référence : FE/QPR/003
	<b>Fiche de signalement d'un événement indésirable N°</b>	
		Version : 7
		Date d'application : Avril 2009
		Page 1 sur 1

**PROFESSIONNEL DECLARANT / VICTIMES ET TEMOINS DE VIOLENCE**

Nom prénom déclarant .....	Témoins d'une agression verbale ou physique :
Service.....	Nom(s) prénom(s) .....
Fonction.....	Fonction(s) .....
Date et Heure de la déclaration .....	Adresse (si extérieur) .....
Signature.....	Signature(s) .....

**PERSONNE CONCERNEE PAR L'EVENEMENT / AGRESSEUR**

Nom, prénom (facultatif, 3 lettres pour le nom du patient).....

Date, Heure et lieu de l'événement indésirable .....

Patient     
  Visiteur     
  Personnel     
  Praticien     
  Autre : .....

↳ service et fonction : .....

**EVENEMENT INDESIRABLE PORTANT SUR :**

*Transmettre cette fiche remplie au cadre et au chef de service qui l'enverra au qualicien après avoir recherché une action immédiate*

<input type="checkbox"/> Droits et information du patient <input type="checkbox"/> Dossier patient <input type="checkbox"/> Organisation de la prise en charge du patient <input type="checkbox"/> Management de l'établissement et des activités <input type="checkbox"/> Gestion des ressources transversales (ressources humaines, Système d'information, Logistique) <input type="checkbox"/> Qualité et prévention des risques	<input type="checkbox"/> Evènement Indésirable Grave (Cf. PR/QPR/007) <input type="checkbox"/> Violence (N'oubliez pas de mentionner le nom et prénom de l'auteur des faits / le nom, prénom, fonction, adresse et signature des témoins) <input type="checkbox"/> Escarres <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Autre : ..... Pour les vigilances sanitaires <u>renseigner seulement les fiches spécifiques</u>
--	---

**DESCRIPTION BREVE DE L'EVENEMENT INDESIRABLE**

(Dans ce cadre, préciser les faits qui vous amènent à faire cette déclaration. Ne pas interpréter, ni porter de jugement).

**ACTION IMMEDIATE MISE EN PLACE**

**ACTION CORRECTRICE PROPOSEE / SUITE DESIREE pour une situation de violence**

**ORIENTATION DU SIGNALEMENT**

Par le déclarant

L'original est donné systématiquement à :  au cadre et chef de service    Un double a pu être donné à : .....

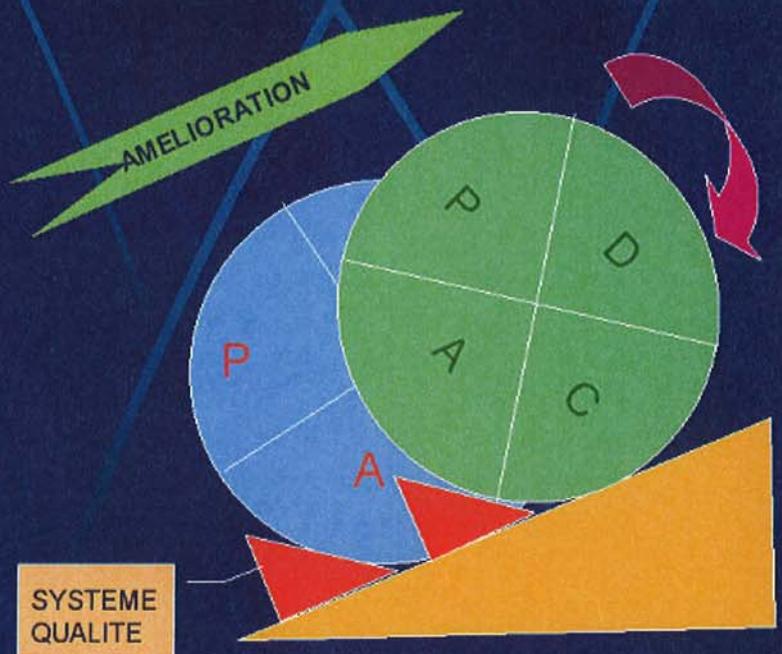
Par la cellule qualité et gestion des risque :

Directeur     
  Pour traitement : .....     
  à traiter en lien avec: .....

## Annexe 13 : Roue de Deming

# La roue de Deming

- P<sub>LAN</sub>
- D<sub>O</sub>
- C<sub>HECK</sub>
- A<sub>CT</sub>



## LEGENDE :

- PLAN : Planifier / Anticiper
- DO : Faire / Développer
- CHECK : Vérifier / Contrôler
- ACT : Agir / Réagir