

**Master 2 Pilotage des Politiques
et Actions en Santé Publique**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : Juillet 2011

**Le Pôle de Santé Pluridisciplinaire
peut-il améliorer le parcours de soins
coordonnés de la personne âgée ?**

**Etude sur une aire de santé dans le Lot-et-
Garonne**

Monique FAVRELIÈRE

Remerciements

Mes remerciements à la délégation territoriale de l'ARS du Lot-et-Garonne qui m'a permis de mener cette étude sur une aire de santé, à Monsieur Henri DUBOIS ainsi qu'à l'équipe technique de la CODDEM,

Toute ma reconnaissance à Monsieur François-Xavier SCHWEYER de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique qui a accepté de m'accompagner durant toute la rédaction du mémoire,

Je remercie également tous les acteurs, professionnels et élus, qui m'ont accueilli lors des entretiens, pour leur disponibilité et sans lesquels cette étude n'aurait pas pu voir le jour,

Mes sincères remerciements à l'équipe pédagogique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, particulièrement à Monsieur Alain JOURDAIN en responsabilité de ce master et à Madame Régine MAFFEÏ, assistante pédagogique, toujours prête à rendre service avec bonne humeur,

Enfin, merci à Pierre et à mes enfants, Nicolas et Eva, d'avoir compris mon besoin d'étancher ma soif de connaissance, même à 50 ans.

Sommaire

Introduction.....	1
1 A la recherche d'une meilleure coordination des soins.....	7
1.1 Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant : un cadre législatif porteur d'une nouvelle organisation.....	7
1.1.1 Une nécessaire structuration : <i>de la maîtrise des dépenses ... à l'amélioration de la qualité des soins</i>	7
1.1.2 Le parcours de soins devient un outil de gestion	10
1.2 L'exercice regroupé et partagé	11
1.2.1 L'exercice en groupe : une organisation pas si neuve !.....	11
1.2.2 Des constats imposent des adaptations indispensables de notre système de santé	12
1.2.3 L'émergence de l'exercice pluri professionnel plébiscité	13
1.2.4 Une dynamique nouvelle soutenue par les pouvoirs publics	14
1.2.5 Les structures pluridisciplinaires	14
1.2.6 Points de vue des usagers sur les transformations de l'offre de soins	16
1.3 La coordination, une construction sociale complexe	17
1.3.1 La proximité des professionnels au sein d'un Pôle de Santé Pluridisciplinaire n'est pas une condition suffisante pour se coordonner.....	17
1.3.2 Le passage de la logique professionnelle à la logique interprofessionnelle.	17
1.3.3 Le médecin est-il un coordonnateur naturel ?	20
1.3.4 Les réserves des médecins face à de nouveaux champs exploratoires	21
1.3.5 Des logiques coopératives, un mouvement inéluctable ?.....	22
1.3.6 Un regard sur des expériences étrangères	23
2 L'analyse de la situation dans le Lot et Garonne.....	25
2.1 Le Lot et Garonne : une situation locale défavorable qui conduit les institutions à réagir	25
2.1.1 Une démographie vieillissante	25

2.1.2	Profil médico-social des personnes âgées du Lot et Garonne marqué par des signes de précarité	26
2.1.3	Une offre de santé à renforcer sur l'aire de santé.....	26
2.1.4	La convergence d'objectifs des acteurs institutionnels	28
2.1.5	Le pôle de santé territorial de l'aire de santé de Miramont Duras	30
2.2	Analyse des résultats	31
2.3	Discussion.....	46
2.4	Les limites	53
3	Pistes de travail et suggestions	55
3.1	Renforcer les conditions d'une meilleure communication entre les professionnels 55	
3.2	Valoriser un outil d'évaluation des capacités/incapacités de la personne âgées 57	
3.3	Introduire une fonction de coordination gériatrique des acteurs pour une gestion optimisée des interventions sur le PSP.....	60
	Conclusion	63
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	II

Liste des sigles utilisés

A.G.G.I.R. Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
A.N.A.P. Agence Nationale d'Appui à la Performance
A.P.A. Allocation Personnalisée à l'Autonomie
A.R.S. Agence Régionale de Santé
B.D.S.P. Banque de Données en Santé Publique
C.C.A.S. Centre Communal d'Action Sociale
C.D.O.M. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
C.H.I.C. Centre Hospitalier Intercommunal
C.L.I.C. Centre Local d'Information et de Coordination
C.M.U.C. Couverture Maladie Universelle Complémentaire
C.N.O.M. Conseil National de l'Ordre des Médecins
C.P.O.M. Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.S.P. Code de Santé Publique
C.S.P. Centre de Santé Primaire
C.L.S. Contrat Local de Santé
D.M.P. Dossier Médical Personnel
D.M.S. Durée Moyenne de Séjour
D.R.E.E.S. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
E.H.P.A.D. Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.T.P. Education Thérapeutique du Patient
F.I.Q.C.S. Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination de Soins
G.C.M.S. Groupement de Coopération Médico-Sociale
H.A.S. Haute Autorité de Santé
H.C.A.A.M. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
H.I.D. Handicap Incapacités Déficiences
H.P.S.T. Hôpital, Patients, Santé et Territoire
I.N.S.E.E. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
I.N.S.E.R.M. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
I.R.D.E.S. Institut de Recherche et de Documentation et Economie de la Santé
I.G.A.S. Inspection Générale des Affaires Sociales
M.S.P. Maison de Santé Pluridisciplinaire
N.M.R. Nouveaux Modes de Rémunération
N.T.I.C. Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication
O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé
O.N.D.P.S. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

O.R.S. Observatoire Régional de Santé
P.A.S.S. Permanence d'Accès aux Soins de Santé
P.M.I. Protection Maternelle et Infantile
P.S.P. Pôle de Santé Pluridisciplinaire
P.T.S. Projet Territorial de Santé
R.S.A. Revenu de Solidarité Active
S.M.A.F. Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
S.S.I.A.D. Service de Soins Infirmiers à Domicile
S.S.R. Soins de Suite et de Réadaptation
U.N.I.O.P.P.S. Union Nationale Interfédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux

Introduction

La prise en charge des personnes âgées fragiles devient un enjeu majeur pour notre système de santé. Les récentes transitions démographiques et épidémiologiques traduisent une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de poli pathologies et de maladies chroniques dont les conséquences sont à l'origine de la dépendance pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Elle requiert des soins plus complexes, continus et nécessite une approche bio-psycho-sociale par l'intervention de plusieurs disciplines rendant nécessaire et indispensable la collaboration de ces professionnels. Ce d'autant que la prise en charge justifie des allers et retours entre différents lieux de soins : domicile, hospitalisation, structure médico-sociale,....

En France, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 22.9 % de la population et la part des personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 45 % en vingt ans. En 2009, 689 000¹ personnes âgées vivant à domicile sont confrontées à la dépendance (du besoin d'aide à la toilette au confinement au lit) et perçoivent à ce titre l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. En 2050, une personne sur trois aurait plus de 60 ans.

Notre système de santé n'est pas adapté pour leur apporter une réponse qui soit cohérente et efficiente. Ces personnes âgées constituent une relative minorité mais elles représentent pourtant une majorité disproportionnée d'utilisateurs de services sanitaires. En effet, l'organisation en tuyaux d'orgue entre le sanitaire, le médico-social et le social, la prise en charge ambulatoire et celle hospitalière crée ainsi un décalage dans la réponse apportée aux personnes âgées entre la dispensation des soins - fragmentée et axée sur le curatif - et les besoins - continus et axés sur le soutien. A ce tableau, s'ajoute l'existence d'une accumulation de structures compliquant à l'extrême la lisibilité de l'action publique que peuvent avoir les usagers et les professionnels. La multiplicité des acteurs en présence entre les lieux de soins et le suivi de la prise en charge oblige à de la communication pour une véritable qualité des soins. Pourtant celle-ci reste très difficile, voire quasi inexistante. A quoi s'ajoute le fait que chaque intervenant a son identité propre déterminant sa réponse aux besoins en fonction de sa profession.

L'analyse du processus de prise en charge de la personne âgée avec des soins complexes montre l'interdépendance des professionnels dans le parcours de santé et l'intérêt d'une vision d'ensemble partagée, non parcellaire, ni concurrente. Au plan intellectuel, l'approche globale fait souvent consensus parmi les professionnels. Cela néces-

¹ Debout Clotilde et Seak-Hy Lo, novembre 2009, « Etudes et résultats ». DREES, n°710

site de sortir de sa logique professionnelle pour construire des relations interprofessionnelles².

Malgré cet idéal partagé, le sujet de la coordination dans le secteur gériatrique abordé dès 1962³ dans le rapport Laroque peine véritablement à s'ancrer dans les pratiques professionnelles. La réponse publique aux initiatives de terrain comme les réseaux et filières de soins⁴ suivis des réseaux de santé⁵ et des C.L.I.C⁶ montre des effets très mitigés. Cependant, le retour d'expérience pointe l'efficacité d'une organisation du travail plus collective s'appuyant sur l'adhésion des partenaires.

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie crée le dispositif du « parcours de soins coordonnés ». Elle s'appuie sur le dossier médical personnel (D.M.P.) qui doit contenir toutes informations relatives à la santé du patient nécessaires aux professionnels créant les « ponts » entre la ville et l'hôpital.

Mais pour être valide ce dispositif doit réunir tous les morceaux du puzzle parmi lesquels le médecin généraliste. Plusieurs moyens d'actions sont déployés dont l'un d'eux porte sur la prise en compte des aspirations des jeunes générations de médecins à exercer leur métier de façon regroupée et pluri professionnelle. La loi dite H.P.S.T. de juillet 2009 définit les structures pluridisciplinaires et confie l'organisation territoriale de l'accès aux soins aux agences régionales de santé.

Si exercer en maison de santé et/ou en pôle de santé pluridisciplinaire⁷ permet le rapprochement de professionnels de santé, peut-on en déduire que ce mode d'exercice contribue tout naturellement à la coordination des acteurs intervenant dans le parcours de soins de la personne âgée ?

L'expression utilisée « pluridisciplinaire » signifie « la mise en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente⁸ » ce qui sous tend la juxtaposition d'acteurs aux diverses compétences conservant leur pleine autonomie d'intervention.

En dépit de ce vocabulaire limitant le champ d'action, la loi exige des promoteurs de ces structures la définition d'un projet de santé, ce « pourquoi » les professionnels sont rassemblés, qui va donner du sens à leurs actions et préciser les nouvelles modalités de

² D'Amour Danielle, 1997, structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de la santé en 1^{ère} ligne au Québec, thèse de doctorat, in Conférence de l'association des infirmiers et infirmières en santé mentale, des alliances ... au quotidien. La base de la contractualisation interprofessionnelle, 20 mai 2004.

³ Haut comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse*, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. Paris, documentation française, 1962

⁴ Les ordonnances du 24 avril 1996 dites Juppé

⁵ Loi n°2002-1298 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁶ Circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 ouvre la voie à l'expérimentation des Centres Locaux d'Information et de Coordination

⁷ Cf définition partie 1, 1.2.5

⁸ Larivière Claude in Pavillon du parc, guide de référence, l'interdisciplinarité, juin 2000, p.5 www.pavillonduparc.qc.ca/.../Guide_Interdisciplinarite%5B1%5D.pdf

réponses aux besoins de santé de la population. Ils sont appelés, dans ce cadre, à définir les missions coordonnées qu'ils entendent développer –collectives ou individuelles - et leurs modes de collaboration. Rassemblés en structure pluridisciplinaire par leur pleine adhésion, les professionnels engagent leur collaboration sur un mode interdisciplinaire auprès d'une même population âgée fragile⁹.

Cette approche repose sur un esprit d'équipe et de collaboration (accès, amélioration des soins, continuité...). Toutefois, bien qu'il puisse être partagé par nombre de professionnels, ce fonctionnement reste mal aisé à intégrer la logique d'un système professionnel fondé sur les valeurs actuelles basées sur l'appropriation du sujet âgé comme son domaine d'expertise, l'approche centrée sur l'étanchéité des territoires professionnels, une vision basée sur la régulation d'un marché entre professionnels,...

Il s'agit là d'un processus qu'il convient de comprendre et d'analyser pour asseoir durablement de nouvelles organisations de travail associant avec plus d'efficacité, une amélioration des soins et une augmentation de la satisfaction au travail des professionnels.

Mes expériences professionnelles acquises au sein de collectivités territoriales me laissent penser que la réponse passe par des degrés de collaboration, de maturation d'équipe et par l'accompagnement pour atteindre les objectifs communs.

En effet, qu'il s'agisse des domaines relatifs à la protection de l'enfance (service ASE dans un Conseil Général) ou des personnes âgées ou encore des modes d'accueil petite enfance (dans une commune), j'observe :

- une pluralité d'acteurs de formations diverses avec respectivement comme point commun d'intervenir auprès d'une même population cible sans nécessairement se croiser, se connaître,
- la représentation d'une hiérarchie symbolique entre services mais aussi entre professionnels eux-mêmes (l'éducateur à l'égard de l'assistant social,... l'EHPAD vis-à-vis du SSIAD, ce dernier vis-à-vis de l'aide à domicile) créant des jeux de pouvoirs néfastes à la collaboration.

Autant de constats qui conduisent à considérer comme indispensable la place d'un chef d'orchestre, détenteur d'une légitimité, pour conserver le but fixé et partagé et, co-construire des actions concertées où chacun prend pleinement sa place.

Une autre difficulté, et non des moindres, dans le quotidien des professionnels du médico-social et du social est assurément la capacité à capter du temps des médecins sur des situations complexes de leurs patients âgés et de pouvoir dépasser les cloisonnements professionnels.

⁹ Larivière Claude, *op cit.*, p5

De mon expérience, je ferai ressortir principalement trois points :

- partager un sens commun, autour d'un dénominateur consensuel centré sur la personne, permet de dépasser les divergences de cultures et les intérêts sectoriels,
- introduire du changement dans les organisations nécessite de clarifier les attentes, d'élaborer des objectifs communs et de partager des outils,
- co-construire un projet sur un territoire nécessite un facilitateur qui soit reconnu légitime à intervenir.

C'est dans le droit fil de l'expérience approchée dans le secteur médico-social, en soi déjà complexe vu le foisonnement de services, que je m'intéresse à l'organisation du système de soins de 1^{er} recours. Il s'agit d'analyser comment des alliances collaboratives au travers des structures de santé pluridisciplinaires permettent d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population âgée fragile ; d'où le choix de cette thématique dans le cadre du mémoire professionnel. Le master 2 P.P.A.S.P., avec notamment ses apports sur l'organisation du système de santé, a contribué à enrichir connaissances et réflexion sur un sujet qui résonne en système sur les territoires.

Une problématique s'est naturellement dégagée : *Dans quelle mesure le pôle de santé pluridisciplinaire peut-il améliorer le parcours de soins coordonnés des personnes âgées fragiles ?*. L'étude a été conduite sur une aire de santé du Lot et Garonne.

Déoulant de cette question de départ, plusieurs hypothèses sont envisagées :

1^{ère} hypothèse : les pôles de santé apportent une réponse organisationnelle aux besoins de prise en charge multidimensionnelle de la personne âgée en raison de la pluridisciplinarité des professionnels adhérant au projet de santé du territoire, facilitant ainsi la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant,

2^{ème} hypothèse : le discours de promotion, les outils présentés pour favoriser la collaboration ne peuvent modifier à eux seuls les habitudes de travail,

3^{ème} hypothèse : le travail partagé demande un apprentissage et une vision commune du travail de soins (soins *au sens large*).

La méthodologie mise en œuvre pour valider ou invalider les hypothèses a consisté à :

- ✓ étudier la réglementation en vigueur sur le dispositif du parcours de soins coordonnés et les structures pluridisciplinaires,
- ✓ faire des recherches bibliographiques et prendre connaissance de la « littérature grise ». Cette recherche documentaire a pu être effectuée depuis la bibliothèque de l'E.H.E.S.P. et de la Banque de Données en Santé Publique à partir des mots clés « parcours de soins » et « professions santé » issus du thésaurus B.D.S.P.. Une veille documentaire sur internet a complété cette recherche,
- ✓ Recueillir et analyser les données locales sur le développement du dispositif des structures pluridisciplinaires dans le Lot et Garonne et en Aquitaine,
- ✓ Mener des entretiens semi-directifs auprès de différents acteurs impliqués dans le Pôle de Santé Pluridisciplinaire de l'aire de santé de Miramont Duras. Ont participé uniquement ceux qui ont accepté cette démarche volontaire. (*Annexe 4*)
- ✓ Participer à des groupes de travail réunissant élus et professionnels de santé sur l'élaboration du projet de santé d'un pôle de santé dans le Villeneuvois, à des réunions thématiques de la Conférence de territoire : ateliers lien ville-hôpital, soins de 1^{er} recours, structures pluridisciplinaires.

La première partie fera l'objet d'une présentation des dispositifs mis à la disposition des acteurs pour coordonner les actions sur le terrain - le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant et les structures pluridisciplinaires – et les enjeux que soulève la coordination.

La seconde partie dresse l'analyse du terrain sur l'aire de santé de Miramont Duras dans le Lot et Garonne et montre en quoi la synergie des ressources existantes peut ouvrir un potentiel à explorer.

La dernière partie se consacre à des suggestions d'amélioration de la coordination des acteurs pour rendre plus fluide le parcours de santé des personnes âgées sur l'aire de santé de Miramont Duras dans le Lot et Garonne.

1 A la recherche d'une meilleure coordination des soins

1.1 Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant : un cadre législatif porteur d'une nouvelle organisation

1.1.1 Une nécessaire structuration : de la maîtrise des dépenses ... à l'amélioration de la qualité des soins

➤ La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie est marquée par un contexte dégradé¹⁰ notamment dû à la hausse des dépenses de médicaments et d'honoraires selon les termes du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de 2003. D'où la mise en œuvre d'instruments de maîtrise médicalisée conciliant la qualité des soins et le respect des contraintes financières.

Ainsi, la création du médecin traitant inscrit dans une nouvelle organisation des soins médicaux - le parcours de soins coordonnés – l'ensemble des assurés de plus de 16 ans (50 millions de bénéficiaires) et la totalité des médecins¹¹. Ces mesures sont confortées par le Dossier Médical Personnel (D.M.P.). L'objectif vise principalement le renforcement des missions du médecin de premier recours pour éviter la redondance voire l'inutilité de certains actes cliniques grâce au partage des données médicales. Pour renforcer l'acceptabilité de la réforme, sa mise en œuvre a été confiée aux partenaires professionnels qui en ont défini les modalités par la convention nationale du 12 janvier 2005.

➤ En précisant les soins de premiers recours¹² et les missions des médecins généralistes, la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (H.P.S.T.) du 21 juillet 2009 a réaffirmé le rôle du médecin généraliste comme acteur central dans la prise en charge du patient. Elle a conforté ainsi les dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins mis en place par la loi du 13 août 2004, les rendant opposables à l'ensemble des praticiens (seuls 3 syndicats de médecins sur les 5 ont signé la convention nationale en 2005).

¹⁰ Direction de la Sécurité Sociale, *les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2009*, Déficit du régime général de la branche maladie de la sécurité sociale de 11.6 Mds en 2004 contre 11.1 Mds en 2003, site internet : www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres_cles/2010_chiffres_cles.pdf

¹¹ Rapport de la Cour des Comptes, 2007, *La sécurité sociale* p.232. Médecins généralistes et spécialistes, libéraux et salariés exerçant en ville ou en établissement.

¹² Article L4130-1 du CSP

A) Le parcours de soins coordonnés

Poursuivant un double objectif de réduction des dépenses de l'assurance maladie et d'amélioration de la continuité et de la qualité des soins, le législateur a mis en place « le parcours de soins coordonnés ».

Tout bénéficiaire d'une assurance maladie est appelé à choisir et à déclarer son « médecin traitant » auprès des caisses. Donc, tout assuré ayant désigné un médecin traitant le consulte avant de recourir à un spécialiste prescrit par lui ; tout manquement fait l'objet de pénalités financières à la charge de l'assuré par la majoration du ticket modérateur. En recentrant les soins de 1^{er} recours autour du médecin généraliste (quasiment toujours désigné médecin traitant), il est celui qui connaît le mieux son patient, ses problèmes de santé actuels et passés, son mode de vie. Le médecin généraliste tient un rôle capital dans la prise en charge de son patient puisqu'il oriente « ... *son patient dans le système de soins et le secteur médico-social, ... s'assure de la coordination des soins,...* ¹³ ». Ce positionnement dans le parcours de soins confère en contre partie que le généraliste soit détenteur des informations médicales concernant ses patients pour assurer en toute connaissance de cause des soins de qualité.

B) Des limites au parcours de soins coordonnés

La convention précitée indique en substance « *dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement....* ».

➤ Le principe du libre choix de son soignant par le soigné présente un effet paradoxal. En effet, il écarte tout mode d'organisation structurée des échanges entre l'omnipraticien et les spécialistes ce qui conduit, en conséquence, souvent le patient à coordonner la succession de ceux auxquels il fait appel (médecin, infirmière, SSIAD, aides à domicile, spécialiste,...). La formalisation des contacts entre praticiens se situe essentiellement lors l'adressage et le retour d'information dans des délais dits raisonnables ce qui en fait une coordination peu contraignante.

➤ La coordination, réfléchiée en 2004, présente deux écueils. D'une part, le périmètre de la coordination est limité à la transmission de l'information par le D.M.P., dans le souci d'améliorer le passage de relais ville-hôpital. Il n'est pas envisagé d'autres modes de coordination. D'autre part, les échanges relèvent du seul registre médical, sans que ne soit considéré les auxiliaires médicaux, les professionnels de la sphère médico-sociale et sociale susceptibles, eux aussi, d'intervenir auprès d'un patient.

¹³ Art L4130-1 du CSP

C) De résultats relatifs

L'enquête « recours au spécialiste en médecine de ville » conduite fin 2007 par la DREES précise que 80 % des patients consultent leur médecin traitant avant un spécialiste même si 40 % ne jugent pas cela utile. Cependant, pour 60 % des spécialistes, le parcours de soins coordonnés n'a pas eu de conséquence sur la qualité du suivi médical. En revanche, 35 % des généralistes estiment qu'il leur est plus facile de connaître le parcours de soins de leurs patients.

1.1.2 Le parcours de soins devient un outil de gestion

Le parcours de soins devient un outil médico-économique qui permet désormais de relier les actes et prestations d'un médecin à sa patientèle; de connaître son activité et sa performance.

En considérant l'organisation du parcours de soins sous l'angle de la trajectoire, celle-ci doit reposer sur le développement d'outils de partage de l'information et la coordination des acteurs.

A) Le système d'information au service de la qualité de la prise en charge des patients

La loi de 2004 confère au Dossier Médical Personnel (DMP) la réponse à la coordination des professionnels de santé pour une meilleure dispense de la qualité des soins. Les professionnels de santé jugent positive cette évolution comme le rappelle le Docteur Jacques Monod¹⁴. Il met toutefois en garde l'Administration contre toute tentative d'imposition qui serait une atteinte à l'idéologie libérale de la profession : « Nous ne voulons pas d'une obligation "technocratique" mais un outil de travail qui rende service à nos patients, donc une véritable valeur médicale avérée. »

Après de nombreux obstacles¹⁵ retardant sa mise en place, ce dossier partagé connaît un déploiement national progressif à compter de 2011. Retard regretté notamment par le HCAAM¹⁶ rappelant l'importance du DMP pour une pratique de qualité dans l'exercice collectif. Dans son rapport sur la médecine de proximité, Elisabeth Hubert insiste sur la nécessaire évolution législative pour que soit autorisé le partage de l'information entre les professionnels dans les structures pluridisciplinaires. Le développement de cet outil sur le terrain va conforter la place du médecin traitant en lui donnant la connaissance en temps réel de la situation de son patient lors d'une sortie d'hospitalisation.

¹⁴ URML, 13 novembre 2004, actes du colloque sur le D.M.P., p.7.

¹⁵ IGAS, novembre 2007, rapport sur le D.M.P., IGAS, avril 2008, mission de relance du D.M.P.

¹⁶ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, rapport septembre 2009, p.75-76

B) La coordination au service de la maîtrise des dépenses de santé

La pratique professionnelle coordonnée assure un continuum des soins réduisant le recours aux urgences des hôpitaux¹⁷ ainsi que l'engorgement des structures d'aval¹⁸ qui génèrent des coûts, pas toujours justifiés. Ce que nous confirme une étude randomisée canadienne de F.Béland en 2003¹⁹ montrant qu'une approche coordonnée à responsabilité communautaire a le potentiel de diminuer les hospitalisations sans en augmenter le coût.

La mise en commun des évaluations des professionnels va permettre l'élaboration, la révision et la coordination du plan d'intervention, la réévaluation continue de la pertinence de l'intervention avec une vision bio-psycho-sociale. La promotion du travail en équipe prend d'autant plus de relief que les besoins multidimensionnels des sujets âgés exigent une mobilisation interdisciplinaire reliant des réponses sanitaires et médico-sociales à un accompagnement social, professionnalisé ou non, dans un plan d'aide cohérent. Les acteurs concernés sont tant les médecins, infirmières, aide à domicile, SSIAD, accueil de jour, CCAS, Conseil Général. 70 % des personnes âgées très dépendantes (Gir1-3) vivant à domicile sont aidées régulièrement par leur entourage et des professionnels. Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance et est estimé à 3.2 aidants pour celles en perte d'autonomie sévère²⁰.

1.2 L'exercice regroupé et partagé

Cette vision plurielle permet d'évoquer plus justement le parcours de santé. Il tient compte de l'amélioration du bien être de la personne dans la vie quotidienne. Le parcours de soins s'entend dans une définition plus médicale. La dimension pluridisciplinaire nécessaire pour assurer la qualité des soins rencontre parallèlement un écho dans la génération montante de médecins.

1.2.1 L'exercice en groupe : une organisation pas si neuve !

A) Des dispensaires aux centres de santé : une réponse de santé communautaire à la population

Les dispensaires du début du XX^{ème} siècle répondent à une situation sanitaire défavorable et permettent ainsi aux pauvres d'accéder aux soins. Le climat tendu des années 20 marqué par l'instauration des assurances sociales a débouché sur la charte de 1927 défendant l'identité libérale et l'indépendance professionnelle des médecins. Depuis, elle a

¹⁷ 40 % des admissions en hospitalisation complète des 85 ans et + transitent par les urgences versus 15% pour les 30-70 ans

¹⁸ 50 % de taux d'accueil de personnes âgées en Service de suite et de Réadaptation

¹⁹ Béland et al, Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles SIPA, expérimentation pour un modèle canadien, *La revue canadienne du vieillissement*, 2006, 25,1 : 5-24

²⁰ Note de la DREES décembre 2010 à partir de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires 2008

subi de nombreux coups de boutoir. La mémoire collective a conservé une image dépréciée des dispensaires, précurseurs de nos centres de santé²¹.

Plus ancien mode d'exercice pluri professionnel²² intégré, les centres de santé sont des structures de proximité dispensant principalement des soins de 1^{er} recours au sein desquelles le tiers payant permet l'accès aux soins pour tous et les médecins sont salariés. Et, bien qu'ils représentent aujourd'hui une alternative marginale dans l'organisation des soins²³, ils pourraient être porteurs d'avenir²⁴.

B) La pratique de groupe : une réponse par les professionnels avant tout économique

Ce mode d'exercice, qui remonte aux années 20, doit se comprendre uniquement par un regroupement sous un même toit de professionnels de même discipline.

Les motivations pour un exercice en groupe relèvent plus de la mise en commun de moyens (locaux, informatique, secrétariat, ...) que d'une volonté d'améliorer la qualité des soins. D'autres intérêts personnels s'y sont rattachés tels que le recrutement facilité des médecins remplaçants.

Le Baromètre des pratiques en médecine libérale de l'IRDES en 2007 constate que « *tout se passe comme si la plupart des cabinets de groupe n'était que la somme des pratiques individuelles*²⁵ ». En 2009, le regroupement concerne 54 %²⁶ des omnipraticiens dont les 3/4 sont mono professionnels.

1.2.2 Des constats imposent des adaptations indispensables de notre système de santé

➤ Du côté de l'offre de soins :

✚ L'offre de soins ambulatoire en tuyaux d'orgue : hétérogène, concurrentielle à laquelle s'ajoute des services administrés tels que la PMI, la médecine scolaire, la médecine du travail,...

✚ Le vieillissement de la population, les polyopathologies, les DMS hospitalières plus courtes appellent à de nouvelles modalités de pratiques de prises en charge et au décloisonnement de l'approche du monde des soignants,

²¹ Appellation officielle depuis le décret de 1991

²² Missions définies dans la loi du 29 décembre 1999

²³ En 2008 : les centres de santé médicaux : 1 %, les centres des soins infirmiers : 8.25 %, les centres de santé dentaires : 3.7 %

²⁴ Quotidien du médecin, 29 mars 2011, *pour répondre au déficit démographique, les centres de santé se posent en solution d'avenir*

²⁵ IRDES, document de travail n°5-août 2007, « l'organisation de travail et la pratique de groupe des médecins bretons »

²⁶ Ils étaient 43 % en 1998

- ✚ Une démographie médicale importante mais pourtant en crise. Deux raisons : la décroissance amorcée de la densité médicale satisfaisante²⁷ du fait des départs à la retraite non compensés²⁸ et les disparités criantes tant territoriales que par discipline,
- ✚ Le changement profond de la conception du métier de l'omnipraticien percute le modèle du généraliste (solitaire et toujours accessible). L'exercice isolé n'est plus attractif pour les jeunes médecins,
- ✚ L'évolution rapide des connaissances a remis en cause le modèle de la réflexion clinique individuelle de l'homme de l'art.

➤ Du côté de la demande :

- ✚ Le vieillissement de la population génère une consommation de soins croissante avec l'âge et majore les difficultés de déplacement sur les sites de soins,
 - ✚ La prévalence des maladies chroniques sur les maladies aiguës (15 % des assurés souffrant d'affections de longue durée concentrent 65 % des dépenses d'assurance maladie) nécessitent des actions de prévention sanitaire et d'éducation thérapeutique,
 - ✚ Une exigence médicale accrue de la population par l'émergence du patient expert et consommateur,
 - ✚ Une demande de soins en forte croissance, due à la médicalisation de la société et au fait que la santé est devenue une valeur en elle-même.
- Par ailleurs, les progrès technologiques, via les N.T.I.C., rapprochent le diagnostic du patient grâce à la télémédecine, la téléconférence.

1.2.3 L'émergence de l'exercice pluri professionnel plébiscité

La référence exclusive au modèle libéral reste forte. Cependant, les médecins généralistes, exerçant dans la France « profonde » et confrontés à une patientèle recourant moins facilement au médecin, impulsent, pour des raisons autres que celles économiques, des regroupements d'abord mono professionnels puis pluri professionnels pour éviter le « mitage » de l'offre de soins de proximité. Cette démarche est soutenue par les élus locaux.

Dès 2004, la Mutualité Sociale Agricole a initié un cahier des charges de maisons de santé rurales pour accompagner les porteurs de projet. Celui-ci est caractérisé par la pluridisciplinarité, la mise en place d'actions de prévention, le suivi coordonné du parcours

²⁷La densité des médecins est passée de 256 à 327 médecins pour 100 000 habitants entre 1979 et 2010.

²⁸ Effet ciseaux sur les 5 dernières années, augmentation de 25.5 % des médecins retraités alors que les actifs progressent de 3.6% .CNOM 2010, Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2010

de soins et le lieu de stage des étudiants médecins. La réflexion portée à cette époque par des médecins militants a contribué à la préparation du cahier des charges et dès 2005, s'ouvrait la maison de santé rurale de Saint Amand en Puisaye (dépt. 58) en Bourgogne.

1.2.4 Une dynamique nouvelle soutenue par les pouvoirs publics

► Face à la poussée des acteurs de terrain, la loi de financement de sécurité sociale (LFSS) de 2008 a introduit la notion d'expérimentation des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) avec **un soutien financier**²⁹ moyennant le respect du cahier des charges. L'allocation expérimentale sur la période 2008-2012 des financements par le F.I.Q.C.S. amène naturellement les promoteurs à s'interroger sur la pérennité des crédits et sur la volonté politique à soutenir ce nouveau mode d'exercice.

► **La loi HPST** a précisé la gradation des soins, a donné une définition des structures pluridisciplinaires : maison de santé et pôle de santé pluridisciplinaire, centre de santé.

1.2.5 Les structures pluridisciplinaires

A) Les apports attendus de l'exercice de groupe sont de plusieurs ordres :

- Donner la capacité à répondre tant à la baisse de la démographie médicale dans les zones peu attractives qu'à l'évolution de la demande de soins,
- Etre un moyen de maintenir, voire élargir, une offre de santé sur le territoire tout en répondant aux attentes d'amélioration des conditions de travail des professionnels et en garantissant des soins de qualité,
- Présenter l'avantage d'adapter l'offre de soins aux besoins des maladies chroniques en favorisant la collaboration entre professionnels de santé,
- Répondre à la couverture de santé sur le territoire et contribuer à son maillage, facilitateur du développement économique et social local,
- Représenter des terrains de stage privilégiés pour les étudiants.

La maison de santé pluridisciplinaire rassemble des professions médicales et auxiliaires médicaux et organise son activité autour d'un projet de santé partagé y associant des acteurs médico-sociaux et sociaux.

Le pôle de santé regroupe des professionnels de santé et des structures sanitaires, médico-sociales dans et hors les murs sur un territoire donné.

²⁹ Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS) accompagne financièrement les missions cordonnées et les actions d'éducation thérapeutique du patient.

B) Le pôle de santé pluridisciplinaire³⁰ et ses déterminants : le territoire et le projet de santé territorial

Le pôle de santé relève de la même dynamique que celle des maisons de santé, à deux différences près : l'offre de santé est multi sites et organisée avec une vision territoriale des ressources ouvrant la possibilité aux professionnels libéraux de conserver leurs cabinets et/ou de se regrouper sur plusieurs sites.

Cette formule permet ainsi de se prémunir contre le risque de polarisation de l'offre locale sur un centre unique qui contribuerait à « assécher » le territoire alentour. En ce sens, elle contribue au maillage du territoire, tout particulièrement adaptée en milieu rural. L'évaluation faite en 2008 par l'IRDES³¹ montre une plus grande accessibilité pour les patients sans accroître le temps de travail des professionnels ainsi que des pratiques coopératives facilitées.

Deux déterminants

- Le **territoire** s'entend ici comme **un système dynamique** intégrant divers acteurs locaux qui agissent et interagissent dans le développement d'une organisation : les professionnels de santé, les gestionnaires, les élus et les habitants. Dans ce territoire est à rechercher l'optimisation de la prise en charge de la personne âgée et à définir des espaces de coopération c'est-à-dire des espaces partagés. Cette organisation va interroger les modalités pour croiser l'approche « horizontale » du niveau de 1^{er} recours et celle « verticale » avec l'hôpital.

La loi H.P.S.T. a confirmé le territoire comme l'ancrage naturel des pratiques de santé selon des valeurs axiologiques³² en confiant aux ARS l'organisation de l'offre de soins sur des *territoires pertinents*.

- Les promoteurs de pôle de santé considèrent indispensables les **projets de santé** et projets professionnels³³ bien que la loi H.P.S.T. ne l'impose pas, contrairement aux maisons et aux centres de santé.

Le diagnostic territorial partagé entre les professionnels, les élus et les habitants est préalable à la définition des axes stratégiques et des objectifs opérationnels.

³⁰ Article L 6323-4 du CSP

³¹ Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche Comté et de Bourgogne, Questions d'économie de la santé, IRDES n°147, octobre 2009

³² Art. L.1411-11 du CSP : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.... »

³³ Juilhard, Crochemore, Touba, Vallencien, le bilan des maisons et pôles de santé, les propositions pour leur déploiement, janvier 2010 p.21

Le projet de santé donne le sens que va prendre l'offre de soins autour des deux axes suivants

- L'axe tourné vers la population en définissant les réponses qu'elle va trouver à sa demande de soins : accès et continuité des soins, prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, les consultations spécialisées avancées,....
- L'axe tourné vers l'amélioration de la qualité grâce à des engagements de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles, l'accueil des stagiaires,...

Les modalités opérationnelles du projet de santé sont formalisées dans le projet professionnel : moyens mutualisés, les dossiers partagés, les modalités de la coordination, les partenariats avec les établissements de santé (filrière gériatrique,..) et les structures médico-sociales (SSIAD, EHPAD,..)...

Ce type de structure peine encore à se développer³⁴ car « *de nombreux obstacles retardent leur aboutissement*³⁵ ». Cependant, on voit émerger des réflexions un peu partout sur les territoires, rencontrant la volonté politique d'assurer un développement cohérent et un égal accès aux soins pour tous.

1.2.6 Points de vue des usagers sur les transformations de l'offre de soins

Les résultats d'une enquête³⁶ conduite en 2009 montrent que les principales préoccupations des usagers de médecine générale sont la relation entre le médecin et le patient et, plus particulièrement, l'échange d'information. Ils accordent une importance élevée à la qualité clinique (minuterie de l'examen, actes de prévention et d'éducation à la santé,...) et à la coordination de soins par le généraliste valorisant son rôle d' « aigilleur » dans le système de santé. Cependant, selon une étude Californienne³⁷, il semble nécessaire de compléter le dispositif du médecin traitant par des initiatives visant notamment à améliorer la coopération interprofessionnelle pour que le médecin généraliste soit effectivement perçu comme une aide dans l'orientation du patient et non pas comme un acteur restreignant l'accès aux soins secondaires.

En revanche, les usagers accordent peu d'importance à la structure médicale dans laquelle exerce le médecin (structure pluridisciplinaire ou mono professionnelle) alors que

³⁴ 160 MSP et 25 PSP ayant reçu un financement FIQCS à fin 2009. Ne sont pas comptabilisées les structures ayant reçu d'autres financements (collectivités territoriales, fonds européens, autofinancement,...)

³⁵ Rapport sur la médecine de proximité d'Elisabeth Hubert, décembre 2010

³⁶ IRDES, mars 2011, les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la Santé, n°163,

³⁷ Grumbach K *et al*, 1999, Resolving the gatekeeper conundrum : what patients value in primary care and referrals to specialists. JAMA.82(3). 5p.

l'évolution de la pratique de la médecine générale a été présentée comme un moyen de maintenir l'offre de soins de proximité.

Toutefois, il convient de ne pas anticiper les effets du regroupement des professionnels sur la satisfaction des usagers car cela dépendra de la capacité des associations de professionnels de santé à maintenir une relation médecin-patient de qualité.

1.3 La coordination, une construction sociale complexe

Les promoteurs du pôle doivent préciser dans le projet de santé « les mesures mises en place pour assurer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure...³⁸ ». Disposition déjà codifiée à l'article L6323-3 du CSP.

1.3.1 La proximité des professionnels au sein d'un Pôle de Santé Pluridisciplinaire n'est pas une condition suffisante pour se coordonner

Les difficultés d'échanges entre professionnels mettent en évidence leurs méconnaissances mutuelles y compris quand la proximité ne fait pas défaut. On peut dire que l'absence de culture commune et de « décodage » nourrissent des cloisonnements dont au final pâtissent les populations par manque de coordination. Les formations « mono professionnelles », la perception des hiérarchies entre les professions –de l'infirmière vis à vis du médecin- mais aussi du sanitaire sur le médico-social et celui-ci sur le social, le statut d'exercice (libéral face à celui salarié) constituent des freins.

De plus, le fonctionnement d'un travail en équipe reste mal aisé à s'intégrer dans la logique d'un système professionnel fondé sur les valeurs actuelles davantage basées sur l'appropriation du sujet âgé comme son domaine d'expertise, l'approche centrée sur l'étanchéité des territoires professionnels. Les relations entre les acteurs sont parallèles, les actions sont cumulatives et rarement interactives³⁹.

1.3.2 Le passage de la logique professionnelle à la logique interprofessionnelle

A) L'institutionnalisation de la coordination

Fort des constats précités, les pouvoirs publics ont tenté d'institutionnaliser l'action gérontologique en insufflant une logique partenariale d'abord par la création des 500 emplois de coordonnateur en 1981⁴⁰, puis par les C.L.I.C⁴¹, sans véritablement de succès. Pourtant, la circulaire dite Franceschi en 1982 rappelait les fondamentaux de la coordina-

³⁸ Annexe 3 de la circulaire du 27 juillet 2010 sur le lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural

³⁹ D'Amour, D. « Collaboration professionnelle : un choix obligé » 2002 in Goulet, O , et Dallaire, C., les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives, pp. 339-363

⁴⁰ Circulaire n°34 du 18 septembre 1981 du ministère de la Solidarité nationale

⁴¹ Circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination. Expérimentation en 2000 et programmation 2001-2005,

tion «... regroupement de professionnels volontaires...nécessite une légitimité pour celui qui doit l'animer...vient de ses pairs ...».

Les coordinations gérontologiques ont principalement évolué dans le secteur social voire médico-social sans parvenir à créer véritablement de pont avec le sanitaire. A l'inverse, les réseaux de santé axés plutôt sur des pathologies sont restés connotés au secteur sanitaire. Malgré le succès en demi-teinte, le retour d'expérience⁴² montre pourtant des résultats positifs mobilisant toutes les compétences dès lors que la coordination repose sur la pleine adhésion des acteurs. La coordination ne se décrète donc pas.

B) La collaboration interprofessionnelle : un processus d'apprentissage

Travailler ensemble suppose de privilégier la mise en commun de valeurs, le partage de savoirs et l'efficacité collective plutôt que les conflits de territoires, de corporatisme ou de hiérarchie redonnant sens aux pratiques quotidiennes. L'équipe interdisciplinaire relève d'un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun, contrairement à l'équipe multidisciplinaire dont les membres fonctionnent en parallèle et de manière indépendante vers l'atteinte d'un objectif, fonction de l'appartenance professionnelle.

La collaboration interprofessionnelle, terme mis en avant par Danielle D'Amour⁴³, se définit par l'intensité de la collaboration qui marque le passage d'un mode multidisciplinaire à interdisciplinaire. Elle résulte « d'un processus d'interactions entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes».

Les modalités d'interactions se présentent souvent au travers de deux canaux principaux, selon Réjean Hébert⁴⁴ :

- le mode informel : les discussions de cas,
- le mode formel : les réunions d'équipe.

Pour lui, les deux véhicules de communication doivent coexister pour installer une dynamique d'équipe. A défaut, si le seul mode informel est investi, nous sommes en présence de collaborations interprofessionnelles entre deux ou quelques professionnels et non d'une structure qui favorise la vie d'équipe.

Le rassemblement d'acteurs n'implique pas la formation d'un groupe de travail. Selon Y. St Arnaud, cinq conditions de base sont nécessaires pour assurer la viabilité et

⁴² Henrard J-C., Vedel I., 2003, « L'enjeu de la coordination gérontologique en France ». *Santé, Société et Solidarité*, vol 2, n°2, pp 77-84

⁴³ D'Amour, D., Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec, thèse de doctorat, faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal, 1997, in Des alliances ...au quotidien. La base de la collaboration. Site internet : collec-tions.banq.qc.ca/ark:/52327/bs59738

⁴⁴ Hébert R., Définition du concept de l'interdisciplinarité, colloque de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité Québec 4-5 avril 1997, institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

la croissance d'une équipe de travail multidisciplinaire⁴⁵ : un objectif commun, ce « pourquoi » les individus sont rassemblés (ce qui suppose un travail d'explicitation) – la reconnaissance des compétences respectives (ce qui exige de se reconnaître différents et complémentaires⁴⁶) – la présence et le partage du leadership (ce qui implique l'acceptation de cette forme d'autorité d'expert ou de légitimité charismatique) - une structure d'animation des activités de groupe formalisée (c'est-à-dire une organisation explicite) - un résultat aux activités ce qui signifie que les membres se sentent compétents et productifs ensemble (grâce à un travail réflexif et d'évaluation) -.

Les professionnels s'associant pour exercer une pratique collaborative ont besoin de devenir un groupe afin que les liens qui les unissent permettent l'échange, le questionnement, la discussion et le débat. Il est donc essentiel de rendre explicite pourquoi l'on appartient au groupe, ce qui est attendu de chaque membre et ce qu'il est en droit d'attendre des autres, de connaître et de comprendre le rôle de chacun pour développer une vision commune, de définir les mécanismes de coordination et de communication ainsi que l'existence de protocoles et de réunions formelles.

Selon D. D'Amour, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle comprend quatre dimensions :

- la finalisation correspond à l'existence d'objectifs communs, à leur appropriation et à l'existence de motifs divergents,
- l'intériorisation se réfère à la prise de conscience par les membres du groupe de leur interdépendance et de l'importance de gérer celle-ci. Cela implique une connaissance mutuelle des valeurs et un consensus autour du partage de responsabilités,
- la formalisation renvoie à l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action quotidienne,
- la gouvernance traite du leadership, de l'expertise.

A partir de l'énoncé de ces quelques éléments émanant du Québec qui mériteraient que l'on s'attarde plus longuement, nous percevons que nous sommes en présence d'une construction sociale complexe à l'intérieur même de l'organisation du pôle de santé pluridisciplinaire avec en son sein des professionnels en situation d'interdépendance.

Les acteurs s'accordent à reconnaître la nécessité de la coordination. Il faut un chef d'orchestre avec des qualités d'ouverture, de pédagogie, de rassembleur.

⁴⁵ Fortier L., « Des alliances... au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle » in Conférence AQISM, 20 mai 2004, Montréal. Site internet : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs59738>

⁴⁶ Ce que R. Sansaulieu appelle la différenciation qui est la première étape d'un processus de changement qui comprend aussi une phase de coopération et une phase de légitimation. R. Sansaulieu et al, *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995

Le CSP confère au médecin le rôle de garant de la coordination : « *s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients*⁴⁷ ».

La place conférée au médecin traitant dans le parcours de santé le situe au croisement du sanitaire, du médico-social et du social a fortiori lorsqu'il s'agit de personnes âgées atteintes d'incapacités. Alors, la question centrale est posée : doit-il être le coordinateur en titre ? Cela suppose des qualités certaines d'un autre ordre que celles médicales.

1.3.3 Le médecin est-il un coordonnateur naturel ?

Cette posture n'est pas aussi évidente pour tous les médecins ainsi en témoigne l'enquête ethnographique conduite par Aline Sarradon-Eck. Cette étude dégage notamment trois grandes figures du généraliste⁴⁸. La manière dont le médecin envisage son rôle à l'égard des patients entraîne un positionnement particulier avec les spécialistes et les auxiliaires médicaux qui nous permet de recueillir des indications sur l'influence du mode relationnel interprofessionnel. Les trois grandes figures sont les suivantes :

- le médecin de famille-pivot dont la tendance est de « vouloir garder la maîtrise des itinéraires thérapeutiques de ses patients, acceptant mal que ces derniers puissent choisir les professionnels à sa place »,
- le médecin de famille-coordonateur avec un rôle de conseil pour tenter de gérer la santé du patient tout en lui préservant le libre choix. « La fonction d'adressage est importante car il a besoin d'avoir un retour d'informations pour articuler la prise en charge »,
- le médecin orienteur serait moins attentif au suivi et laisserait le soin au patient de gérer sa trajectoire ; « il va jusqu'à endosser le rôle de consultant ».

Des tendances découlent de ces trois grandes figures :

Le médecin-pivot serait davantage dans une logique de collaboration forte, ou une logique de prestation de service se limitant à une demande d'actes techniques. Il privilégie le contact avec les paramédicaux et les spécialistes, travaillant par affinité où comptent non seulement les qualités professionnelles mais humaines. Ce mode relationnel nécessite une démarche volontaire de chaque acteur.

Le médecin-coordonateur privilégie plutôt la coopération avec la volonté de travailler en complémentarité avec les autres intervenants. Il n'a pas besoin de connaître ses interlocuteurs pour faire confiance, le présupposé de compétence est suffisant.

Le médecin-orienteur limitant son implication personnelle favorise davantage une logique de prestation de services avec une demande de prise en charge complète.

De plus, cette étude rappelle l'importance de quelques principes qui structurent les relations interprofessionnelles, limitent ou favorisent les échanges parmi lesquels les

⁴⁷ Article L4130-1 du CSP

⁴⁸ Aline Sarradon-Eck, étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels, septembre 2004. pp.22-24

idéaux professionnels des médecins généralistes (partagés aussi par les infirmiers et les kinésithérapeutes)- le travail en équipe, l'autonomie professionnelle, la proximité privilégiée avec les patients –. Nombreux sont les praticiens à se positionner comme les « pivots » du parcours de soin, s'appuyant sur la connaissance de leur patient, accentuée par la culture du colloque singulier. Cependant, en présence de situation complexe qui dépasse le cadre de l'expertise médicale, le médecin a tendance à se reposer sur les paramédicaux ou les aidants. Ce qui amène la personne âgée ou sa famille à effectuer un travail important d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information.

Ce mode de relations ne permet à aucun niveau d'avoir une vision globale de la prise en charge du malade, mais plutôt une superposition de visions partielles du fait du manque de connaissance du travail de l'autre, voire du regard suspicieux porté sur lui. Il ne ressort pas d'acteur unanimement reconnu comme « acteur charnière » même si chaque professionnel aspire à endosser ce rôle. Cependant, occuper la place de médecin coordonnateur n'était pas une revendication partagée par tous les médecins.

Déjà, ceux qui avaient opté pour le médecin référent en 1998, dont le concept du médecin pivot conforte la mise en œuvre d'une coordination renforcée, ont en réalité peu changé leurs pratiques.

1.3.4 Les réserves des médecins face à de nouveaux champs exploratoires

Le parcours de santé de la personne âgée interrogeant aussi le volet médico-social et social, comment s'opère l'intégration de l'APA, prestation médico-sociale publique, dans l'évolution de la médecine générale ? Les médecins peuvent-ils changer de paradigme en passant du colloque singulier au colloque pluriel ?

- A) Une implication plutôt distante du médecin dans l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie

Le Finistère est un des rares départements à avoir confié dès 2002 une partie de l'évaluation APA aux généralistes. L'étude conduite dans par Françoise Le Borgne-Uguen en 2005-2006 montre une faible appétence des médecins généralistes considérant cette prestation hors du champ clinique qui est leur cœur de métier :

- L'investissement des médecins généralistes dans cette activité médico-administrée est davantage motivé par l'intérêt à retirer sur des situations préoccupantes de leur patientèle tout en soulignant qu'elles doivent être en nombre raisonnable. Mais a priori, l'APA n'est pas un champ prioritaire.
- Une faible proportion de généralistes (ceux avec spécialité soins palliatifs, gériatrie) étende la médecine à la responsabilité médico-sociale. L'activité du généraliste est alors élargie à une activité pas seulement clinique.

B) Le succès mitigé des réseaux de santé

Les généralistes ont faiblement adhéré aux réseaux. L'interdépendance des acteurs dans le réseau questionne l'autonomie professionnelle et interfère dans l'exercice du colloque singulier. En revanche, les auxiliaires médicaux, particulièrement les infirmières ont perçu l'intérêt de ce mode de prise en charge dynamique et coordonnée qui leur permet d'accéder à de l'information partagée.

Pour diverses raisons⁴⁹, les réseaux n'ont pas rencontré le succès escompté mais ont participé à la diffusion de l'amélioration de la qualité des soins et au processus d'une plus large transformation des pratiques professionnelles.

1.3.5 Des logiques coopératives, un mouvement inéluctable ?

Inéluctable, certainement pour maintenir une offre de soins équitable. Au moins deux raisons à cela : d'une part, la raréfaction du temps médical⁵⁰ sur les vingt prochaines années, d'autre part, l'attrait de l'exercice libéral des jeunes médecins dans un cadre pluridisciplinaire et coordonné. Cette voie ouverte vers la coopération nous amène à observer les dispositions – atouts et limites – des professionnels que nous limiterons au secteur infirmier⁵¹.

Toutefois, ce mouvement nécessite de ne pas nier les réticences des médecins qui craignent de voir leur métier se « démedicaliser », s'interrogent sur la question de la responsabilité professionnelle ou encore sur les compétences de l'infirmière capable de n'exécuter que des soins prescrits. Réticences également des infirmières qui freinent à transférer les soins d'hygiène. Pourtant, ce concept de coopération, qui vise à rechercher de la valeur ajoutée « en tirant vers le haut » les professions avec un impact qualitatif sur la prestation apportée, suppose d'écarter un climat de défiance, voire de concurrence.

➤ Des atouts : les infirmières alliant des compétences techniques acquises en secteur hospitalier et des compétences relationnelles avec les malades sont à mobiliser, par exemple pour le transfert de certaines tâches (prévention et ETP). Elles disposent d'une capacité à travailler en équipe héritée de leurs expériences hospitalières, des qualités organisationnelles à planifier le travail, des dispositions à se former en permanence (formations ayant trait à la chimiothérapie, les soins palliatifs,... dont elles regrettent que leurs connaissances soient insuffisamment utilisées !).

⁴⁹ F-X Schweyer, singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale, presses de l'EHESP, chap. 16 p.283-303

⁵⁰ DREES, dossiers solidarité et santé, n°12, 2009, *la démographie médicale à l'horizon 2030*

⁵¹ HAS, rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum, *enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*, décembre 2007, contribution n°12, p.233-255

➤ Des limites liées au peu d'appétence à l'égard du travail administratif que la coopération va certainement exiger en termes de rigueur, de traçabilité, de réalisation de protocoles ; à leur réticence à transférer, elles aussi, des tâches vers d'autres professionnels comme les soins de nursing vers les aides soignantes et ces dernières vers les auxiliaires de vie sociale. Cette activité représente plus de 55 % des actes infirmiers rémunérés.

1.3.6 Un regard sur des expériences étrangères

Le concept de soins primaires de l'OMS, longtemps considéré en France comme réservé aux pays en voie de développement, a vu des développements d'organisations, différents selon les pays. Cependant, ces modèles se rapprochent du fait de l'évolution de la demande (maladies chroniques,...) et de l'offre (poids des dépenses de santé, évolution sociologique du corps médical,...). Les pratiques de groupe pluridisciplinaires se développent. Les modes de rémunérations se diversifient, le paiement à l'acte est introduit en complément de la capitation et du salariat et inversement comme en France où le paiement à l'acte domine, de nouveaux modes de rémunérations sont introduits. Il est recherché la coordination entre les soins spécialisés et la médecine de ville.

Au regard de notre étude, le modèle Catalan (Espagne) est intéressant : son organisation sur un mode territorial et hiérarchisé depuis 1986 permet de se tourner plus aisément aujourd'hui vers une prise en charge populationnelle alors que la France doit d'abord y apporter une réponse structurelle. Il diffère aussi par d'autres points (décentralisé v/centralisé, salarié v/libéral). Puis, l'illustration à partir d'une étude relative à la réorganisation de la 1^{ère} ligne au Québec témoigne de l'impact sur les pratiques professionnelles.

A) Le modèle catalan - les centres de soins primaires (CSP)

La Catalogne a organisé le cadre des soins primaires selon deux éléments principaux : des aires de santé comptant entre 5 000 et 25 000 habitants, voire jusqu'à 40 000 et des équipes de soins primaires pluridisciplinaires fonctionnaires travaillant en CSP dont des infirmières chargées de la coopération avec les hôpitaux. La densité de professionnels y est fonction de la population. Le médecin généraliste est en principe toujours consulté en première intention et oriente le cas échéant les patients vers les soins spécialisés. Des dispositifs de rémunération indexés sur la performance ont été introduits en complément du salariat. Côté patients, l'éventail de services fournis est large : une offre de soins allant de la prévention, à la petite chirurgie d'urgence, aux traitements et du côté des soignants, une démarche de travail d'équipe, la formation continue rémunérée. La coordination des soins a introduit le dossier partagé patient informatisé entre l'hôpital et les CSP.

B) L'implantation des groupements de médecins de famille (GMF) au Québec

Une évaluation de 5 GMF conduite entre 2004-2006 au Québec donne des indications sur la redéfinition de la pratique de groupe et la collaboration entre les professionnels. Le GMF est une organisation des services de santé de première ligne qui se coordonne avec les autres éléments du système de santé. Composé de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration étroite avec des infirmières ; le GMF offre une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit librement. Il ressort des éléments de cette étude :

- une appropriation très variable du modèle : certains médecins y voient une manière d'assurer une prise en charge globale du patient, pour d'autres, il s'agit d'une réponse à certaines difficultés dans l'organisation médicale (partage des gardes, couverture des heures défavorables). Il en est de même de la vision du rôle de l'infirmière : ceux qui ont travaillé dans les centres locaux de santé communautaires (CLSC) considèrent le rôle plus large de l'infirmière à la différence de médecins qui y voient plutôt un rôle « d'accélérateur de soins ».
- la pratique de groupe se caractérisant par un partage des prises en charge de patients nécessite la mise en commun de pratiques médicales souvent hétérogène. La pratique de groupe peut se révéler difficile même lorsque les médecins partagent une vision commune du GMF.
- la collaboration entre médecins et infirmières a connu dans la majorité des GMF un progrès notable. La première étape a été franchie lorsque les professionnels se sont entendus sur des finalités communes se traduisant par un partage de responsabilités. Ce mouvement s'est accompagné d'un leadership fort, partagé souvent entre le responsable du GMF et un professionnel identifié comme le « porteur » de la collaboration professionnelle. Situation inverse dans les sites où les orientations sont restées centrées sur les besoins des médecins et de leurs clientèles et non sur la clientèle du GMF.
- les GMF ont eu un effet sur les représentations que se font les professionnelles en regard de leur rôle ce qui a permis un déplacement des identités professionnelles vers des modèles de relations professionnelles optimales, selon la compréhension des objectifs des GMF.

2 L'analyse de la situation dans le Lot et Garonne

Le Lot et Garonne est l'un des six territoires de santé de la région Aquitaine, frontalier avec la région Midi Pyrénées. Ce territoire a été découpé depuis 2009 en quinze aires de santé avec la préoccupation de l'aménagement du territoire pour organiser l'offre de santé de proximité et donner de la cohérence aux projets émergents de maisons et pôles de santé pluridisciplinaires.

Notre étude porte sur l'aire de santé de Miramont Duras, située à l'extrémité nord ouest du département (*Annexe 1*). Ce choix résulte de l'avancée de la réflexion des professionnels de santé et des élus sur la construction d'un pôle de santé territorial le plus abouti dans le département.

2.1 Le Lot et Garonne : une situation locale défavorable qui conduit les institutions à réagir

L'offre de santé, fragilisée par sa faible densité de professionnels, doit s'adapter à la nouvelle réalité du vieillissement de la population. Ce qui a conduit les institutions à se mettre en ordre de marche. Pour le Conseil Général, sa mobilisation résulte d'un engagement politique envers la population qui est de garantir des conditions favorables de recours aux soins sur son territoire et pour l'ARS, l'organisation de l'accès et des prises en charge sanitaire et médico-sociales relève des missions dévolues par le législateur. Un autre acteur marqué par des idées progressistes, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), occupe une place importante dans cette dynamique départementale.

2.1.1 Une démographie vieillissante⁵²

➤ Le Lot et Garonne a la plus faible démographie des départements aquitains avec 326 400 habitants en 2008, soit une densité de 60 habitants/km². Cette tendance est confirmée selon l'INSEE, en 2040, avec plus 15 % (+ 23 % en Aquitaine).

Le département a connu une croissance de 7 % de sa population entre 1987 et 2007 alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus a progressé de 33 % et celle de plus de 85 ans (+76 %). La population vieillissante vivant pour moitié dans l'espace rural et en habitat dispersé rend plus difficile l'accès à des services de proximité.

Le vieillissement de la population devrait se poursuivre dans les prochaines années selon l'INSEE : en 2040, le taux des moins de 20 ans sera quasiment identique à la tranche d'âge des 75 ans ou plus (19 %).

⁵² INSEE Aquitaine, les quatre pages, décembre 2010, n°192

➤ Le vieillissement est plus affirmé sur l'aire de santé de Miramont Duras que sur l'ensemble du département. En 2007, sur les 18 012 habitants que compte l'aire de santé, 35 % de sa population sont âgés de 60 ans ou plus (28 % dans le département) alors que la part des jeunes de moins de 20 ans représente 19 %. (*Annexe 2*)

La structuration de la population de l'aire de santé en 2007 est sensiblement la photographie de la démographie lot et garonnaise de 2040.

2.1.2 Profil médico-social des personnes âgées du Lot et Garonne marqué par des signes de précarité⁵³⁵⁴⁵⁵

- Le domicile reste le cadre de vie le plus communément partagé. La proportion des personnes âgées vivant à domicile décroît avec l'avancée en âge : de 86 % entre 85 et 89 ans, elle passe à 60 % entre 95 et 99 ans.
 - 15 % de la population âgée de 75 ans ou plus résidant sur l'aire de santé sont bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) à domicile avec une proportion plus forte sur les gir 2 et 3 que dans l'ensemble du département. Le SSIAD intervient auprès de 24 % de bénéficiaires de gir 2 contre 76 % par les infirmières libérales. (*Annexe 3*)
 - 60 % des personnes atteintes de démence vivent à domicile et la prévalence des personnes de 75 ans ou plus atteintes de maladies Alzheimer ou troubles apparentés est estimée à 6 319 personnes⁵⁶.
 - Entre 2005-2007, 840 admissions pour des diabètes type 1 & 2 et 548 pour des hypertensions artérielles sévères concernent des personnes âgées de plus de 60 ans.
 - 6.3 % de la population âgée de 65 ans ou plus sont allocataires du minimum vieillesse en décembre 2007, taux le plus élevé de la région. Cette situation risque de s'aggraver pour les retraités de demain qui sont allocataires du RSA aujourd'hui. En 2010, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CHIC de Marmande Tonneins, établissement de santé de référence de l'aire de santé étudiée, a pris en charge 400 personnes âgées de plus de 60 ans, soit 50.5 % de la file active venant majoritairement du secteur rural.
- Le réseau de santé Aliénor a noté un mauvais état bucco dentaire en 2010⁵⁷.

2.1.3 Une offre de santé à renforcer sur l'aire de santé

- ✓ *Une offre ambulatoire très fragile*

⁵³ SROMS Aquitain, réunion territoriale du Lot et Garonne du 4 avril 2011

⁵⁴ ORS Aquitaine, la santé observée en Lot et Garonne, la population âgée, mise à jour 2007

⁵⁵ ORS Aquitaine, le point sur ...les personnes âgées en Aquitaine, mars 2010

⁵⁶ Selon l'étude PAQUID du Professeur Dartigues INSERM Bordeaux

⁵⁷ Rapport d'activité 2010 du réseau de santé Aliénor

L'aire de santé étudiée, marquée par sa ruralité, montre une densité de professionnels de santé bien en deçà de celle du département lui-même déjà en tension dans certaines zones.

Tableau de densités des professionnels de santé pour 10 000 habitants

	Médecin généraliste	pharmacien	Infirmier	dentiste	kiné	Pédicure podologue	orthophoniste
Aire de santé	8.3 ¹	3.8	10.0	4.0	4.4	1.6	0
département	8.5 ¹	6.6	16.7	5.2	6.6	1.6	1.4
région	12.6	6.7	16.2	7.0	9.8	2.1	2.2

Source : DREES-ADELI-ARS Aquitaine au 1.01.2010

¹ données du CDOM au 01.01 2011

✓ Cette faible densité des professionnels corrélée avec des seuils d'activité individuelle (masseurs kinésithérapeutes) affaiblit la réponse aux soins.

✓ Une démographie médicale vieillissante (38 % ont 60 ans et plus) avec un renouvellement très insuffisant rend critique la situation départementale. Sur l'aire de santé, les 60 ans et plus représentent 40 % et les moins de 55 ans : 33%.

✓ L'espace rural reste moins attractif pour les professionnels. Le regroupement des professionnels en milieu urbain complique l'accès aux soins des ruraux, ce qui entraîne une conduite de renoncement aux soins chez les personnes âgées.

✓ Une offre d'accueil pour personnes âgées à faire progresser

La situation est nettement déficitaire sur l'aire de santé de Miramont Duras : le ratio d'équipement de l'offre d'accueil en EHPAD (207 places) est de 74 ‰ contre 104 ‰⁵⁸ pour le département.

✓ Le maintien à domicile à conforter

Les services d'aide à domicile : Le maillage de l'aire de santé par les deux associations d'aide à domicile (ASSAD et ADMR) est repéré par l'ensemble des professionnels rencontrés. Un travail de regroupement des ASSAD en GCMS⁵⁹ est en cours sur le département. Localement, l'encadrement est assuré par du personnel administratif. La professionnalisation des aides à domicile se poursuit.

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) « les 3 cantons » de l'ADMR dispose d'une capacité de 51 places ne lui permettant pas de répondre à l'ensemble des sollicitations des familles et des médecins. Le SSIAD intervient auprès de 42 personnes âgées sur l'aire de santé dont plus de 15 % sont en gir 1 et 60 % en gir 2-3. 42 d'entre elles bé-

⁵⁸ pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans

⁵⁹ Groupement de Coopération Médico-sociale

néficient de l'intervention de plusieurs professionnels au domicile (ASSAD ou ADMR, réseau de santé gériatrique, réseau de santé soins palliatifs).

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), situé à Marmande, est chargé d'informer, d'orienter les personnes âgées de plus de 60 ans. Il a aussi pour mission d'évaluer et de coordonner les actions auprès des personnes âgées. Il dispose de deux agents de coordination. Gestionnaire des 3 CLIC du département, l'association REGAIN dispose notamment d'une gérontopsychologue qui partage son temps entre Agen et Marmande, utilisée aussi par le Réseau ALIENOR (entente de structures). Peu de vacations de gériatres prises en charge directement par le CLIC qui oriente plutôt vers la consultation mémoire de Tonneins après accord du médecin traitant.

Le réseau de santé Aliénor gériatrique et Alzheimer couvre 12 cantons avec une capacité d'inclusion de 70 personnes âgées l'an. Il favorise l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Les évaluations gériatriques réalisées à l'entrée dans le réseau donnent une photographie sanitaire de la population vieillissante. Le réseau a lié des partenariats solides avec les structures de santé, médico-sociales, sociales et professionnels exerçant sur son territoire d'intervention.

12 des 15 médecins de l'aire de santé ont intégré 29 patients de l'aire de santé dans le réseau : 26 en Gir 2 et 3.

Deux autres structures ayant un rayonnement départemental interviennent sur l'aire de santé : le réseau de soins palliatifs Palissy et le service de l'hospitalisation à domicile (HAD).

➤ La multiplicité des intervenants (Annexe 3)

La personne aidée est soutenue dans les actes de la vie par les aidants familiaux et les professionnels. Le nombre de bénéficiaires APA pris en charge par le réseau de santé Aliénor et par le SSIAD croît en fonction des incapacités. Cependant, nombreuses situations APA bénéficiant de soutien de professionnels du domicile n'ont pas d'« acteurs coordonnateurs ». Ces situations requièrent pourtant de la vigilance car la défaillance de l'aidant naturel (épuisement, hospitalisation,...) peut faire basculer la situation de « l'aidé ». Et, le défaut de coordination conduit parfois à des orientations de la personne âgée, par défaut d'autres solutions, vers l'hôpital pour permettre pendant ce temps d'ajuster le plan de soins individualisés.

2.1.4 La convergence d'objectifs des acteurs institutionnels

Qu'il s'agisse du Conseil Général ou de l'ARS Aquitaine, les priorités dégagées portent sur l'égalité d'accès à la santé et l'efficacité de l'offre de santé.

A) Une mobilisation départementale

a) *La Commission Départementale de la Démographie Médicale (CODDEM)*

Créée en janvier 2009 à l'initiative du Conseil Général, la CODDEM est coprésidée par le Président du Conseil Général et le Préfet et depuis décembre 2010 par la Directrice Générale de l'ARS Aquitaine.

La CODDEM est le fruit d'un engagement sur le terrain de médecins de santé publique du Conseil Général, de l'ex DDASS, du CDOM et du centre 15 qui a permis de dresser un certain nombre de constats alarmants dont se sont emparés les élus départementaux.

Cette instance partenariale a décliné un plan d'actions départemental autour de deux axes : développer l'attractivité médicale, faciliter et adapter l'exercice médical.

Le comité technique de la CODDEM assure de ses conseils les porteurs de projet.

La représentation ordinale des médecins va être élargie à celle des infirmiers et à d'autres ordres, sous réserve d'un dialogue inter-ordinal.

b) *Le schéma gérontologique départemental 2011-2015*

Le Conseil général fait du maintien à domicile une priorité et entend organiser celui-ci pour le rendre plus performant au bénéfice de la population.

Favoriser le décloisonnement des acteurs et mettre en œuvre des outils de coordination sont des orientations fortes déclinées en actions pour améliorer l'efficacité des acteurs. La mission d'animation gérontologique est confiée au CLIC départemental ainsi que l'optimisation de l'information à destination des usagers et des professionnels.

B) Promouvoir l'égalité devant la santé : l'ARS

a) *Le CPOM de l'ARS Aquitaine 2010-2013.*

Relayant l'une des priorités nationales qui est de garantir l'égal accès aux soins de 1^{er} recours, l'ARS Aquitaine a défini parmi ses objectifs dans le CPOM 2010-2013 le développement des modes d'exercice collectif en milieu ambulatoire. Pour faciliter leur émergence, la création d'une Cellule d'Appui Territoire et Santé, réunissant l'Etat, le Conseil Régional, l'assurance maladie et les professionnels de santé, apportera son soutien méthodologique aux professionnels et aux élus, porteurs de projets; tout en respectant les démarches initiées localement, à l'instar de la CODDEM dans le Lot et Garonne.

b) *Le Plan Stratégique Régional de Santé, validé le 8 février 2011 par la CRSA définit quatre orientations stratégiques parmi lesquelles*

- celle de « favoriser un accès pertinent et équitable aux soins et aux prises en charge sanitaires et médico-sociales »

- celle d' «améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional ».

2.1.5 Le pôle de santé territorial de l'aire de santé de Miramont Duras

Ce pôle de santé est l'émanation des projets de deux communautés de communes, avec d'une part, la création d'une maison de santé pluridisciplinaire sur la commune de Miramont de Guyenne et d'un travail en réseau avec les lieux de soins périphériques et d'autre part, l'exercice regroupé et concerté organisé sur deux lieux principaux (Duras et Lévigac de Guyenne). Le choix d'un même cabinet d'études a contribué à établir des passerelles entre ces deux projets, évoluant sur des territoires limitrophes (*Annexe 5*). Le projet s'inscrit dans la cohérence du schéma de services à la population du Pays du Dropt (décembre 2008) et du Projet territorial sanitaire et social du Val de Garonne 2008-2014 élaboré pour le territoire intermédiaire Marmande-Tonneins-Casteljaloux (SROS 3).

A) Des motivations de départ différentes selon les secteurs :

- ✓ Le projet de Miramont de Guyenne émane de la campagne électorale de 2008 au cours de laquelle les habitants ont fait part de leur inquiétude sur l'accès aux soins de proximité : baisse du nombre des médecins généralistes et absence de spécialistes nécessitant de se déplacer à Marmande (30 mn),
- ✓ Le projet de Lévigac de Guyenne, au sud de la communauté de communes du Pays de Duras, est porté par des professionnels de santé déjà en pratique de concertation en attente de locaux pour un exercice pluridisciplinaire adapté,
- ✓ Le projet de Duras provient du mécontentement de la population de la mise en place du 15 (anonymat du pré diagnostic) et de sa préoccupation sur le vieillissement de ses médecins. Ce message est relayé par le maire de Duras, présidente de la communauté de communes, auprès de ses collègues communautaires.

B) Des réponses différentes apportées localement

✓ Sur Miramont de Guyenne : la nouvelle équipe municipale a « offert » en élément de réponse un produit clé en main - un cabinet médical réunissant des médecins et des spécialistes et le cas échéant des auxiliaires médicaux -. Majoritairement, les médecins se sont opposés à ce projet pour deux raisons évoqués : ils n'en étaient pas les initiateurs et ne reconnaissaient pas la légitimité aux élus de s'intéresser à la santé publique. C'est dans ce contexte que la commune de Miramont de Guyenne s'est entourée en aout 2009 de l'expertise d'un cabinet consultant avec pour mission d'établir un diagnostic de l'offre de santé et d'accompagner les professionnels dans l'élaboration du projet de santé. Depuis janvier 2011, le portage du projet a été accepté par la communauté de communes du

Pays de Lauzun tout en confiant la gestion administrative et financière de la MSP à Miramont de Guyenne.

✓ Sur Duras et ses alentours, le contexte est différent. Les élus communautaires du Pays de Duras ont pris en compte la problématique sans y apporter de réponse directement estimant leur méconnaissance dans ce domaine. Ils ont fait le choix en octobre 2009 de prendre le même cabinet consultant que celui de Miramont de Guyenne.

C) Le partenariat élus-professionnels

L'aménagement du territoire de l'offre de santé de proximité prend une dimension partenariale : les élus en responsabilité d'organiser leur territoire et les professionnels apportant leurs connaissances expertes. La finalité principale est de rendre l'exercice des professionnels en milieu rural plus attractif.

D) .La validation du projet de santé territorial

La CODDEM avait par ailleurs commencé ses travaux qu'elle a rendus publics en novembre 2009. Le rapprochement des projets initiés sur chaque communauté avec leur prolongement dans la création d'un pôle de santé intercommunautaire correspondait aux attentes d'organisation de la CODDEM. Le projet de santé territorial a été validé en 1^{ère} instance par la commission départementale –la CODDEM- et par l'instance régionale de sélection pour les maisons de santé en milieu rural en octobre 2010. Professionnels et élus poursuivent la réflexion pour définir les modalités opérationnelles au travers de plusieurs items : partage de l'information coordonnée, le secrétariat, les actions de prévention sanitaire, ...

Cependant, l'achèvement de la mission du cabinet consultant au terme prévu de l'accompagnement des professionnels sur la rédaction du projet de santé pose réellement une difficulté. La mobilisation des professionnels est retombée alors que le projet nécessite de se poursuivre de manière structurée et efficace.

On pointe là un des problèmes majeurs de la conduite de la réforme engagée car le financement est assis sur la définition des objectifs et des indicateurs d'évaluation mais pas sur l'accompagnement des équipes à formaliser la mise en œuvre de la pluridisciplinarité qui est pourtant déterminante.

2.2 Analyse des résultats

La collecte des données a été constituée essentiellement par des entretiens semi-directifs constituant une source importante de données et d'informations. L'analyse des

données a été développée à partir des guides d'entretien complétés par la prise de note lors des entretiens.

Cette partie présente les résultats de l'étude. En premier temps, l'appropriation de la notion du parcours de soins coordonnés, les modes de communication, les difficultés du parcours de soins, les enjeux interactionnels et enfin les motivations à intégrer un nouveau mode d'exercice avec la question centrale de la coordination.

A) L'appropriation de la notion de parcours de soins coordonnés

L'analyse du recueil des données nous montre que cette notion n'a pas imprégné les médecins généralistes. Se consacrant à plein temps à leur exercice, un médecin généraliste nous dit après un temps d'hésitation : « *c'est un concept mais je ne sais pas vraiment ce que cela signifie...* » [11]. Pour un autre, cette notion concerne le secteur hospitalier mais poursuivant sa réflexion, il déplore « *j'apprends le retour par la famille ou l'infirmière. Il n'y a déjà pas de coordination dans l'hôpital alors pensez entre l'hôpital et le médecin traitant* » [12].

Des médecins ayant des charges ordinale et départementale présentent avec acuité les enjeux passés et à venir. L'un d'eux évoque avec amertume : « *la responsabilité du parcours de soins coordonnés a été vendue en disant aux médecins traitants vous aurez un superbe outil d'information le DMP ; il devait faciliter le lien ville hôpital, on attend toujours ... et la coordination, ce n'est pas que l'échange d'information, c'est aussi la concertation entre les professionnels, et pas seulement les médicaux* » [2]. Pour l'autre médecin, Il analyse le cloisonnement des champs professionnels avec gravité comme facteur obérant la qualité des soins « *La personne âgée, c'est la globalité des soins...les médecins doivent s'adapter et la médecine sera mieux faite* » [7].

La pratique des professionnels libéraux est de conseiller la famille à charge pour elle d'effectuer les démarches médicales ou sociales. Par contre, des médecins rencontrés nous expliquent que leurs attitudes sont fonction des relations personnelles. « *Quand il y a un problème autre que médical, je dis à la famille de prendre contact avec une assistante sociale. Moi, je n'ai pas le temps de faire cela et cela ne me concerne pas* » [15]. Quand je lui demande plus tard s'il connaît l'assistante sociale, il répond par la négative précisant qu'il ne sait pas où se trouve son bureau. « *C'est à la famille de faire les démarches et si ça bloque parce qu'il n'y pas de place à l'EHPAD et bien, nous on débloque la situation, j'appelle le directeur de Miramont, je le connais bien*» [12].

Pour ceux-ci, la médecine n'est pas étendue à une responsabilité médico-sociale et l'environnement social n'est pas intégré dans la continuité du soin. Dans une des deux situations exposées, le médecin intervient en appui pour « rendre service ». Il redevient l'homme important.

Une infirmière signale qu'elle fait à la place de la famille quand elle « *sent qu'elle ne peut pas se débrouiller seule* » [16].

Le parcours de soins n'est pas évocateur non plus dans le champ médico-social.

Rappelant le sujet du mémoire en début d'entretien à un professionnel du médico-social au Conseil Général, la personne s'excuse disant qu'elle n'avait « *pas saisi le sujet lors de la prise de rendez-vous téléphonique car les pôles et les maisons de santé concernent le secteur médical, ...les soins coordonnés, vous devriez rencontrer Mme x qui est médecin, c'est elle qui s'occupe des maisons de santé* » [27]. Pourtant lorsqu'on avance dans la conversation, ce sujet de la coordination est bien au centre de ses préoccupations.

Cette exploration permet d'observer un écart entre l'engagement des élus et la pénétration du message dans les services. Le développement des PSP et MSP n'est pas perçu comme un des éléments de réponse à l'accès aux soins des personnes dépendantes...ni comme un des outils de coordination des acteurs de santé. Pour ce professionnel administratif, le terme de santé renvoie à celui de soins et donc au sanitaire.

B) Les modes de communication : informels et formels

Un médecin définit la coordination par « *se réunir dans un même lieu entre plusieurs professionnels pour discuter d'une situation. Ça, c'est de la théorie car la coordination, c'est du temps et de l'argent. Aujourd'hui, je n'ai pas de temps. Je laisse des messages sur le bureau de l'infirmière qui démarre sa journée à 6h00 ; on n'a pas le temps de prendre le café ensemble et parler des situations. Autrement, c'est par téléphone* » [14]. Ajoutant au cours de l'entretien « *même les réunions du réseau au chevet du patient, on perd une demi heure à se présenter, il suffirait que je fasse un mot sur la situation...* » [14] tout en manifestant un certain agacement à mes questions.

Le médecin a le sentiment de perdre son temps dès lors qu'il est considéré comme membre d'une équipe. La rareté de son temps ne lui permet pas de le gaspiller en réunion. Son rôle de prescripteur lui suffit pour assurer une prise en charge de qualité de son patient, la relation lui est inutile, du moins dépréciée. C'est un point essentiel de la façon de vivre son travail et donc de ce qu'il y a à changer.

Un autre médecin précise que « *c'est quasiment toujours par téléphone, nous avons aussi des concertations à l'initiative du réseau. Elles sont ponctuelles et c'est bien suffisant,... et si non, il faut bien se débrouiller seul. Soit j'oriente la famille vers l'ASSAD qui prendra contact avec l'assistante sociale..., soit la situation nécessite des toilettes alors je téléphone aux infirmières ou au SSIAD, pas toujours facile de les joindre par téléphone,...pas toujours de la place et quelquefois, j'envoie sur les urgences quand je n'ai*

pas de solution» [12]. Un autre, un peu gêné, indique dans la discussion «... moi quand je pense nécessaire de mettre en place des toilettes et que les infirmières ou le SSIAD n'ont pas de place, cela finit parfois aux urgences. Ce n'est pas la meilleure solution mais on n'a pas d'autres solutions » [11].

Le médecin pointe là le malaise et les limites du rôle de prescripteur de soins qui peut le conduire à une orientation sanitaire alors qu'elle n'est pas justifiée médicalement, qu'il sait traumatisante pour la personne âgée et coûteuse pour la solidarité nationale.

En évoquant le mode informel de la coordination, des médecins font un lien avec les conséquences ou les limites de ce mode opératoire qui peut conduire à des hospitalisations injustifiées.

Un médecin installé depuis un an regrette « le confort » qu'il avait là où il exerçait auparavant « j'avais un n° de téléphone- je crois que c'était le SSIAD- et il envoyait quelqu'un qui faisait une évaluation et faisait ce qu'il fallait faire, ...non, je n'avais pas de retour mais je n'en avais pas besoin. Pour quoi faire ? Ici, le SSIAD ne fait pas ça » [15].

L'ASSAD indique « on nous demande beaucoup de choses alors on oriente vers le CLIC et on arrive toujours à trouver une solution ; ça nous arrive de ne pas savoir mais on téléphone un peu partout et on trouve le bon interlocuteur ». « Quand l'aide à domicile ou le portage de repas voit quelque chose qui ne va pas, j'informe par téléphone l'assistante sociale par exemple ou le médecin mais lui, il faut le harceler ». « Le service social de l'hôpital nous appelle pour les sorties d'hospitalisation, il nous dit comment est la personne ... ». « Nous avons des réunions de concertation avec le réseau Aliénor et le CLIC.. » [19].

La coordinatrice du SSIAD définit deux niveaux de coordination : la transmission de l'information qui est le plus commun et « la concertation avec l'assistante sociale de l'APA, l'aide à domicile et l'infirmière, en une demi heure on a redéfini le plan d'aide,... On n'en fait pas assez, on gagnerait du temps ». « Le médecin ? il n'est pas concerné par le plan d'aide » [24].

Le cahier de liaison complété par les différents acteurs intervenant au domicile est un autre mode opératoire qui permet de prendre connaissance de l'évolution de la personne. Un médecin relève « les aides ménagères savent tout ce qui se passe mais mettent tout sur le cahier, à quelle heure le papi s'est levé, ce qu'il a mangé, ce qu'elles ont fait, ...ça m'est complètement égal, moi j'ai besoin de savoir si son alimentation est régulière,... Parfois, elles notaient des choses qui étaient importantes et que je découvrais longtemps après. Alors, je leur ai demandé de me téléphoner pour me le signaler» [7].

La finalité du cahier de liaison se pose. Il s'agit de faire la liaison entre quels acteurs ? Les aides à domicile ont le cahier de liaison pour communiquer entre elles, les aides soignantes ont institué leur cahier de transmission. Les deux servent à la communication entre pairs. Selon les travaux d'A. Sarradon-Eck⁶⁰, la place du cahier de liaison comme outil de coordination reste sous-utilisé et peu d'informations y transitent. La présence des services à domicile est associée bien souvent aux activités domestiques et apparaît comme une «sécurité» supplémentaire qui les conduit à endosser le rôle d'agent de liaison auprès du médecin sur la base d'une relation asymétrique.

La coordination informelle avec l'usage privilégié du téléphone est le mode principal de transmission des informations qui est majoritairement développé par les acteurs au quotidien. La concertation entre les professionnels est un outil de coordination plus exceptionnel pour les médecins.

Les services administrés sont attachés à la formalisation de comptes-rendus qui sont effectifs lorsqu'il s'agit des réunions organisées par le CLIC et le réseau de soins palliatifs. Il est plus aléatoire pour le réseau Aliénor.

Les paramédicaux : un passage obligé ?

Pour deux infirmières rencontrées : « *Tout le monde travaille bien mais dans son coin* », « *... à la campagne, on se connaît tous et on se parle facilement entre médecins, infirmières et les aides à domicile* ». « *Très rare de se retrouver ensemble pour discuter* » « *quand on a besoin, on passe un coup de fil ou bien il m'arrive aussi de me déplacer chez le médecin* » [16,17]. L'une d'elles emploie le terme «*le point de ralliement* » pour décrire sa fonction dans le cheminement de l'information – « *l'aide à domicile, l'aide soignante et la famille font remonter les doléances et ensuite, j'appelle le médecin...* » [16].

L'infirmière, en tant qu'agent de liaison avec les autres professionnels et la famille, la place en véritable pivot professionnel du soin et du soutien à domicile. Elle informe, conseille, intercède auprès du médecin. Cette posture n'est pas formalisée et le circuit de l'information tient davantage des liens interpersonnels. Il révèle notamment ses limites quand des dissensions existent entre le service d'aide à domicile et les infirmières comme c'est le cas dans un secteur. Un tel système de relations demeure fragile car son organisation est fondée sur des relations affinitaires ; ce qui ne lui confère pas de fiabilité et de durabilité. Un tel mode opérationnel présente une autre limite car elle ne s'inscrit pas dans un partage de l'information entre tous les acteurs : l'information est centralisée sur un seul acteur.

⁶⁰ Sarradon-Eck A., « *Qui mieux que nous ?* » *Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins*. Chapitre 14. pp.253-270 in Singuliers Généralistes.

C) Difficultés repérées dans le parcours de soins

Les acteurs identifient les situations exigeant une réponse rapide coordonnée lors d'un changement soudain de l'état de santé, contrastant avec un médecin sûr de son propos « *il n'y a pas de difficulté si l'on sait anticiper, la plupart ne le font pas et ensuite ils se plaignent* » [15].

L'assistante sociale de l'APA et le CLIC mentionnent « *l'altération rapide de l'état de santé qui oblige à revoir rapidement le plan d'aide et trouver une solution qui corresponde aux besoins de la personne* » [25] La mise en place de ses réponses souvent médico-sociale nécessite un peu de temps et « *... parfois le médecin oriente vers l'hôpital ce qui peut entraîner un état de confusion chez la personne âgée* » [22]. La représentation sociale de l'hôpital est encore bien présente. Est mentionnée aussi la difficulté à trouver des professionnels pour faire des toilettes quand il y a le changement de gir 3 à 2.

Un médecin fait le constat suivant « *notre patientèle, c'est majoritairement des personnes âgées et quand elles ne sont plus vraiment valides, elles peuvent être dans un réseau de santé ça ne représente que quelques personnes mais ça nous soulage bien et pour les autres, le médecin assure l'intégralité du suivi. Et lorsqu'il y a des crises aiguës, il faut réagir vite et réévaluer le plan d'aide, plus de temps d'aide à domicile ou de la toilette, de l'accueil de jour,...* Pour ces situations là, oui il manque de la coordination » [7].

Un service à domicile s'interroge : « *le CLIC et le réseau Aliénor n'interviennent pas dans toutes les situations, le service passe beaucoup de temps par téléphone pour coordonner,..est-ce que c'est notre rôle car nous ne sommes pas payés pour ça* » [20]. Référence faite au CLIC et aux réseaux financés pour faire de la coordination. Les deux services d'aide à domicile rencontrés soulèvent « *quand nous participons aux réunions du réseau, les médecins, pharmaciens,..sont payés. Pas nous* » [19]. Ce que n'acquiescent pas les deux représentants du réseau Aliénor rencontrés expliquant que la rétribution est versée à la structure, élément non confirmé par les responsables.

Ce point soulève un problème plus général qui est celui de la rémunération. Les professionnels libéraux sont payés à l'acte ; leur temps de présence passé en réunion du réseau de santé leur est rétribué par ce même réseau. A noter que la rétribution des libéraux n'est pas prévue dans le cas des CLIC. Pour les services « publics », le personnel y est salarié ce qui amène à considérer communément que quelle que soit la tâche accomplie, il sera rémunéré de la même manière. Toutefois, les financeurs des services à domicile et des SSIAD n'intègrent pas de temps de coordination dans la tarification. Donc, ces différences observées génèrent des tensions et entraînent un vif sentiment d'iniquité

quand plus est, les services à domicile font observer la présence furtive de certains professionnels libéraux alors qu'eux se font un « *devoir* » de participer intégralement.

Le défaut de communication lors des sorties d'hospitalisation est présenté avec un caractère chronique quasiment par toutes les personnes rencontrées. Palliant les informations différées de l'hôpital, les familles assurent un lien. Par ailleurs, l'assistante sociale du SSR énonce sa difficulté à préparer les retours à domicile car *les kinés ont des seuils d'activité qui ne leur permettent plus de prendre de nouveaux patients à domicile et les orthophonistes sont à Marmande et pas installés en secteur rural, ...* » [29] ce qui conduit certaines personnes âgées à renoncer aux soins.

D) Les enjeux interactionnels dans les relations entre les professionnels

a) *Des logiques de relations*

Les services sociaux et médico-sociaux sont davantage tournés vers les services administrés

Les assistantes sociales rencontrées expriment : « *On a davantage de relation avec les aides à domicile, le service social du CHIC, le réseau Aliénor et le CLIC, les SSIAD aussi* » complété « *..., les mairies et CCAS* » [25,28].

Pour l'assistante sociale du CHIC : « *Pour la préparation des sorties, je travaille très bien avec le CLIC qui est très réactif. Avec le réseau, c'est différent mais ils n'ont pas les mêmes missions, ... on appelle les services à domicile et le SSIAD* » [30]. Ne sont pas mentionnés les médecins, ni les infirmières libérales.

Le SSIAD mentionne des liens très ténus avec le CHIC : « *les liens avec l'hôpital sont quasi inexistant, il téléphone le jeudi pour le vendredi mais on n'a jamais de places disponibles... Nous travaillons avec les aides à domicile, les infirmières, les kinés, les fournisseurs de matériel médical, les assistantes sociales* » [19]. Le CLIC, les réseaux, les médecins ne sont pas des interlocuteurs privilégiés. Le SSIAD précise qu'il « *connait le réseau Aliénor ...mais on n'a pas vraiment de liens et de toutes façons on fait à peu près le même travail* » [19]. En témoigne la quasi absence d'activité avec le réseau (cf annexe 2). Quand aux médecins, ils paraissent être positionnés dans un rôle de prestataire : « *ils répondent à la demande si besoin de matériel comme un lit médicalisé et s'ils ne répondent pas, le SSIAD arrête son intervention car il faut protéger les salariés...* » [19].

Le CLIC note une « *bonne relation de travail avec le réseau de santé Aliénor* » [22] dont le travail en bonne intelligence était souligné dès le conventionnement de 2008 à la demande du Conseil Général. Les relations sont aisées avec l'ensemble des services sociaux, les services à domicile mais la coordinatrice évoque « *la méconnaissance de leur service par les libéraux.* » [22].

- les professionnels de santé

Les médecins-prescripteurs sont enclins à travailler avec les professionnels prescrits qui se résument la plupart du temps aux infirmières libérales. Les kinésithérapeutes sont plus autonomes dans leur pratique de soin. Bien que prescrits, les pharmaciens sont perçus comme des concurrents car ils font du diagnostic. S'agissant des services à domicile, leur présence quotidienne les positionne comme des sentinelles du médecin.

Les infirmières déclarent « *n'avoir pas de relations avec le conseil général alors qu'on connaît les situations...* » [16,17]. La différenciation des statuts (libéral/salarié) marque une distance des relations professionnelles. Elles regrettent l'absence de relations avec les assistantes sociales « *je ne sais pas vraiment tout ce qu'elles peuvent faire d'ailleurs* » « *nos relations sont avec les familles, les médecins et les aides à domicile* » [16].

Le réseau de santé Aliénor : « *on travaille très bien avec tout le monde* » nommant les différents partenariats conventionnels. [23] (cf annexe 2)

Les professionnels libéraux ont une image dépréciée de ceux exerçant en salarié qui renvoie à une dévalorisation accentuée du métier, créant un rapport social distancié. Ce qui conduit les professionnels salariés qui ont une légitimité statutaire à se faire reconnaître dans les résultats qu'ils produisent.

b) *La hiérarchie symbolique*

- le paramédical vis-à-vis des services d'aide à domicile

L'effort de formation des services à domicile pour satisfaire aux évolutions de leur métier semble considéré insuffisant. Une infirmière déplore que « *les aides à domicile se retrouvent à faire des choses auxquelles elles ne sont pas formées mais elles font pour le mieux...A plusieurs reprises, je leur ai proposé de les former sur la fin de vie mais je n'ai jamais eu de réponse...* » [17]. Le SSIAD tient sensiblement le même discours : « *à force d'insister, j'ai réussi à faire une formation pour deux aides à domicile sur l'utilisation du lève malade ... mais ce n'est pas de leur compétence* » [24]. L'enjeu non avoué porte sur les frontières de compétence floues.

Le lien existe également quand un médecin évoque « *les aides à domicile sont des sentinelles...* » [7].

Le lien de prescription

- L'exaspération des médecins à s'entendre répondre par le SSIAD ou par les infirmières l'absence de place pour un nouveau patient : « *quand le médecin demande une prise en charge, c'est que c'est justifié,...la parole du médecin est banalisé,..* » [12]. L'un d'eux cherche à recueillir mon acquiescement à ce propos alors que le second affirme ce

point de vue avec véhémence. S'agissant du SSIAD, l'un d'eux exprime : « *c'est un service social, il n'a pas le droit de nous refuser de prendre des patients...* » [15].

La prescription entraîne un lien de subordination qui n'autorise pas les « exécutants » à discuter la commande. Un médecin m'explique les manières dont les infirmières doivent s'adresser au médecin. Le kinésithérapeute n'est jamais cité dans les conversations.

- L'assistante sociale en charge de l'APA témoigne de ce lien à l'égard des gestionnaires d'aide à domicile : « *dans les plans d'aide, on met des interventions d'une demi heure le soir pour le coucher ... les services nous disent que ce n'est pas possible car pas assez de temps, ... une fois, la situation allait loin car le service disait qu'il n'interviendrait plus ce qui nous a obligé à se réunir ...* » [25].

- La pédicure-podologue en parlant de son métier : « *je ne dépends pas du médecin généraliste comme l'infirmière ou le kiné* » [18]. Son activité est très faiblement liée à la prescription du médecin. Elle est financée quasiment toujours par les « clients ».

c) *Le cloisonnement des acteurs*

➤ Cloisonnement horizontal –soins de ville/services sociaux et médico-sociaux

Conséquence de la méconnaissance du métier de l'autre

Les auxiliaires médicaux expriment : « *on ne connaît pas vraiment leur métier (assistantes sociales) mais dans les situations où on avait des difficultés avec les caisses, elles ont bien débrouillé l'affaire* » [16] et évoquent l'importance d'avoir des permanences de ces professionnels dans la MSP tout en reconnaissant aussi « *je ne sais pas vraiment ce qu'on peut demander à une assistante sociale* » [18].

Lors d'une réunion sur une autre aire de santé, les professionnels de santé évoquent sans ambages la méconnaissance des métiers. La Conférence de Territoire du Lot et Garonne a acté et défini une action sur le référentiel métier des professionnels. Ce travail qui va nécessiter la crainte de voir un énième annuaire des professionnels nous ferait préférer davantage en termes d'efficacité la connaissance des professionnels entre eux par des actions de formation pluridisciplinaire dans les MSP.

Conséquence de la différence des statuts entre libéraux et salariés

Comme l'indique les relations du service APA et les infirmières libérales : « *on contacte le service prestataire quand on met en place des plans d'aide,... les infirmières se plaignent qu'on ne prenne pas contact avec elles car elles connaissent la situation mais ...elles n'ont jamais de place pour les toilettes... et si on veut les rencontrer de toutes façons, elles nous disent qu'elles ne sont pas disponibles...* » [25]. Sous entendu, elles sont payées à l'acte et donc pas pour le temps passé en concertations.

La rémunération participe de la régulation de l'activité des acteurs libéraux. Le temps consacré aux réunions est déprécié car il n'est pas rémunéré. Ces acteurs sont

entièrement inscrits dans une relation à leurs clients où le propre du paiement par l'argent est de solder des comptes et donc de clore la relation alors que « l'endettement réciproque » des dons et contre dons des relations sociales construisent et entretiennent des relations.

Cette même observation a été faite par un médecin disant clairement « *quand j'appelle le SSIAD, ça ne répond plus quand je termine mes consultations à 13h et le soir n'en parlons pas ; on n'est pas calé sur les mêmes horaires* » [13].

Conséquence de la représentation d'autorité du médecin

Ce dernier est présenté comme étant « *enfermé dans sa sphère* » détenant seul la connaissance, ce qui amène les acteurs à développer des stratégies de réassurance. Une assistante sociale témoigne ne pas oser appeler le médecin pour lui faire part de ses observations car « *il nous fait sentir que l'on n'est pas à notre place. Je préfère demander au CLIC de faire une évaluation par la gérontopsy qui en référera au médecin* » [25]. La coordinatrice du CLIC tient le même discours pour ses évaluations précisant que « *le petit bilan mémoire fait par notre gérontopsychologue est envoyé au médecin traitant en l'interrogeant sur l'opportunité d'un bilan mémoire et la famille fait aussi la démarche ...* » [22].

Conséquence liée à la césure entre le domicile et l'hébergement

Considéré subalterne, le domicile a longtemps été relégué à des tâches domestiques, le classant dans une sous-catégorie de service par rapport aux maisons de retraite.

L'absence de coordination des acteurs, en dehors des situations bénéficiant d'une prise en charge par le CLIC et le réseau Aliénor, renforce les propos d'un directeur d'EHPAD précisant qu'il n'a pas de contact avec les acteurs du domicile hormis le CLIC dont il est le président. Le manque d'anticipation ne permet pas une préparation en amont de l'accueil en EHPAD rendant plus encore susceptible des orientations aux urgences en cas d'altération rapide de l'état de santé de la personne.

Ce lien relationnel semble être dévolu au CLIC et au réseau de santé Aliénor ou encore aux familles.

Conséquence liée à la césure entre le médical et le social

Les médecins bien qu'invités par écrit aux réunions de coordination du CLIC se déplacent que très exceptionnellement présents, ce que déplore la coordinatrice du CLIC.

Conséquence liée à la représentation de son métier ou des compétences

La pédicure -podologue « *je ne travaille pas en coordination, c'est le métier qui veut ça ; pourtant on pourrait s'apporter des choses* » [18].

Un médecin qui n'a foi que dans les professionnels dont il a pu apprécier les compétences : « *Je suis un solitaire, je fais beaucoup de choses tout seul, pas besoin des autres. Les pansements, je les fais moi-même, je suis sûr qu'ils sont bien faits* » [15].

Conséquence liée à l'absence d'échange entre financeur et utilisateurs de service

L'absence de place en SSIAD et chez les infirmières fait hésiter les familles à demander une révision du plan d'aide pour aggravation dans un secteur de l'aire de santé car les personnes âgées craignent pour ce motif de devoir quitter leur domicile pour aller en maison de retraite. Le réseau de santé indique : « *C'est très violent pour les personnes âgées...* » [23]. D'un côté, un personnel de l'ARS « *on n'est pas au courant de toutes ces difficultés car on ne voit que les budgets* ». De l'autre côté, le Conseil Général : « *les SSIAD relèvent des ARS* » [7].

Le payeur (ARS) des places en SSIAD n'est pas celui qui prescrit (le médecin) et n'est pas celui agit le soin (SSIAD et infirmières). En l'absence d'échange entre financeur et utilisateurs de service, est compromise toute adaptation de l'offre de santé aux besoins de la population. Ce qui réfère à l'étanchéité des territoires de compétences.

➤ Cloisonnement vertical

Une relation concurrentielle

Lors d'une réunion gérontologique organisée par le Conseil Général, des infirmières libérales ont vivement reproché à la structure de l'hospitalisation à domicile (HAD) d'empiéter sur leur compétence et donc de prendre leur travail. La directrice du HAD de rétorquer « *notre structure ne fait pas du maintien à domicile mais c'est une structure de soins alternative à l'hospitalisation qui permet de dispenser des soins médicaux et paramédicaux importants... , je comprends que les intervenants à domicile soient frustrés...* ». Le HAD évoque les difficultés rencontrées sur les sorties car « *pas de places en SSIAD et les infirmières ne prennent pas, ...* ».

La relation ville-hôpital

Un médecin relève que « *l'hôpital doit anticiper les sorties de l'hôpital car c'est à eux de préparer le retour à domicile mais pas aux médecins traitants... et très souvent, c'est même la famille qui nous donne des nouvelles et qui nous apprend que la personne va sortir ou qu'elle est déjà sortie et qu'il faut du matériel médical, des médicaments, ...* » [12] . « *est-ce que vous prenez contact avec l'hôpital ?* » « *Non et de toutes façons, je ne sais pas dans quel service se trouve la personne* » [12].

L'assistante sociale du CHIC de Marmande Tonneins précise à ce sujet : « *Je participe tous les jours au staff du service de médecine gériatrique mais je ne peux pas assister aux staffs des autres services et là, c'est fonction du personnel...* » [30] et précise rappeler aux services l'importance de la préparation de la sortie. Une présidente de ser-

vice à domicile, par ailleurs infirmière libérale indique à ce sujet : « ... avec les hôpitaux de Bordeaux, nous sommes informés plusieurs jours à l'avance de la sortie ; ça doit faire partie du process établi en interne » [20].

Le service social du CHIC « beaucoup de situations arrivent aux urgences par absence de coordination entre les professionnels alors qu'ils interviennent mais ils bossent chacun dans leur coin. Des hospitalisations auraient pu être évitées ou au moins préparées et donc moins traumatisantes pour la personne âgées. Ce sont généralement des situations catastrophiques et difficiles : grosses carences, insalubrité » [30]. La montée de la précarité chez les retraités est confirmée par les assistantes sociales mais « la personne ne dit pas forcément quels sont les professionnels intervenant » [31].

Sur le questionnement de l'adressage des personnes âgées, l'assistante sociale note « Beaucoup d'entrées se font par les urgences, environ 60 % avec un mot du médecin AEG⁶¹ à 80 %, état de la maison insalubre, personne à mettre sous protection, recherche de placement,.... » [30].

Une infirmière libérale nous dit : « l'hôpital ne prépare pas les sorties, il pense que l'on est disponible 24h/24 ; on travaille aussi le samedi et le dimanche pour préparer les sorties mais ça ce n'est pas reconnu. ... » [16]. Cette réaction est à rapprocher du parcours professionnel infirmier et pointe le jugement sur la qualité du travail à l'égard de celles exerçant en établissement de santé.

Pour autant, bien des sorties d'hospitalisation sont préparées comme l'indique par ailleurs le CLIC ou les services à domicile mais ne sont retenues que celles qui ont posées problèmes.

Dans un atelier du Projet Territorial de Santé, « l'essai du chemin clinique » entre la ville et l'hôpital montre l'absence de vision globale de la prise en charge de la personne âgée par les infirmières libérales par la méconnaissance des autres intervenants.

d) *Le regard sur la profession de l'autre*

Les pharmaciens : une profession empiétant sur les territoires professionnels

Les infirmières les décrivent mercantiles « les infirmières sont les mieux placées pour faire les évaluations mais les textes disent que ce sont les pharmaciens et bien souvent, je repasse derrière eux ... » [17]. Un service à domicile considère que le pharmacien est de bons conseils car il connaît bien le matériel. Plusieurs médecins mécontents « les pharmaciens ont tendance à s'accaparer le discours médical pour vendre » [13].

Un discours dévalorisant à l'égard des aides à domicile ...

Le discours dévalorisant du SSIAD « les tâches nobles aux aides soignantes et les tâches ménagères aux aides ménagères, ... » [19].

⁶¹ AEG : altération de l'état général

... contrebalancé par une présence rassurante des services à domicile

Les médecins à l'unanimité parlent « *d'un bon maillage du territoire* » « *des sentinelles au chevet des patients* ». Un président d'une association locale d'aide à domicile indique « *elles ne regardent pas leur temps et parfois reportent d'un jour ou deux leurs congés pour aller chez une personne âgée qui sort de l'hôpital* » [11].

La méconnaissance des missions

Deux médecins avancent la même réflexion dont l'un d'eux nous dit « *Je ne vois pas à quoi servent les réseaux car les fins de vie se passent à l'hôpital et la dépendance, c'est l'EHPAD* » [12]. Pourtant l'un d'eux indique au cours de l'entretien que « *Neuf réunions de coordination sur dix sont à l'initiative du réseau de santé Aliénor qui fait un travail efficace* » [12], un autre assure que « *les réseaux, c'est une pompe à fric mais ils font du bon travail...le réseau de soins palliatifs a été opérationnel et efficace* » [15]. L'un ajoute, embarrassé, ne pas connaître vraiment « *la différence avec le CLIC, car ils font tous les deux évaluations gériatriques* » [11]. « *Le réseau de santé Aliénor permet une évaluation gériatrique de qualité, un travail vraiment irréprochable ...* » [12].

Des infirmières présentent les réseaux comme « *efficace pour le placement et les démarches administratives mais il ne fait rien pour les professionnels en difficulté et puis il n'est pas assez sur le terrain* » [17]. Sur le réseau de soins palliatifs : « *on pensait qu'il allait nous seconder mais ils ne font rien ...maintenant, on s'en passe et c'est nous qui disons les démarches à faire pour le cimetière,...* » [16]. Le SSIAD parlant du réseau de santé Aliénor « *... et de toutes façons on fait le même travail qu'eux, c'est un CLIC bis.* » [24].

La méconnaissance des missions amènent ces médecins à considérer que ces structures payées pour faire de la coordination interviennent sur leur exercice ; pour les infirmières, les réseaux empiètent sur leur territoire de compétence ; pour le SSIAD, ce sont des concurrents alors que ces services devraient agir en complémentarité.

Des initiatives condamnées

Le Conseil Général a entrepris des réunions gérontologiques au cours desquelles des structures transverses aux trois champs présentent leurs missions. Il a été noté des attentes fortes issues de retour de questionnaires des partenaires médicaux, médico-sociaux et sociaux, particulièrement sur la connaissance des autres professionnels. A la sortie de l'une d'elle à Marmande, nombre d'acteurs de terrain disent que « *ce genre de réunion ne sert à rien* ». Les grands absents étaient les médecins généralistes pourtant conviés. N'est-ce pas là une question de sémantique à laquelle renvoie le mot de gérontologie qui montre la césure entre le social (gérontologie) et le sanitaire (gériatrie).

E) Motivations à intégrer un nouveau mode d'exercice

On peut aisément classifier les motivations des professionnels.

➤ S'agissant des médecins : la volonté exprimée se réfère à des préoccupations de « confort personnel ». « *Je n'attends rien, je suis très bien ici et de toutes façons, je suis indépendant. C'est uniquement pour les vacances, oui, vous comprenez, cela donnera une organisation plus souple* » [15]. Lui faisant préciser ses propos « bon, c'est aussi une communauté de moyens comme les dossiers partagés... ». Un autre médecin nous dit « nous avons besoin de locaux,...je ne me sens pas isolée, je travaille avec les pairs... » [14]. « ...c'est un moyen d'attirer de jeunes médecins ... » [12] mais rapidement, la fierté du praticien se porte sur l'évocation de la future salle des petites urgences, décrite comme « *sa marotte* ».

➤ Pour les auxiliaires médicaux : les motivations sont liées à l'amélioration de la qualité des soins mais aussi à la reconnaissance des métiers. « *travailler dans les mêmes locaux change la « donne »* [16], « *ça va aider à l'échange* » [17]. « ... on peut s'apporter des choses entre nous. On peut faire des soins groupés par exemple On est plus sûr que la personne prendra son rendez vous car on est sur le même lieu. L'assistante sociale pourrait avoir des permanences ... » [18] « *se regrouper va donner un meilleur accès aux soins et ça permet de se remettre en cause et casser la routine...* » [16] *Peut être que ça permettra enfin de faire reconnaître nos formations sur la fin de vie, les plaies et cicatrisations,...* » [17].

Les infirmières sont parmi les professions libérales celles qui effectuent le plus de formations. Les formations restent sous utilisées alors que mises à profit, des soins pourraient être prodigués au domicile et éviteraient certaines hospitalisations. Mais ces compétences ne sont pas connues des médecins que les infirmières ne savent faire valoir.

➤ Les services administrés mettent en avant deux points de vue, l'un en faveur des usagers et l'autre pour la coordination des acteurs.

«*Les professionnels...sur un même lieu limitent les déplacements des usagers... expliquer leur demande à l'autre service car ce n'est pas toujours facile pour les personnes* ». « *cela facilite l'échange et la circulation de l'information. Cela peut rapprocher les services* » [24]. « ...car aujourd'hui, je passe beaucoup de temps au téléphone pour essayer de nous réunir.. » [19]. « *on ne se connaît pas et on n'ose pas toujours,...* » [25]. « *on pourra mettre en place des actions collectives sur la prévention,...* » [28].

F) La coordination naturelle (la légitimité fondée sur le charisme personnel et /ou expert) ou la coordination est à définir et à organiser

a) *Un coordonateur naturel ?*

La position des médecins est très claire : le médecin n'est pas le coordonnateur mais il reste l'élément central de la coordination « *Le médecin doit conserver l'initiative mais ce n'est pas à lui d'organiser, de prendre les contacts avec les uns et les autres...* » [2,12], «... d'ailleurs, il ne sait pas toujours qui fait quoi » [13].

Certains font des suggestions : après un temps de réflexion, l'un d'eux nous livre : « *je verrai bien une infirmière ...parce qu'elle connaît bien les professionnels sur le terrain et elle connaît l'hôpital* » [13], « *...je ne sais pas, cela dépend des situations. Celui qui est le mieux placé* » [14].

Les auxiliaires médicaux reconnaissent une place centrale au médecin mais ne semble pas souhaiter lui dédier la fonction de coordination comme l'indique la pédicure podologue : « *le mieux, c'est le médecin mais il sera dans toutes les situations et c'est lui qui va alors décider pour tout le monde et en fonction de lui. Il vaut mieux que ce soit à tour de rôle : chaque corps de métier.* ». Ajoutant après un temps de réflexion « *ce sera toujours les mêmes. Il vaut mieux que ce soit quelqu'un extérieur mais qui s'y connaisse..* » [18]. Pour une infirmière « *il faudrait une tierce personne pour la coordination mais le médecin, lui, est reconnu par les instances, il a le titre. Nous sommes un métier où nous avons toujours manqué de confiance en nous. A l'hôpital, l'infirmière coordonne, là notre formation est reconnue mais en libéral, notre formation n'est pas reconnue. L'infirmière gère beaucoup sur le plan relationnel. Elle a des compétences dans le travail en équipe et des qualités relationnelles. Elle acquiert du savoir faire et du savoir être. Peut être faudrait-il qu'elle ait une formation supplémentaire ?* » [17].

Les acteurs médico-sociaux sont préoccupés par la légitimité du coordonnateur : le SSIAD précise « *il faut que les médecins aient une reconnaissance de cette personne coordinatrice et qu'elle ait une bonne connaissance du terrain et des acteurs* » [24]. Pour les services à domicile « *avoir quelqu'un qui organise la coordination serait bien* » [20] Qui ? « *ne sait pas vraiment car aujourd'hui, il y a déjà le CLIC et le réseau mais c'est pour toutes les autres situations* » [19]. L'assistante sociale MSA « *il faut un coordonnateur dans l'équipe qui met en relation les compétences de chacun dans les situations car si non tout le monde va continuer à travailler dans son coin* » [28].

b) L'organisation de la coordination

➤ Les concertations sont admises mais leur régularité n'est pas souhaitée par les médecins : « *il n'est pas envisageable de prévoir des réunions régulièrement, pas le temps. Elles doivent rester ponctuelles en fonction des besoins* » [12], «*pas de temps à y consacrer, préfère le cas par cas* » [14], « *... mais il faut que le temps de coordination soit reconnu car ce n'est pas du soin* » [13].

La nomenclature des actes médicaux ne prévoient pas de cotation spécifique pour le temps de concertation entre professionnels ce qui permet d'avancer que la coordination n'est pas du soin par certains omnipraticiens. Il est admis que l'organisation du parcours de soins contribue à davantage d'efficacité. La reconnaissance de la coordination comme élément de continuité du soin est prise en compte dans les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) par l'octroi d'un forfait versé à la structure pluridisciplinaire. La phase expérimentale des NMR prend fin en 2012 et se poursuivra sous réserve de conclure des CPOM et des enveloppes budgétaires disponibles.

Pour les autres acteurs « *des réunions planifiées pour passer toutes les situations délicates en revue ce serait l'idéal mais on manque de temps et puis les médecins eux ne pourront pas* » [19].

« *La coordination brise la solitude du soignant et au final, c'est au bénéfice du patient* » nous dit une infirmière [17]. « *Ce serait peut être mieux de se rencontrer pour parler de nos situations au lieu de rester dans notre coin* » [16].

Le SSIAD pense que le fonctionnement s'installera progressivement : « *les maisons de santé vont faciliter les échanges informels.* ». Puis après un silence, « *le problème c'est que deux personnes seront informées mais pas les autres. Il ne faut pas faire trop de réunions car si non les professionnels ne viendront plus, surtout les médecins* » [24]. Pour des infirmières et la pédicure podologue, sont suggérées des réunions planifiées : « *pour que cela fonctionne, il faut faire des réunions à date fixe ; cela évite de prendre des rendez vous* » [18].

La formalisation par des comptes-rendus de coordination est attendue car « *chacun peut s'y référer car c'est le consensus autour d'un plan d'aide* » dit l'assistante sociale de la MSA [28]. Un médecin de rétorquer : « *pas besoin, en tout cas moi, je n'en ferai pas ; tout ce qui est administratif, je ne veux pas en faire, de la paperasserie pour rien* » [15].

2.3 Discussion

Dans cette partie, les résultats sont comparés aux concepts afin d'évaluer si les éléments de contexte sont spécifiques à l'aire de santé.

A) L'appropriation de la notion du parcours de soins coordonnés

La notion de parcours de soins coordonnés a eu un très faible impact parmi les médecins généralistes. En fait, les transformations souhaitées, issues d'une politique de mai-

trise médicalisée, n'émanent pas des soignants. Le cadre a été posé par une « sphère administrative » sans en donner les outils c'est-à-dire une véritable définition du contenu de la coordination, ni les moyens pour la mettre en œuvre, ce qui au final s'apparente davantage à un but à atteindre. Cette difficulté pour des médecins à définir cette notion, ainsi qu'en témoignent les entretiens, va au-delà de l'illustration qui pourrait prévaloir de la relation du libéralisme médical à l'Etat régulateur. La cause est peut être à rechercher du côté de la qualité des initiateurs n'ayant pas pris en compte les attentes de tous les professionnels impliqués. L'exemple du développement du CLIC explique cette problématique.

Les CLIC, gérés par l'association REGAIN, ont connu un développement dans le Lot et Garonne en 2008 à la faveur du changement de majorité politique du Conseil Général. Les gestionnaires des CLIC indiquent le manque de reconnaissance de leur structure par les libéraux comme si l'arrimage décidé « d'en haut » par une autorité en charge de questions médico-sociales ne pouvait être légitime à construire une organisation pensée aussi pour le corps médical sans que celui-ci n'y ait été associé. Il ne suffit donc pas de décréter la coordination d'en haut pour qu'elle prenne corps au sein des pratiques professionnelles comme l'indique F-X Schweyer *et al* dans *Singuliers généralistes*. Ainsi, une action collective pour une prise en charge de qualité des soins doit avant tout être partagée entre l'ensemble des acteurs de terrain ville/hôpital/médico-social, susceptibles d'agir dans l'aire de santé.

B) Les modes de communication : informels et formels

Les acteurs sont amenés dans leur exercice au quotidien à mobiliser d'autres professionnels pour assurer une réponse aux besoins de la personne âgée. L'ensemble de ceux rencontrés relève que la quasi totalité des contacts se fait sur un mode informel par voie téléphonique et par l'utilisation du cahier de liaison au chevet du patient. Cette « collaboration interprofessionnelle sur un mode minimaliste » (D. D'Amour) ne peut être suffisante selon H. Réjean car l'information est partagée entre deux ou trois personnes et ne favorise pas une dynamique d'équipe. En 2004, les pouvoirs publics ont créé une confusion en introduisant l'outil DMP comme seul élément de réponse à la coordination des acteurs. Son déploiement national prévu à partir de 2011 doit permettre de partager l'information entre plusieurs disciplines par la diffusion de résultats médicaux mais il ne remplace pas la concertation des professionnels.

Les réunions pluridisciplinaires, selon les précisions apportées par les acteurs, sont en fait organisées par les instances financées à cet effet : le CLIC et les réseaux. En dehors des situations bénéficiant d'une coordination par les structures précitées, les acteurs constatent leur impossibilité à se structurer entre eux. Les normes définissant le fonction-

nement doivent être formalisées pour offrir un cadre explicite au travail interprofessionnel (Sicotte, D'Amour, Moreault (2002). Leur absence ne valorise donc pas une communication efficace conduisant comme cela a été mentionné à des orientations de la personne âgée vers le service des urgences par défaut. Alors que, selon l'étude réalisée par Béland au Canada (en 2006), confortant celle de Rutschmann à Genève (en 2003), la coordination favorise le maintien à domicile et que, fréquemment, par absence d'anticipation, la décision d'hospitalisation est le fait de situations de crise sans concertation entre les acteurs dont les soins auraient pu être donnés à domicile nécessitant des ressources moindres pour 33 à 40 %.

Toutefois, la coordination n'est pas complètement absente selon les propos des services d'aide à domicile, du SSIAD, des assistantes sociales du Conseil Général et de la MSA, ou du CLIC. Chacun tente de l'organiser autour de lui-même, avec son réseau de professionnels, ce qui a pour conséquence la réalisation d'évaluations multiples, parcelaires, des compétences professionnelles sous utilisées. entraînant un résultat de faible efficience.

Les éléments communiqués lors des entretiens pointent la faiblesse du lien ville-hôpital. Les informations liées aux sorties d'hospitalisation dont ont besoin les professionnels parviennent tardivement et compromettent une bonne gestion et organisation des ressources à mettre en place pour le retour de la personne âgée à son domicile. Ce qui conduit la famille à pallier cette défaillance en assurant le lien entre les intervenants. Il convient d'établir selon D'Amour un partage de l'information entre les acteurs, les acteurs avec la structure organisationnelle (MSP et PSP) et de ces deux éléments avec des structures englobantes (les établissements de santé par exemple avec le PSP).

C) Les enjeux interactionnels dans les relations entre les professionnels

Les professionnels, pourtant interdépendants dans la prise en charge multidimensionnelle de la personne âgée, décrivent des relations entretenues sur des logiques professionnelles fondées sur l'exclusivité des territoires de compétence, les relations plutôt parallèles et non interactives, les jeux de pouvoir et d'autorité, l'expertise,...mettant plus encore en évidence le manque criant de mise en synergie des compétences au service de la personne âgée fragile. Ce fonctionnement n'est que le reflet de l'organisation de notre système de santé avec d'un côté la maladie, de l'autre côté, l'accompagnement de la personne. Il est fait de multiples cloisonnements, de morcellements et d'enchevêtrements tant à l'intérieur du système de santé que celui de protection sociale

dont il revient aux ARS, selon les termes de la loi HPST, d'organiser et de mettre en cohérence.

L'organisation des relations entre les professions démontre le défaut de communication et le manque de reconnaissance de l'autre compromettant une vision globale des besoins de la personne et donc des réponses à lui apporter. La communication a toujours été identifiée dans les écrits comme un facteur relationnel de la collaboration interprofessionnelle et constitue un élément central de l'interdisciplinarité (D'Amour 1997). Sa déficience entraîne une qualité médiocre des soins. Quant à la reconnaissance qui est aussi l'un des déterminants de la collaboration interprofessionnelle selon les écrits (université de Sherbrooke collaboration interprofessionnelle 2007), on observe que :

- même lorsque leurs missions respectives semblent logiquement complémentaires, des professionnels intervenant auprès de la personne âgée ont souvent l'impression d'être en compétition –c'est le cas des infirmières vis-à-vis des aides à domicile, des infirmières vis-à-vis du HAD-
- Il en va de même de la hiérarchie symbolique par la représentation du rôle d'autorité qui s'est construite autour du médecin, entraînant des stratégies de réassurance développées par certains acteurs telles que le « double regard » du service APA et du CLIC sur certaines situations, renforçant en sus le lien de subordination à l'égard de ce professionnel détenant le savoir, déjà bien présent par le lien du prescrit au prescripteur –l'infirmier à l'égard du médecin, des services d'aide à domicile vis-à-vis du service de l'APA- .
- Des valeurs d'autonomie portées par les professions libérales viennent s'entrechoquer avec celles plus chevillées au service du public qui sont notamment représentés par les services administrés confortant de part et d'autre des relations plus affinitaires à l'intérieur des groupes ; on peut mentionner là les liens construits entre des acteurs – le CLIC, les services sociaux, les services à domicile, le SSIAD - qui vont développer des rapprochements professionnels au travers une reconnaissance identitaire, à l'instar des médecins et des auxiliaires médicaux.
- Les auxiliaires médicaux rencontrés –infirmières et pédicure podologue – souffrent d'un déficit de reconnaissance de leur expertise et espèrent au travers de leur intégration dans les MSP et le PSP travailler autrement sur un modèle d'échange plus égalitaire et faire valoir leurs connaissances professionnelles. Le concept de l'interdisciplinarité va faire jouer un certain partage de l'expertise lequel peut être perçu comme une intrusion dans le champ professionnel exclusif susceptible de générer quelques tensions.

- Le flou considéré de certains territoires professionnels, touchant notamment les soins d'hygiène susceptibles de faire intervenir tant l'auxiliaire de vie sociale, l'aide soignante ou l'infirmière, entraîne des rivalités, des incompréhensions entre ces acteurs et sera à clarifier pour que la collaboration puisse vraiment exister.

Donc un des défis que vont devoir relever les acteurs rencontrés va être de reconnaître et de valoriser les compétences sans avoir à les opposer, élément nécessaire à la constitution de l'équipe de travail.

La construction d'une nouvelle organisation pluridisciplinaire par le déploiement des MSP et des PSP devrait bouleverser la nature des relations entre les professionnels et devrait instaurer un nouveau style de rapports avec plus d'échanges, plus d'homogénéité au sein de l'équipe.

Les composantes du projet de santé territorial, telles que définies dans les textes, amènent les acteurs à réfléchir à une conception de leur métier tournée vers les besoins de la population. Ceci va leur nécessiter un double exercice relationnel : l'un en interne où les professionnels devront déterminer ensemble les stratégies et actions collectives à développer au vu de la veille épidémiologique par exemple qui est susceptible de créer des tensions avec les logiques professionnelles, l'autre externe en direction des institutions, des partenaires et de la population.

Les professionnels de santé vont devoir y consacrer du temps : ce temps relationnel considéré social « ne compte pas » alors que ce travail d'articulation est primordial mais il n'est pas reconnu. Ils vont devoir développer des moyens et du savoir faire sur le plan méthodologique, mettre en œuvre des connaissances de conduite de projet dont ils ne sont pas « outillés » pour la plupart d'entre eux.

Les conditions de réussite de la constitution des équipes pluridisciplinaires sont importantes et dépendent de la volonté de collaborer des acteurs (libéraux, salariés et leurs institutions (Conseil Général, MSA, SSIAD, CHIC) et de leurs compétences qui seront mises à profit pour un objectif commun.

La vision de la politique de santé actuelle s'inscrit dans des transformations profondes et repose sur un esprit d'équipe et de collaboration.

D) Les motivations à intégrer un nouveau mode d'exercice interdisciplinaire

Le désir et la volonté de collaborer constituent le facteur le plus important dans la mise en application d'une pratique interdisciplinaire puisque par nature la collaboration est volontaire (D'Amour 1999). Les restitutions montrent des motivations différentes :

- Les médecins ne mettent pas en avant comme motivation première du changement de mode d'exercice l'amélioration de la qualité des prises en charge ou la continuité des soins ou encore l'organisation d'une réponse collective pour attirer de jeunes con-

frères en secteur rural. Leurs expressions tournent autour de motivations de confort personnel au travail : besoin de nouveaux locaux, ...

L'énoncé de ces motivations premières contraste notablement avec les termes du CSP qui requièrent un engagement de ces mêmes professionnels dans le portage du projet de santé sur des modalités concrètes de l'organisation de l'offre de soins de proximité et les conditions d'amélioration de la qualité des soins. Ces mêmes professionnels se sont pourtant investis dans cet exercice.

Ces motivations doivent être partagées avec l'ensemble des professionnels car elles participent de la stratégie des acteurs et selon D. D'Amour, la finalisation qui structure la collaboration interprofessionnelle correspond à l'existence d'objectifs communs mais aussi à la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.

Y. Saint Arnaud rappelle que l'un des premiers objectifs de base pour qu'un groupe puisse durer est de rendre explicite l'objectif commun pour lequel les individus sont rassemblés. Si cette étape n'est pas franchie, au vu de l'étude conduite dans les GMF au Québec, la collaboration entre les professionnels n'aura pas lieu, l'exercice quotidien de ces médecins restera tourné vers leurs patientèles et non vers la population du territoire.

➤ Les infirmières expriment le souhait d'une pleine reconnaissance de leur métier et trouver ainsi dans une organisation fondée sur des liens horizontaux, égalitaire et non plus hiérarchique une nouvelle qualité d'échange. Ce qui suppose comme pré-requis à la constitution du groupe la reconnaissance des compétences et de l'expertise de chaque profession (Y. Saint Arnaud). Non concernée par ce premier point, la pédicure podologue avance l'amélioration de la qualité de soins qui est partagée par les infirmières comme autre motivation.

➤ Les services administrés motivent des préoccupations tournées vers la population notamment par une offre de service plus étoffée (actions collectives de prévention) et vers les professionnels par une amélioration de la qualité d'exercice basée sur un nouveau mode de relations dépassant les logiques professionnelles.

La question centrale de la coordination

Il semble être admis par les professionnels rencontrés que, dans les cas complexes où se mêlent des éléments de soins, d'accompagnement, voire de prise en compte de besoins sociaux, la coordination soit nécessaire, ce qu'affirme aussi Mariano (1989) pour une collaboration solide et durable et qu'une fonction doit y être dédiée présentant un savoir-faire avec des compétences spécifiques.

Les acteurs ont tranché la question de savoir si le médecin traitant est le coordonnateur. A l'unanimité, les médecins écartent cette fonction. Toutefois, ils distinguent la fonc-

tion de « synthèse médicale » que leur confère le concept de médecin traitant et la loi HPST de la fonction de coordination soignante et sociale.

La fonction de synthèse médicale revient par principe au médecin traitant. Elle consiste pour celui-ci à réunir l'information relative aux soins et à l'état de santé de la personne qui sera partagée avec les autres intervenants lors des réunions concertées pour décider de l'orientation ou de changement de prise en charge.

Cette compétence médicale ne s'impose pas dans toute une série d'autres tâches de suivi qui relèvent d'un savoir faire soignant et n'est pas non plus requise pour certaines fonctions de gestion et d'organisation concrète des interventions de soins.

Les auxiliaires médicaux montrent au travers de leur questionnement la tension entre d'une part le niveau d'autorité attendu du coordonnateur qui pousse à charger le médecin traitant de cette fonction et d'autre part l'objectif même de la coordination qui est de permettre à chaque professionnel d'optimiser sa contribution. En décrivant leur savoir faire et leur savoir être, l'infirmière désigne implicitement sa profession comme coordonnateur potentiel appuyé d'une formation spécifique. Un médecin identifie l'infirmière dans cette fonction aux motifs de la connaissance des acteurs de terrain et de l'hôpital.

La question du leadership de la fonction de coordination soignante et sociale n'est pas approfondie. Elle peut être tenue par un des professionnels intervenant autour de la personne (médecin) ou confiée à un autre professionnel sous réserve qu'il soit légitime (par la reconnaissance des professionnels et ses compétences) (auxiliaires médicaux). En tout état de cause, cela suppose de reconnaître du temps consacré à cette fonction de coordination soignante et sociale ce qui implique une contractualisation avec les financeurs. Dans l'étude de Sicotte, D'Amour et Moreault. (2002), une des conditions d'existence de la collaboration interprofessionnelle consiste pour les institutions à consentir des ressources humaines et matérielles indispensables à sa mise en œuvre pour tirer le meilleur parti des compétences professionnelles.

Le consensus sur un temps spécifique de coordination à consacrer est établi. Toutefois, la formalisation définie par D'Amour nécessite que soit précisée les règles de fonctionnement. Cette étape répondra à la divergence observée entre les médecins pour qui les temps de réunions doivent rester au cas par cas et les autres acteurs préconisant de la régularité tout en craignant que cette suggestion ne soit pas actée par les médecins. Il en est de même de l'établissement de comptes rendus auquel les médecins prêtent moins d'attention à ce formalisme.

Pour les professionnels, ce temps de concertation formel doit être reconnu et valorisé.

2.4 Les limites

Les travaux ont du suivre une posture exploratoire et faire émerger les concepts à partir du discours des acteurs sans cadre conceptuel préexistant. Afin de limiter le point de vue d'un corps professionnel, le soin a été pris d'inclure des professionnels contrastés, du monde sanitaire et social, de la ville comme de l'hôpital.

La principale limite est certainement la généralisation limitée des résultats. L'objectif n'est pas de produire une analyse exhaustive des pratiques et des problèmes de prises en charge des personnes âgées.

Une autre limite est celle de l'absence de recueil de points de vue de personnes âgées qui auraient pu formuler des attentes spécifiques.

Une autre limite est aussi celle de s'être centrée sur le niveau des professionnels pour organiser la coordination des acteurs alors que le niveau des décideurs publics (ARS et Conseils Général et Régional) a une importance certaine.

3 Pistes de travail et suggestions

Preliminaire

Constitué en entité juridique associative (loi 1901), le Pôle de Santé Territorial de Miramont Duras se devra de définir ses modalités de collaboration interprofessionnelle ainsi que nous l'avons déjà abordé. Ce pré-requis est une condition indispensable pour ce qui suit.

Trois propositions de travail émises

- renforcer les conditions d'une meilleure communication entre les professionnels,
- valoriser un outil permettant d'évaluer les besoins et les capacités de la personne âgée
- introduire une fonction de coordination sur les situations complexes par la coordination du soin et de l'accompagnement de la personne.

3.1 Renforcer les conditions d'une meilleure communication entre les professionnels

Deux modes opératoires pour soutenir la construction et le développement de relations interdisciplinaires :

- Des formations pluridisciplinaires,
- Des cercles qualité pluridisciplinaires.

Développer des organisations de travail plus collectives pour garantir à la population une offre de soins de qualité suppose de mettre en œuvre des moyens pour l'agir. Comme l'a révélé notre étude, les relations interdisciplinaires ne vont pas de soi. Il convient d'accompagner cet apprentissage.

Débuter la démarche par les formations pluridisciplinaires est facilitateur d'échanges. L'acteur ne s'expose pas personnellement ; il va se positionner au regard de sa formation. La discussion sur des thématiques va ainsi favoriser une meilleure connaissance des professionnels entre eux, instaurer de la confiance et amorcer l'apprentissage de la pluridisciplinarité. Il revient ensuite aux acteurs eux-mêmes de procéder aux synthèses dans leurs pratiques professionnelles.

A) Les formations pluridisciplinaires

Temps qui permet à chacun de s'enrichir des points de vue d'autres professionnels et d'ouvrir le sujet traité sous l'angle multidisciplinaire.

Le choix des sujets est déterminé collégalement et doit être transversal aux trois secteurs. Soit ils sont représentatifs d'une thématique professionnelle partagée, soit ils viennent enrichir la réflexion liée à l'interdisciplinarité.

La formation constituera une ressource documentaire utilisée par les cercles qualité.

Son déroulement

La formation est dispensée par des experts assortie d'un débat. Elle se déroulera soit en soirée, soit le samedi. Il appartiendra aux professionnels de le définir.

La périodicité

Sur la première année : prévoir 4 temps de formation et les années suivantes 3 temps en raison de l'engagement des professionnels dans les cercles qualité.

La participation des professionnels

Elle est recherchée auprès de l'ensemble des acteurs du PSP.

Le financement de la formation

Les objectifs du Contrat d'Objectif et de Moyens (COM) du Contrat Local de Santé (CLS) du PSP devront intégrer ces actions.

B) Les cercles qualité pluridisciplinaires

Le cercle qualité est un lieu d'échanges, voire de confrontation des pratiques entre les professionnels de l'aire de santé.

Objectifs

➤ Améliorer la qualité des soins au regard des connaissances en cours, et pour l'étude qui nous intéresse l'optimisation de la prise en charge complexe de la personne âgée, sur la base d'objectifs tels que l'accessibilité aux soins, actions de prévention, de continuité des soins.

➤ Permettre aux professionnels adhérant au PSP d'adopter une démarche réflexive par l'analyse de la pratique quotidienne. Cette forme d'analyse permet de prendre une certaine distanciation du quotidien, la théorisation, la définition de stratégies de transformation du travail. Cette modalité permet de faire émerger des compétences partagées qui porte son effet sur l'interdisciplinarité.

➤ Contribuer à la dynamique du projet de santé et à l'animation territoriale. Il inscrit le professionnel, au-delà de son engagement individuel dans le projet de santé, dans les objectifs partagés du Contrat d'Objectifs et de Moyens avec les financeurs (ARS et CG).

La constitution des cercles qualité

Les cercles cherchent à impliquer l'ensemble des professionnels adhérant au PSP et doivent veiller à une représentation harmonieuse des acteurs des trois champs (sanitaire/médico-social et social). La taille de chaque cercle de 8 personnes est souhaitable.

Détermination des thèmes

Les trois thèmes choisis pour la formation sont de préférence retenus ; les autres restent à définir.

Les thèmes doivent porter sur des sujets sur lesquels les acteurs ont prises pour l'analyser et y apporter des évolutions.

Fonctionnement :

10 réunions mensuelles d'une durée maximum de 2 heures à un horaire prédéfini. Deux situations sur le thème par réunion seront analysées. La présentation se fait à l'aide d'une grille de présentation. Temps d'entraide, d'évolution de chacun dans un climat propice à l'échange d'où l'importance que ces moments soient conviviaux et pas accusateurs.

En alternance, un animateur de séance est défini à l'avance au sein du groupe. Si le consensus n'est pas trouvé, l'infirmière coordinatrice peut endosser ce rôle.

Il en est de même d'un chargé de recherche documentaire.

Un compte rendu à partir d'un document standardisé devra être réalisé.

Une réunion plénière annuelle des cercles qualité doit mettre en commun les travaux et assure les améliorations à poursuivre.

Définir des indicateurs pour mesurer l'impact de la démarche

Evaluation des résultats des cercles qualité (exemples : sur les moyens nécessaires à la mise en œuvre, sur les procédures, sur la satisfaction des acteurs).

Difficultés susceptibles d'être rencontrées

Des professionnels vont souhaiter se soustraire à ce mode de travail collaboratif pour des motifs : manque de temps, absence d'intérêt de la démarche. En effet, cette modalité d'action nouvelle peut réveiller des craintes (la remise en cause, le regard de l'autre) et justifier un travail explicatif, soutenu par le témoignage d'un professionnel déjà engagé dans cette démarche.

Le financement

Qu'il s'agisse du programme de formations annuelles ou les cercles qualité, ceux-ci devront faire l'objet d'objectifs négociés dans le COM du PSP.

3.2 Valoriser un outil d'évaluation des capacités/incapacités de la personne âgées

La question de l'évaluation des capacités de la personne âgée a été soulevée en réunion préparatoire du SROMS par les professionnels. Qui fait l'évaluation ? Avec quel référentiel ?...

Les outils AGGIR (mesure des besoins d'accompagnement des soins d'entretien et d'aide à l'autonomie) et PATHOS (soins techniques nécessaires) destinés à l'allocation de

ressources sociales (APA) et médico-sociales (USLD et EHPAD) connaissent des limites techniques qui n'ont pas permis de les installer comme outils d'évaluation transversaux.

A) Présentation du SMAF

Le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS) au Québec a développé un instrument d'évaluation de l'autonomie⁶² : le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (le SMAF).

➤ La grille d'évaluation porte sur 29 fonctions couvrant 5 dimensions : les activités de la vie quotidienne, la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques. Le recueil de données dresse un portrait global des capacités de la personne et les ressources mobilisées autour d'elle.

Plusieurs avantages : améliorer l'objectivité par la diminution des biais liés au relationnel, de fédérer les intervenants autour de la personne âgée, une meilleure planification des services, une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles et donc financières (le bon professionnel au bon endroit au bon moment), soit une amélioration de la qualité des services rendus à la personne et aux aidants.

➤ De cette grille d'évaluation, un tableau d'aide individualisée (Annexe 8) donne une synthèse visuelle du fonctionnement de la personne et de l'aide requise. Cette synthèse apporte une plus-value pour les professionnels qui se relaient au domicile et offre une vue rapide des capacités, mobilisables ou non, aux professionnels remplaçants.

L'utilisation de cet outil aplanit la représentation de la hiérarchie symbolique (exemple, les infirmières vis-à-vis des aides à domicile) puisque son adoption pluriprofessionnelle facilite un langage commun sur un même référentiel et donc, une interdisciplinarité facilitée. Il évite aux personnes âgées la multiplicité des évaluations des divers professionnels.

➤ Enfin, il donne une photographie spatiale sur l'aire de santé des profils iso-SMAF des personnes âgées en perte d'autonomie en 5 catégories en fonction de la prédominance de leurs atteintes (Annexe 9). Il permet de construire des analyses de territoire outillées et objectives, utiles aux instances gestionnaires départementales telles que le Conseil Général et la délégation de l'ARS.

A l'échelle du territoire de santé du Lot et Garonne et plus largement, sur l'ensemble des territoires de santé Aquitains, cet outil apporte une aide à la décision sur la répartition de l'effort régional et/ou départemental par une utilisation efficiente des enveloppes budgétaires pour l'ARS car elle facilite l'analyse du taux de réponse aux besoins, aide à cibler plus finement le contenu des appels à projets, assure la répartition équitable des services à la population. L'approche à partir des territoires de proximité permet de nourrir la réflexion de manière transversale.

⁶² A partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale HID de l'OMS

Dans ce contexte, la problématique de l'insuffisance de ressources pour intervenir en soins d'hygiène auprès des personnes âgées repérée sur le secteur de Lauzun aurait pu faire émerger une discussion partenariale entre le PSP avec les associations gestionnaires du SSIAD et des services à domicile ainsi que des partenaires financeurs, étayée de données objectives et partagées. On mesure complètement l'interdépendance des acteurs dans la prise en compte des besoins populationnels de l'aire de santé.

B) Modalités de développement de l'outil d'évaluation

Présentation et démonstration de l'outil par un représentant du CESS et d'un professionnel déjà utilisateur.

Cette présentation est adressée aux professionnels du PSP et aux institutions dont relèvent les salariés.

Formation à l'utilisation de l'outil

Il est pertinent d'avancer progressivement et de former un premier groupe d'acteurs volontaires représentatifs des professionnels du terrain.

Constitution du premier groupe de 7 à 8 personnes (proposition suivante : 2 aides à domicile, 1 aide soignante, 2 infirmières, 1 assistante sociale APA, l'infirmière coordinatrice du PSP (cf point suivant)). L'implication des infirmières libérales se révèle importante : elles assurent les soins d'hygiène dans 48 % des situations en Gir 2 sur l'aire de santé.

Formation de deux demi-journées.

Partenariat avec la Dordogne pour la désignation d'une personne ressource

Le département de la Dordogne a mis en œuvre le projet d'implantation du SMAF sur une partie du territoire, avec l'appui de CNSA, de l'Assurance Maladie et des Caisses de retraite, comme outil d'évaluation commun pour les personnes âgées.

D'où la proposition de s'appuyer sur les compétences d'une personne ressource de la Dordogne en visio conférence.

Situations concernées

Mise en commun :

Dans la phase de démarrage, il est recommandé que chaque acteur formé travaille sur deux ou trois situations complexes de personnes âgées maximum auprès desquelles il intervient et que soit constitué un groupe de travail pour partager 1 fois par mois (1h1/2) l'application du SMAF en visio conférence avec la personne ressource de Dordogne.

Travailler l'adaptation du plan d'aide APA à partir du SMAF en présence de l'infirmière coordinatrice.

Bilan de l'application avant d'étendre. Restitution aux professionnels du PSP et institutions partenaires (CG, ARS).

Financement

Coût de la formation 1 700 € et acquisition du logiciel : 700 €

- Subvention à solliciter auprès de la CNSA au titre de la promotion d'expériences innovantes sur l'axe de l'évaluation des besoins de la personne sur le financement 2 400 €.
- Intégration aux objectifs du COM du PSP : financement du temps des professionnels.

3.3 Introduire une fonction de coordination gérontologique des acteurs pour une gestion optimisée des interventions sur le PSP

La fonction globale de coordination réfère à deux fonctions particulières :

- la fonction de synthèse médicale, tenue par le médecin traitant,
- la fonction de « coordination santé », exercée par un professionnel dédié.

Le coordonateur a un rôle fonctionnel mais pas hiérarchique vis-à-vis des acteurs de santé. Il agit un rôle de conseiller technique au PSP sur les processus de prise en charge des personnes âgées. (*Annexe 10*)

Pourquoi un seul coordonnateur pour l'aire de santé et non pas un professionnel référent parmi les intervenants autour de la personne âgée ?

Il convient avant tout de maximiser l'efficacité de la coordination. Les cloisonnements et les relations affinitaires ne vont pas s'effacer parce que les acteurs se sont constitués en PSP et en MSP. Il va falloir du temps, de l'apprentissage à travailler ensemble. La conduite de réunion et de projets individualisés nécessite aussi des compétences de management d'équipe. Au-delà, c'est aussi posséder une bonne connaissance des ressources existantes et disponibles ainsi que des partenariats établis par le pôle de santé.

Population concernée

Sont concernées des situations dites complexes de personnes âgées fragiles et peu autonomes faisant intervenir plusieurs professionnels. Une réflexion devra être engagée pour déterminer celles des personnes âgées pour lesquelles il convient de mettre en place une coordination plus renforcée.

Deux niveaux de coordination renforcée sur les situations complexes

➤ Le premier niveau met en jeu la nécessité de mobiliser et de mettre en cohérence les ressources nécessaires selon la définition du plan de soins individualisés. L'infirmière coordinatrice santé assure cette fonction technique de mise en relation des acteurs dans le cadre du plan de soins individualisés. Il va s'agir de situations où sont observés la dégradation progressive des capacités de la personne, un épuisement de l'aidant familial. Plus tôt sont détectés les premiers signes, mieux est adapté la prise en charge par la mobilisation adéquate, bien souvent, de moyens médico-sociaux et sociaux.

La saisine de l'infirmière coordinatrice santé peut être à la demande du médecin ou des autres intervenants.

Lors de ces réunions de premier niveau, la prise en charge dans le réseau de santé Aliénor sera discutée avec le médecin traitant. Une transmission des données (évaluation SMAF et plan de soins individualisés) sera effectuée vers le réseau.

➤ Le second niveau lors de l'inclusion de la personne âgée dans le réseau de santé Aliénor au vu des éléments d'appréciation qui le justifie. L'infirmière coordinatrice santé assiste aux réunions des réseaux.

Modalités de fonctionnement

Une réunion mensuelle est proposée dans chaque MSP sur deux temps :

- un temps sera réservé aux situations pour lesquelles le médecin traitant estime sa présence indispensable au vu de l'évolution de son patient. L'idée qui prévaut est de ne pas charger l'emploi du temps.

- l'autre temps portera sur la coordination technique des acteurs médico-sociaux, sociaux et auxiliaires médicaux pour l'ajustement des plans de soins aux besoins.

L'infirmière coordinatrice santé arrête l'ordre du jour avec le(s) médecin(s) traitant(s) et effectue les comptes-rendus, diffusés aux intervenants.

Financement de la fonction de coordination santé :

Deux dispositifs peuvent être actionnés prioritairement :

- Les Nouveaux Modes de Rémunération (les NMR) au titre des objectifs de coordination et de continuité des soins,
- Le Contrat Local de Santé (CLS) au titre de la coordination des soins entre les trois champs d'intervention.

Comme indiqué dans les résultats des entretiens, les professionnels libéraux n'accordent pas de légitimité à la mission de coordination du CLIC. Le recentrage des missions du CLIC sur le développement de l'information aux familles et aux professionnels⁶³, le maintien des évaluations pour le compte de la CARSAT et l'aide aux familles à la constitution des dossiers peut, le cas échéant, permettre de transférer vers le PSP la quote-part de la subvention du Conseil Général, correspondante au temps de coordination consacré par le CLIC. Au vu des attentes énoncées, il paraît opportun que le CLIC investisse dans des temps de permanences hebdomadaires dans les trois MSP pour renforcer sa proximité et la dispense d'informations ; cette présence va générer de nouvelles

⁶³ Il s'agit des retours de questionnaires au Conseil Général lors des réunions de coordinations gérontologiques par territoire.

demandes. Il conviendrait d'évaluer les équivalences de temps de travail qui ne permettront pas nécessairement de dégager du financement.

Une avancée en deux étapes :

Depuis la validation du projet de santé au niveau régional, les professionnels et élus peinent à s'organiser suite la fin de mission du cabinet d'étude qui les avait accompagnés dans l'élaboration du projet de santé.

- 1^{ère} étape : solliciter le dispositif forfaitaire des NMR permettrait d'assoir le recrutement du coordonnateur santé sur un temps non complet pour accompagner le travail de la commission ad hoc du PSP sur le processus du travail interdisciplinaire, les coordinations et sur la réflexion liée à la formalisation des partenariats sanitaires (CHIC Marmande Tonneins, HAD, réseaux de santé,...), médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, Conseil Général) et sociaux (MSA, CLIC, association de représentants de personnes âgées,...).

Cette première étape de travail du PSP doit aussi être mise à profit pour constituer un dossier préliminaire et prendre rang auprès de l'ARS au titre des projets en cours avant le 31 décembre 2011 (*cf. fiche de suivi CPOM n°4.3*). A noter que l'ARS s'est fixée comme objectifs de signature d'au moins huit contrats locaux de santé (CLS) pour fin 2013.

- 2^{ème} étape :

- Allouer une partie du forfait des NMR à la reconnaissance des temps de coordinations aux professionnels dont il appartiendra au PSP d'en définir les critères de rétribution. Ce qui permettra de mettre en œuvre les coordinations individuelles avec les acteurs.

- Travailler des objectifs partagés et négocier le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens du CLS avec l'ARS en y associant le Conseil Général, sous réserve que celui-ci intervienne financièrement dans le CLS.

Les financements sollicités dans le CLS doivent notamment inclure la fonction du coordonnateur santé mais et la valorisation du temps de coordination des professionnels.

Les limites

Les développements précités sur l'aire de santé connaissent des limites dans l'organisation puisqu'ils devront conjuguer ce mode de fonctionnement avec celui existant antérieurement. C'est le cas du CLIC qui développera des permanences sur l'aire de santé telles que proposées et qui continuera son mode opérationnel sur les coordinations sur d'autres aires de santé non structurées.

Conclusion

Le point de départ de notre étude était le double constat d'un problème récurrent de la prise en charge des personnes âgées et des difficultés à installer la coordination des acteurs visant à améliorer la qualité des soins par un continuum d'actes cohérents.

Nous nous sommes interrogés sur le fait de savoir si les pôles de santé pluridisciplinaires sont susceptibles d'améliorer le parcours des soins coordonnés des personnes âgées. Pour sortir de cette quadrature du cercle, nous avons proposé une analyse préliminaire du problème et des outils proposés, une étude du contexte de l'aire de santé de Miramont Duras et le déploiement de moyens pour le développement d'interventions répondant aux besoins des professionnels et des personnes âgées.

Les hypothèses formulées au départ ont été validées par notre enquête. Une nuance doit cependant être apportée. Si l'on se place du point de vue de l'administration, le Pôle de santé apporte une réponse organisationnelle aux besoins de la prise en charge multidimensionnelle de la personne âgée. Cette acception est partielle. Même si la coordination est appelée de tous les vœux par les acteurs, institutionnels et de terrain, les exemples de coordinations institués par nos dirigeants n'ont pas été probants. La coordination est surtout l'affaire des professionnels de terrain qui mobilisent leurs compétences par leur pleine adhésion. Il est donc peu probable que les pratiques professionnelles évoluent réellement si les professionnels ne réfléchissent pas aux conditions de l'implantation d'un vrai travail interdisciplinaire. En fait, il faut plutôt considérer la réponse réglementaire comme un cadre ouvert aux professionnels dont il leur appartient de mettre en œuvre les processus concrets de collaboration interdisciplinaires selon une vision partagée

Il nous a été donné d'observer un problème majeur que rencontrent les professionnels au-delà de la définition des objectifs du projet de santé. Le financement public alloué ne permet pas aux cabinets d'études de se maintenir au-delà pour travailler les conditions du travail interdisciplinaire. Des projets qui ont reçu validation par l'instance régionale de sélection peinent à se structurer par manque d'accompagnement dans leurs mises en œuvre, au risque parfois d'avorter, non par défaut de motivation mais bien davantage par manque de savoir-faire. Or, nous savons maintenant, au travers notre étude, la complexité de ce processus de construction du travail interdisciplinaire alors que la situation de la personne âgée est emblématique des progrès qui peuvent être attendus d'un plus grand travail collectif.

Cette étude invite à réfléchir aux modalités d'accompagnement des professionnels afin d'assurer la réussite de l'organisation de notre système de santé du 1^{er} recours. L'internalisation de la compétence par le recrutement d'un chargé de mission, couvrant le cas échéant plusieurs territoires, peut être une solution à envisager ; la capitalisation de l'expérience peut se révéler un gain qualitatif.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de la Santé Publique. Version en vigueur au 12 octobre 2010. Disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110418>

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004. [visité le 30 mars 2011], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°167 du 22 juillet 2009. [visité le 11 octobre 2010], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Journal officiel, n°113 du 16 mai 2007. [visité le 18 mars 2011], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DE L'ESPACE RURAL ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE. Circulaire NOR N°EATV 1018866C du 21 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal officiel, n°35 du 11 février 2005. [visité le 3 avril 2011], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805768&dateTexte=>

Ouvrage

BLOY G., SCHWEYER F-X., / éd., 2010, Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale. E.H.E.S.P., 423 p.

Périodique

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., février 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales » *Etudes et résultats*, D.R.E.E.S., n°679, 8.p.

BELAND F., BERGMAN H., LEBEL P., 2006, « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles SIPA, expérimentation d'un modèle pour le Canada », *La revue canadienne du vieillissement*, 25,1 : 5-24

BOISGUERIN B., RAYNAUD D., BREUIL-GENIER P., février 2006, « Les trajectoires de soins en 2003 ». *Etudes et Résultats*, D.R.E.E.S., n°463.

BOURGUEIL Y., 2008, « L'organisation des soins de premier recours en France : une réforme en quête de projet ? » in *Bilan des réformes des systèmes de santé*, *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 105-115.

BOURGUEIL Y., CLEMENT M-C., COURALET P-E., MOUSQUES J., PIERRE A., octobre 2009, « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne ». *Questions d'économie de la santé*, I.R.D.E.S., n°147.

BOURNOT M-C., GOUPIL M-C., TUFFREAU F., août 2008, « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié ». *Etudes et Résultats*, D.R.E.E.S., n°649.

CASES C., 2008, « Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux » in *Bilan des réformes des systèmes de santé*. *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 43-50.

DEDEU T., juillet-septembre 2010, « L'organisation des soins primaires en Catalogne » in *Politiques et organisations des soins primaires en Europe et aux Etats Unis. Quels enseignements pour la France ?*. *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, pp.49-59.

GATTUSO C., 29 mars 2011, « Pour répondre au déficit démographique, les discrets centres de santé se posent en solution d'avenir ». *Quotidien du médecin*, p.2.

GRUMBACH K, SELBY J, DAMBERG C *et al*, 1999, Resolving the gatekeeper conundrum : what patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA*.82(3). 5p. Disponible sur le site internet : <http://jama.ama-assn.org/content/282/3/261>

GOUYON M., 2009, « Spécialistes et patients face aux parcours de soins coordonnés : comportements et opinions ». *Dossiers Solidarité et Santé, D.R.E.E.S.*, n°11.

HENRARD J-C., VEDEL I., 2003, « L'enjeu de la coordination gérontologique en France ». *Santé, Société et Solidarité*, vol 2, n°2, pp 77-84

KRUCIEN N., LE VAILLANT M., PELLETIER-FLEURY N., mars 2011, « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? ». *Questions d'économie de la Santé, I.R.D.E.S.*, n°163.

SCHWEYER F-X., Automne 2004, « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et politiques*, n°52, pp. 35-46.

Rapports

BERLAND Y., *rapport sur la mission « coopération entre professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*. Octobre 2003. Paris : la Documentation française, 56.p.

BERNIER M., *rapport d'information n° 1132 en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale. Septembre 2008. Paris : la Documentation française, 206 p.

BESROUR S./ed., *L'implantation des groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle : étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec*. Université de Montréal, avril 2006, 20 p. Disponible sur le site internet :

http://www.medfam.umontreal.ca/doc/chaire_sadok_besrouur/texte_rapport_final_diffusion_04-06_et_annexes.pdf

BOURGUEIL Y., CASSES C., LE FUR P., *contribution 9 « Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? »*. Rapport du groupe de travail présenté par Mireille Elbaum. Décembre 2007. H.A.S. pp.156-196.

BUR Y., *rapport d'information n°697 en conclusion des travaux sur les agences régionales de santé*. Déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale. Février 2008. Paris : Documentation française, 168 p.

C.N.O.M. *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2010*. Site internet [www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas National CNOM 2010.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_National_CNOM_2010.pdf)

COUR DES COMPTES. *Chapitre 8 « Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins »* in COUR DES COMPTES, La Sécurité Sociale, Septembre 2007. Paris : La documentation française, pp. 187-256.

DOUGET F., VILBORD A., *Contribution 12 « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé »*. Rapport du groupe de travail présenté par Mireille ELBAUM. H.A.S. Décembre 2007. pp.233-255.

JUILHARD J-M., CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G., *tome 1 « Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement »*. Janvier 2010. Paris : La documentation française, p.53.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*. Septembre 2009. pp. 67-98. [visité le 5 mars 2011], disponible sur internet :

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2009/hcaam_rapport2009.pdf

HUBERT E., *Mission de concertation sur la médecine de proximité*. Novembre 2010. Paris : la Documentation française, 183 p.

JUILHARD J-M., *rapport d'information n°14 sur la démographie médicale*. Déposé par la Commission des Affaires Sociales du Sénat. Octobre 2007. Paris : Documentation française, 86 p.

LARCHER G., *les missions sur l'hôpital*. Avril 2008. Paris : la Documentation française, 172 p.

O.N.D.P.S., *Rapport 2006-2007, tome 1, la médecine générale*, 2008, 173 p.

O.N.D.P.S., *Rapport 2008-2009, tome 3 le renouvellement des effectifs médicaux*, 2009, 152 p.

RITTER P., *la création des agences régionales de santé*. Janvier 2008. Paris : la Documentation française, 63 p.

SARRADON-ECK A., VEGA A., FAURE M., HUMBERT-GAUDART A., LUSTMAN M., « étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels ». Septembre 2004. 72.p.

SARRADON-ECK A, « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins, in Bloy G, Schweyer FX (dir), *Singuliers généralistes. Une sociologie de la médecine générale*, Rennes, EHESP, 2010, pp.253-270.

VEGA A., LUTSMANN M., Décembre 2007. Contribution 13 « *Enjeux des coopérations et des délégations entre médecins généralistes et paramédicaux en secteur libéral : les pratiques déjà en œuvre sur le terrain* ». Rapport du groupe de travail présenté par Mireille Elbaum. H.A.S. pp. 256-269.

Thèses et mémoires

VEDEL I., 2008, *Un modèle français d'intégration française des services pour les personnes âgées fragiles : de l'innovation de sa conception à son implantation*, Thèse pour le diplôme de Doctorat en discipline de Santé Publique : Université de Reims, 224 p.

LEPRETTE V., 2011, *Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires en Ile de France : motivations des porteurs de projets et difficultés rencontrées*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine : Université René Descartes Paris 5, 123 p.

ZAHREDDINE J., 2010, *Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique*, Mémoire en vue de l'obtention du grade de maîtrise individualisée, option vieillissement, santé et société : Université de Montréal, 117 p.

<https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/browse?type=author&value=Zahreddine,%20Jouhanna>

Documents locaux

Conseil Général du Lot-et-Garonne. Décembre 2010. *Schéma gérontologique départemental 2011-2015*.

ARS Aquitaine. *Plan Stratégique Régional de Santé 2011-2015*

ARS Aquitaine. *Le Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens 2010-2013*

Conférence

FORTIER L., « Des alliances ...au quotidien. La base d'une collaboration interprofessionnelle », in Congrès annuel de l'Association Québécoise des Infirmiers et Infirmières en Santé Mentale, *de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité*, Montréal, 20 mai 2004, disponible site internet : www.hlhl.qc.ca

Sites internet

A.N.A.P. « Les projets de l'ANAP : des parcours de personnes optimisés ». [visité le 21 février 2011]. Disponible sur site internet : www.anap.fr/les-projets-de-lanap/des-parcours-de-personnes-optimises/accompagner-un-territoire-de-sante-pour-creer-un-modele-de-parcours-des-personnes/accompagner-3-ars-personnes-agees-aux-urgences-et-en-ssr/

ASSURANCE MALADIE. « Parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006 ». Communiqué de presse 2 octobre 2006. [visité le 2 avril 2011]. Disponible sur site internet : www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp02102006.pdf

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE. 2010. « Les chiffres clés de la Sécurité Sociale 2009 ». [visité le 19 mars 2011] Disponible sur site internet : www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres_cles/2010_chiffres_cles.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Maisons de santé : quel impact sur la qualité de l'offre en santé* ». [visité le 28 janvier 2011]. Disponible sur internet : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_717982/rencontres-has-2008-maisons-de-sante-quel-impact-sur-la-qualite-de-l-offre-en-sante

FEDERATION DES MAISONS DE SANTE COMTOISES (FEMASAC). [visité le 16 février 2011]. Disponible sur internet : www.femasac.org/

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Maisons/Pôles de Santé et protocole multiprofessionnels : quels développements*. [visité le 28 janvier 2011]. Disponible sur internet : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866812/rencontres-has-2009-maisons-/-poles-de-sante-et-protocoles-multiprofessionnels-quels-developpements

U.N.I.O.P.P.S. *Note de la DREES sur l'aide aux personnes âgées et leurs aidants informels* – [visité le 1^{er} juin 2011]. Disponible sur le site internet : [www.uniopss.asso.fr/resources/trco/.../C.../59987Note DREES RAC.PDF](http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/.../C.../59987Note_DREES_RAC.PDF)

UNIVERSITE DE SHERBROOKE. *Cadre de référence, collaboration interprofessionnelle* [visité le 26 mars 2011]. Disponible sur le site internet : www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf

PAVILLON DU PARC. *Interdisciplinarité, guide de référence* [visité le 27 mars 2011] www.pavillonduparc.qc.ca/fr/publications/info.php#interdisciplinaire

Liste des annexes

Annexe 1 : Carte du département du Lot et Garonne et zone d'étude de l'aire de santé

Annexe 2 : Structure démographique du Lot et Garonne et de l'aire de santé de Miramont Duras

Annexe 3 : Répartition des allocataires de l'APA à domicile

Annexe 4 : Multiplicité des prises en charge du vieillissement

Annexe 5 : Schéma de fonctionnement du Pôle de Santé Territorial de l'aire de santé de Miramont Duras

Annexe 6 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 7 : Guides des entretiens

Annexe 8 : Tableau d'aide individualisée (ou tableau de soins) du SMAF

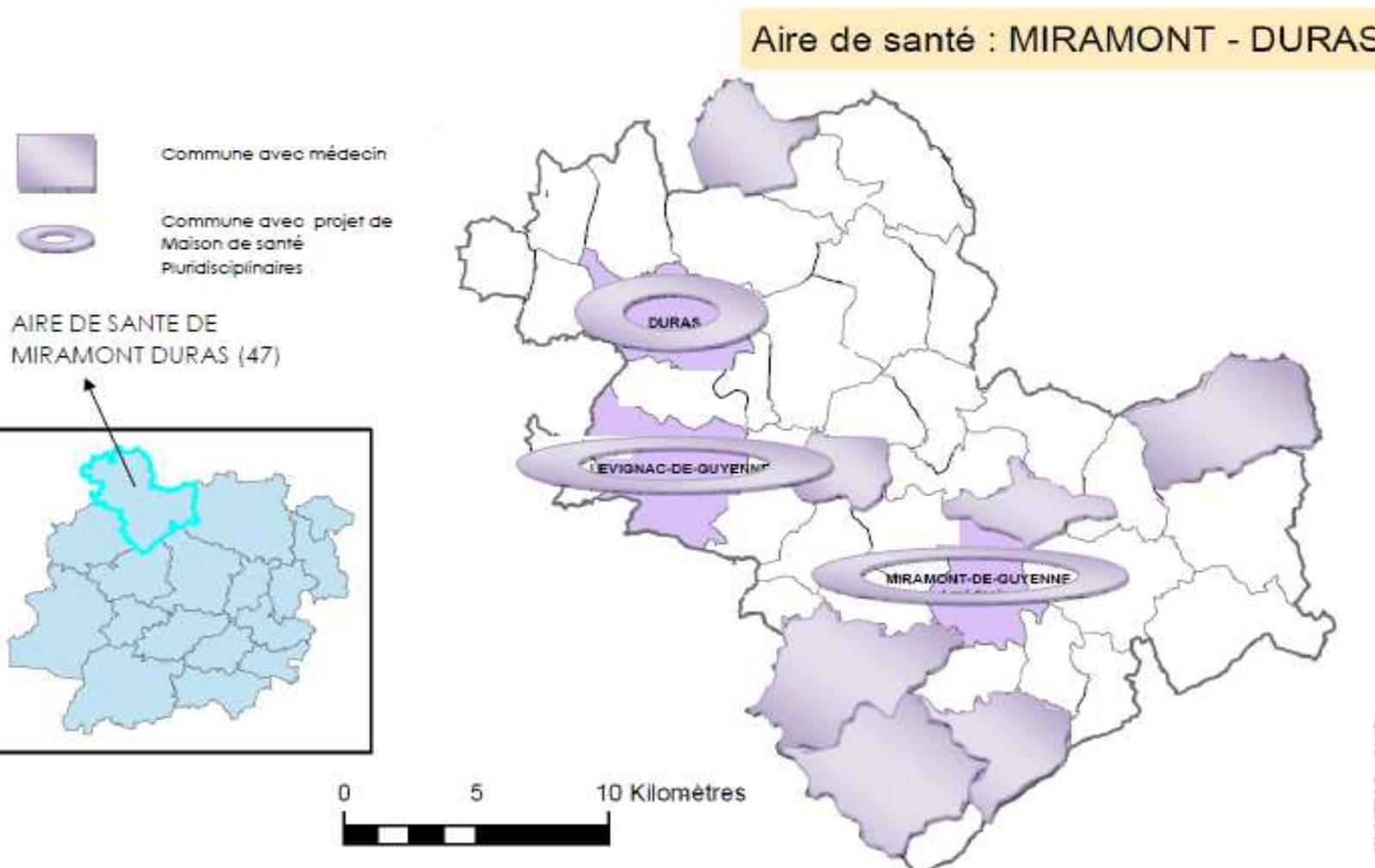
Annexe 9 : Profils Iso-SMAF

Annexe 10 : Missions de l'infirmière coordinatrice santé

ANNEXE 1 Cartes

Département du Lot et Garonne découpé en aires de santé

Aire de santé de Miramont Duras



Source : DTARS 47 et Direction du Développement Social – Conseil Général de Lot-et-Garonne (47) 2011

ANNEXE 2 Structure démographique du Lot et Garonne et de l'aire de santé

Tableau démographique

Evolution démographique	Variation pop en % 1999/2007	Densité hab/km ²	Variation annuelle moy. pop % 1999/2007	du au solde naturel	du aux entrées et sorties	taux natalité	taux mortalité ‰
Aire de santé Miramont Duras	3.6 %	33.3 %	0.44 %	-	-	-	-
Lot et Garonne	6.1 %	60.2 %	0.75 %	-0.1 %	0.8 %	10.3 ‰	11.1 ‰
Aquitaine	8.3 %	76.3 %	1.00 %	0.1 %	0.9 %	10.8 ‰	10.1 ‰

INSEE RGP 1999 ET RGP 2007

Tableau de répartition de la population par tranche d'âge

population	Aire de santé Miramont Duras	Dépt 47	Aquitaine	France
< 20 ans	18.8 %	22.1 %	22.7 %	25.0 %
20-59 ans	46.2 %	49.9 %	14.5 %	14.5 %
60-74 ans	21.1 %	16.2 %	14.5 %	14.5 %
75 ans et +	13.9 %	11.8 %	10.1 %	8.3 %
Project ²⁰²⁰ / taux évolution 75 ans et + 2007/2020	-	14.69 %	13.45 %	3.14 %
Indice de vieillissement au 1/1/2007	141.30	99.10	84.80	66.80

INSEE RP 2007

ANNEXE 3 Répartition des allocataires de l'APA à domicile

Tableau de répartition des allocataires APA sur l'aire de santé de Miramont Duras et le Lot et Garonne :

	Gir 1	Gir 2	Gir3	Gir 4	Total	% alloc APA/ pop ≥ 75 ans
Aire de santé Miramont Duras	1 %	17 %	31 %	51 %	373	15 %
Département du Lot et Garonne	2 %	13 %	24 %	61 %	5 577	13 %

Source Conseil Général, données sur l'aire de santé avril 2011, Lot et Garonne juillet 2010

Tableau de répartition des prises en charge de bénéficiaires APA par le SSIAD des 3 CANTONS (au 9 mai 2011)

Bénéficiaires	Canton de Duras	Canton de Lauzun	TOTAL
De 60 - 74 ans	1	4	5
de 75 ans et +	10	27	37
Total	11	31	42

Bénéficiaires	Canton de Duras	Canton de Lauzun	TOTAL
GIR 1	0	4	4
GIR 2	3	12	15
GIR 3	3	9	12
GIR 4	5	6	11
Total	11	31	42

Prises en charge des bénéficiaires APA par le SSIAD et le réseau de santé Aliénor

	Aire de santé	SSIAD	Réseau Aliénor	Total	% pec / structures
GIR 1	4	3	1	4	100 %
Gir 2	63	15	13	28	44 %
Gir 3	116	12	13	25	21.5 %
Gir 4	190	11	2	13	6.8 %
Total	373	41	29	70	18.7 %

ANNEXE 4 Multiplicité des prises en charge du vieillissement

Statistiques du réseau de santé gériatrique et Alzheimer Aliénor au 16 mai 2011

AIRE DE SANTE DE MIRAMONT DURAS											
COMMUNE	NOMBRE DE SITUATIONS	MEDECIN	GIR	APA CMS	IDE	KINE	ORTO PHONISTE	ASSO AIDE A DOMI.	AT*	SSIAD	CLIC
ALLEMANS DU DROPT	1	DR A	2	X	X	X		X			
DURAS	1	DR A	2	X	X			X			
	1	DR B	2	X	X			X			
	1	DR C	2	X	X	X	X	X			
	1	DR C	3	X	X			X			
DURAS	1	DR D	2	X		X		X			
	1	DR E	1	X	X						
LA SAUVETAT SUR DROPT	1	DR E	1	X	X						
LAUZUN	1	DR F	2	X	X			X		X	
LAVERGNE	1	DR G	3	X				X			
	1	DR G	2	X	X			X			X
	1	DR D	2	X	X	X					
	1	DR E	3		X	X		X			
LAVERGNE	1	DR E	4		X	X		X			
	1	DR D	3	X	X			X			
LEVIGNAC	1	DR D	3	X	X			X			
MIRAMONT	1	DR E	3	X	X			X			
	1	DR E	2	X	X			X			
MOUSTIER	1	DR H	2	X	X			X			
	1	DR D	3	X	X			X			
PARDAILLAN	1	DR C	3	X	X			X			
ROUMAGNE	1	DR E	4	X	X			X			
	1	DR E	3	X	X			X			
SAINT PARDOUX ISSAC	1	DR I	2	X	X			X			
	1	DR J	3	X	X		X	X			
	1	DR F	3	X	X			X			
SEICHES	1	DR K	2	X	X			X			
Saint COLOMB de LAUZUN	1	DR G	3	X	X			X			
	1	DR L	2	X	X	X		X			
	1	DR J	3	X	X			X	X		
Saint SERNIN de DURAS	1	DR C	3	X	X	X		X			

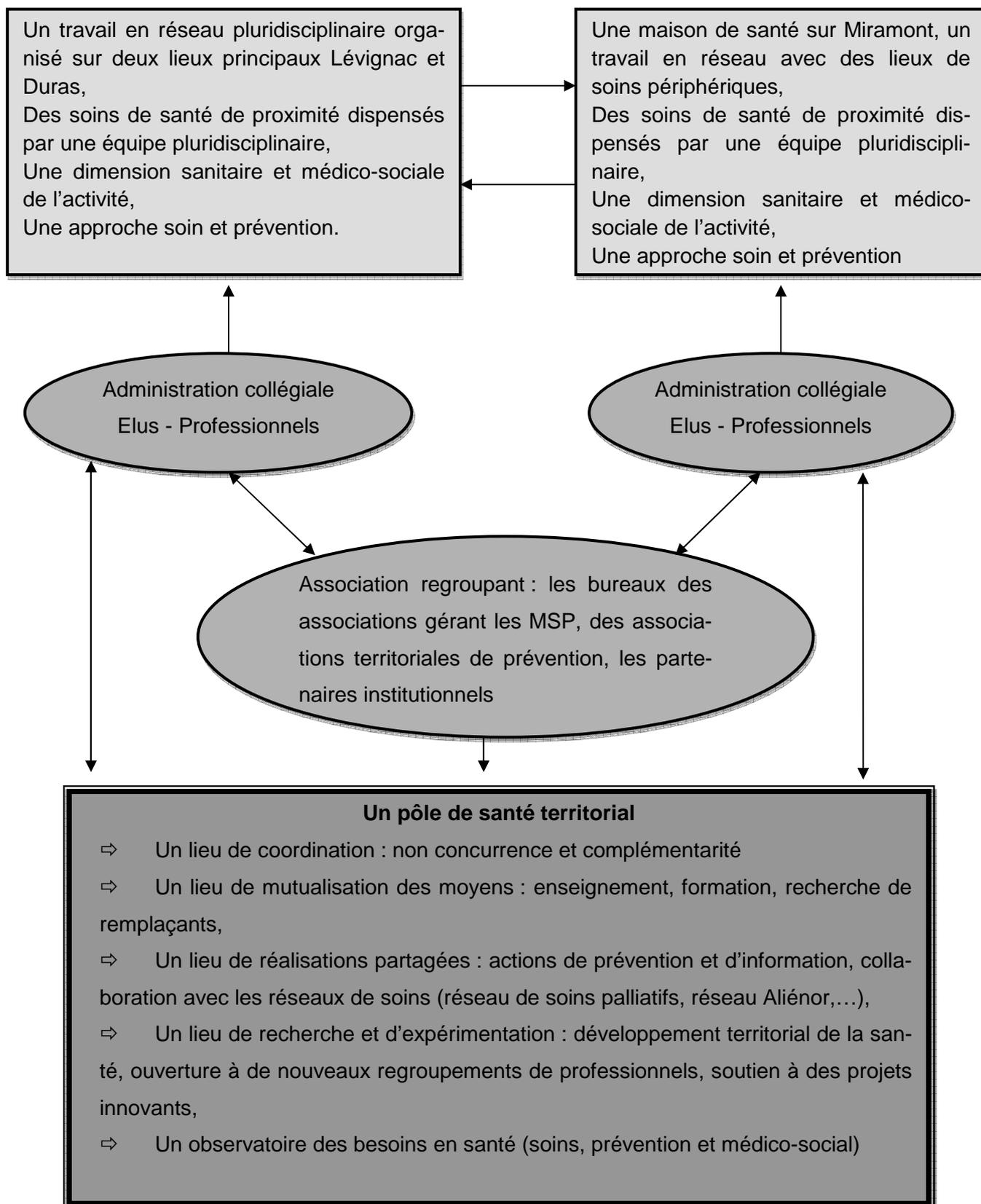
AT : Accueil temporaire

Statistiques du SSIAD des 3 cantons

Bénéficiaires	Canton de Duras	Canton de Lauzun	TOTAL
Aide à domicile/SSIAD	7	26	33
Aide à domicile/SSIAD/ Réseau Aliénor	0	2	2
Aide à domicile/SSIAD/ Réseau Palissy	0	1	1
Famille d'accueil/SSIAD	3	0	3
Famille/SSIAD	1	2	3
TOTAL	11	31	42

Données au 9 mai 2011

ANNEXE 5 .. Schéma de fonctionnement du Pôle de santé territorial de l'aire de santé de Miramont Duras



ANNEXE 6 Liste des personnes rencontrées

Numéro d'entretien	Fonction	sexe	Modalités d'exercice	Tranche d'âge	Date entretien
1	Médecin Inspecteur de Santé Publique ARS du Lot et Garonne	M	S	60-65	15.02.2011
2	Président du CDOM et de la Conférence de Territoire	M	L/S	45-50	21.02.2011
3	Médecin de Santé Publique Conseil Général du Lot et Garonne	F	S	50-55	24.02.2011
4	Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale ARS Lot et Garonne	F	S	50-55	24.02.2011
5	Secrétaire du CROM Aquitaine	M	L	45-50	11.03.2011
6	Chargée de mission Conférence de territoire du Lot et Garonne	F	S	30-35	18.02.2011
7	Cabinet Consultant intervenu sur plusieurs projets du département	F	L	50-55	9.03.2011
8	Vice Président du Conseil Général Lot et Garonne, Médecin généraliste	M	L	50-55	28.04.2011
9	Chargée de mission Développement Local	F	S	45-50	6.05.2011

	Conseil Régional Aquitaine				
10	chef de projet-élu, Présidente de la- communauté de commune Pays de Duras et conseillère générale	F		55-60	27.04.2011
11	Chef de projet élue, adjointe au maire de Miramont de Guyenne, conseillère commu- nautaire du Pays de Lauzun	F	S	40-45	27.04.2011
12	Médecin à Duras Président d'une ASSAD	M	L	65-70	18.04.2011
13	Médecin à Mira- mont de Guyenne chef de projet- pro- fessionnels	M	L	55-60	20.04.2011
14	Médecin Miramont de Guyenne Président du Ré- seau de santé Gé- rontologique et Alzheimer ALIENOR	M	L	60-65	27.04.2011
15	Médecin à Lévignac de Guyenne chef de projet- pro- fessionnels	F	L	50-55	2.05.2011
16	Médecin à Mira- mont de Guyenne	M	L	45-50	6.05.2011
17	Infirmière libérale à Duras	F	L	50-55	14.04.2011
18	Infirmière libérale à	F	L	55-60	18.04.2011

	Lauzun				
19	Pédicure Podologue à Duras	F	L	30-35	18.05.2011
20	Responsable de l'ASSAD à Miramont de Guyenne,	F	S	45-50	20.04.2011
21	Présidente de l'ASSAD de Marmande et infirmière	F	L	45-50	21.04.2011
22	Directeur EHPAD Miramont de Guyenne, Président association RE-GAIN (3 CLIC du 47)	M	S	55-60	2.05.2011
23	Coordinatrice du CLIC Marmande	F	S	25-30	21.04.2011
24	Administrateur du Réseau de santé Gériatrique et Alzheimer ALIENOR	F		60-65	20.04.2011
25	Responsable du SSIAD des 3 cantons	F	S	45-50	26.04.2011
26	Assistante sociale APA Conseil Général du Lot et Garonne	F	S	30-35	4.05.2011
27	Médecin APA au Conseil Général du Lot et Garonne	F	S	50-55	29.04.2011
28	Chef de service PH PA du Conseil Général du Lot et Garonne	F	S	40-45	3.05.2011
29	Assistante sociale	F	S	55-60	20.04.2011

	MSA Duras				
30	Assistante sociale SSR du CHIC Tonneins Marmande	F	S	40-45	21.04.2011
31	Assistante sociale du CHIC Tonneins Marmande	F	S	55-60	9.05.2011

ANNEXE 7 Guides d'entretiens

Guide d'entretien semi directif auprès de professionnels impliqués dans le projet de santé du territoire de l'aire de santé de Miramont Duras

Objectifs de l'entretien et informations recherchées : appréhender leur positionnement par rapport à la coordination des acteurs autour du parcours de santé de la personne âgée, s'il s'agit d'un sujet partagé au sein du PSP ou MSP et avec quels professionnels ? quelles suggestions pour plus d'efficacité,...

Question de départ : « Pouvez vous m'indiquer comment s'organise la prise en charge de la personne âgée ? ».

Points à aborder :

Sur la coordination

- Quelle conception du parcours de soins coordonnés ? (échange d'infos ?, concertation ?)

Dans la pratique quotidienne.

- L'évaluation des besoins de la personne âgée à domicile : par qui ? partagée entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux / ville-hôpital ? plan d'accompagnement personnalisé : qui y participe ?
- Coordination des professionnels et dans quelle situation ? (de quels professionnels parlons-nous ? qui prend l'initiative ?) formalisée ou non ?
- Existence d'habitudes de travail entre certains professionnels ?
- Identification des points critiques dans le parcours de santé de la personne âgée ?
- De l'expérience de terrain : les points forts et points faibles de la pratique actuelle de la coordination ? Les voies d'amélioration ?

Sur les PSP et MSP

- Motivations à passer d'un exercice isolé à un mode d'exercice pluridisciplinaire, voire coopératifs et les attentes à l'égard d'un fonctionnement en PSP ou MSP
- Suggestions de moyens d'actions dans le PSP ou MSP pour traduire dans une organisation la prise en charge coordonnée de la personne âgée ? (coordination « naturelle » par le médecin traitant ou autre acteur (un des intervenants ou un intervenant dédié à cette fonction ? et pourquoi ?) Coordination avec quels types de professionnels ?

Objectifs de l'entretien, informations recherchées : comprendre les raisons qui ont conduit le conseil général à proposer le développement de MSP et PSP, rechercher si des liens sont établis entre ces dispositifs et le schéma gérontologique pour faciliter la prise en charge des personnes âgées

Question de départ : « Pouvez vous m'expliquer ce qui a amené votre collectivité à intervenir dans un champ qui ne relève pas a priori de la compétence d'un CG ? »

Points à aborder :

- Pourquoi le CG est impliqué dans les MSP et PSP ? de quelle manière ? (Instance, aides financières, accompagnement des porteurs de projet, ...)
- Qui doit être initiateur des projets MSP et PSP : les services de l'ARS, du CG, les professionnels de la santé, les élus ?
- Quels intérêts pour les professionnels et pour la population ?
- Quelle formule appropriée MSP et/ou PSP dans le département ? quels sont les professionnels à privilégier et pourquoi ?
- Quelle est l'influence de ce type de structure sur la coordination des acteurs de terrain ?
- participation des équipes gérontologiques du CG à la réflexion locale des MSP et PSP conduite par les professionnels de santé et/ou les maires ?
- intégration dans le schéma gérontologique (2011-2015) de modalités de « passerelles » pour faciliter la fluidité des parcours de santé ?
- Premiers enseignements tirés de ce développement sur le département ?

Objectifs de l'entretien, informations recherchées : connaître leurs représentations des MSP et PSP et du rôle que ces structures peuvent jouer dans la coordination du parcours de santé des personnes âgées, s'ils sont intéressés à devenir partenaires, les pistes d'amélioration de la coordination,...

Question initiale : « Pensez vous que les PSP et les MSP peuvent faciliter la fluidité du parcours de santé des personnes âgées ? »

Points à aborder :

- Quelle connaissance des MSP et PSP (association à la réflexion des professionnels de santé ?)
- La mesure de l'intérêt éventuel de la mise en place des MSP et PSP par rapport à leurs missions respectives,
- Travail partenarial envisagé avec les MSP et PSP ?
- Quelle conception de la notion de coordination ? (échange d'infos ou croiser les compétences pour travailler un projet de santé cohérent répondant aux aspirations de la PA)
- La prise en charge actuelle des personnes âgées est-elle satisfaisante ? (comment sont assurés les liens entre les acteurs, la cohérence des actions, la transversalité entre les 3 champs et ville-hôpital)
- Les forces et faiblesses de la coordination actuelle et les voies d'amélioration ?
- Les points critiques dans le parcours de santé de la personne âgée ?
- Le regroupement des professionnels en MSP et/ou PSP : suffisant pour faire de la coordination des acteurs ? Si non quels moyens développés ?

Objectifs de l'entretien et informations recherchées : comprendre pourquoi et comment s'est constitué le pôle de santé, qui en a été initiateur, le rôle joué par chacun des acteurs, les obstacles rencontrés.

Question de départ : « Pouvez vous me relater pourquoi et comment s'est constitué le pôle de santé territorial ? ».

Points à aborder :

- L'initiative de la création : professionnels (lesquels), les élus, suscitation institutionnelle,...
- La genèse du pôle de santé et de son portage (origine, craintes de départ, enjeux, objectifs (plus de coordination et plus de complémentarité ?),
- Le rôle du cabinet consultant,
- La CODDEM dans l'élaboration de ce projet
- Le soutien financier,
- Les enseignements tirés (notamment la gestion de la période de transition (après validation du projet de santé et l'effectivité de la mise en pôle) et quelle vision de l'avenir.

Objectifs de l'entretien et informations recherchées : rechercher leur positionnement par rapport aux MSP et PSP, le parcours de soins coordonnés : concept ou une réalité ?, un objectif de travail amélioré ? (comment, avec quels professionnels,...)

Question de départ : le secteur de la santé connaît des évolutions profondes dans la conception d'exercer son métier : on parle de regroupement pluridisciplinaire des professionnels, de travail coopératif. En quoi ces évolutions qui semblent répondre aux aspirations des professionnels peuvent contribuer à donner du sens au parcours de soins coordonnés la personne âgée ?

Points à aborder :

- Les MSP et les PSP : la panacée, un effet de mode ou une réponse parmi d'autres,
- Quels professionnels souhaités dans les MSP et PSP, pourquoi ?
- Le regroupement des professionnels en MSP ou PSP : changements des habitudes de travail ? Comment ? Quelle plus value pour les usagers ?
- La prise en charge de la personne âgée est-elle différente des autres ?
- Comment et qui doit coordonner les acteurs impliqués dans le parcours de soin de la personne âgée ?

ANNEXE 8 Tableau d'aide individualisée (ou tableau de soins) du SMAF

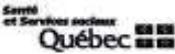


TABLEAU DE SOINS

Nom	Chambre	Date



AUTONOME
 AVEC DIFFICULTÉ
 SURVEILLANCE OU STIMULATION
 AIDE
 DÉPENDANT
 Critères détaillés au verso

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Léger :

Tourner :

Coucher :

- Jaquette d'hôpital personnelle
- Enlever prothèse(s) dentaire(s)

Autres :

1. SE NOURRIR

a) b)

c) d)

Plat par plat

2. SE LAVER

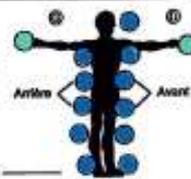
a) Cheveux : _____ b) Ongles : _____

c) Crème : _____

d) Lit Lavabo Bain

Douche Bain tourbillon Surveillance

e) Calendrier : Mini-hygiène : _____ T. perf. : _____ Bain : _____



3. S'HABILLER sauf :



a) Linge souillé : _____

b) Changement des vêtements : D L Ma Me J V S

c) Entretien des vêtements : _____

4. ENTRETIEN

a) b) c) d)

e) Dents naturelles Prothèse supérieure Prothèse inférieure Mettre Enlever

f) Rinçai-bouche Tige-éponge

5. CONTINENCE VÉSICALE

Produits d'incontinence

J _____

S _____

N _____

7. UTILISATION

Toilette Bassine

Urinal Ch. assise

Cuote flut J S N

Autres : _____ J S N

Gilet d'incontinence Stomie Sonde

B. MOBILITÉ

1. Transferts



Programme de marche

2. Marcher

Chambre Unité Établissement Extérieur



3. Prothèse ou orthèse

N/A



4. Déplacement

N/A



Chambre Unité Établissement Extérieur

5. Utilisation

 Ascenseur

Sécurité

• Ceinture FVFG • Bracolet anti-fugue

• Ceinture F • Réclines 1. J S N

• Gilet de sécurité 2. J S N

• Ceinture magnétique (Sécurix) • Autres : _____

C. COMMUNICATION

Langue parlée : _____



D Mettre Mettre

G Enlever Enlever

D. FONCTIONS MENTALES

1.  2. 

3.  4. 

5.  Sol

Animal Fugue

E. TÂCHES DOMESTIQUES

1. Entretien la maison  2. Repas  3. Courses  Livraison

4. Lessive  5. Téléphone  6. Moyen de transport 

Automobile

Véhicule adapté

Taxi

Autobus

Transport adapté

Ambulance

7. Médicaments  Aiguille/dépôt Pfluer

8. Budget 

PARTICULARITÉS : _____

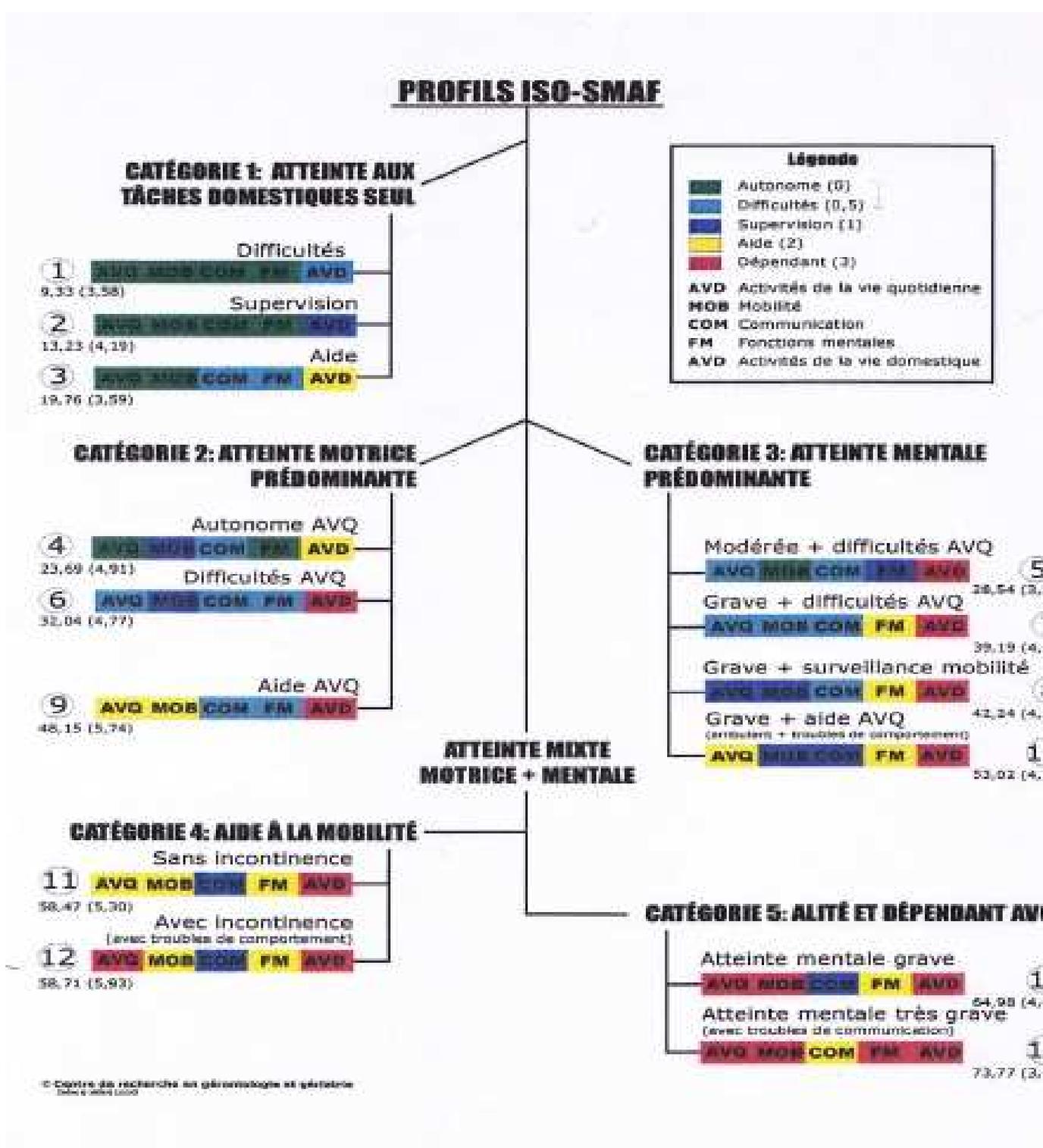
Tablier de fumeur

Révisé par le réseau de Développement Individualisé (SDMI) / Copyright © Hébert, Cormier, Blouin, NAD, C2003 Inc. Publié en 2002. Tous droits réservés. Reproduit par la SMAF avec l'autorisation de Centre d'apprentissage et de formation de la SMAF inc.

Collaborateur de ce tableau individualisé (recommandé de l'équipe de soins) : _____

400-799-3000 ext. 400

ANNEXE 9 Profils Iso-SMAF



ANNEXE 10 Missions de l'infirmière coordinatrice santé

Coordination pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire optimale de la personne âgée à son domicile

Les pistes proposées peuvent s'envisager à trois niveaux :

→ *La coordination des acteurs pour un parcours de santé coordonné*

- Faciliter l'articulation des liens sur le niveau horizontal entre les acteurs de 1^{er} recours, les réseaux de santé avec ceux médico-sociaux et sociaux ainsi que le niveau vertical entre le niveau de 1^{er} recours et les établissements de santé au travers des réunions mensuelles de coordination,
- Promouvoir une évaluation partagée des besoins de la personne à l'aide du SMAF,
- Elaborer le plan de soins individualisé avec les professionnels, en assurer un suivi et veiller à la continuité des soins et à la cohérence des actions d'accompagnement,
- Amener les acteurs à adopter une posture réflexive à l'égard de leurs pratiques professionnelles dans le cadre des cercles qualité pluridisciplinaires.

→ *La dynamique d'animation gérontologique des acteurs*

- Travailler les procédures liées aux coordinations formelles,
- Accompagner les professionnels, en accord avec les institutions dont dépendent ceux salariés, dans le processus de formation et de déploiement de l'outil SMAF,
- Mettre en œuvre un observatoire de la demande sociale de la population vieillissante et suggérer les adaptations de l'offre de services. Une analyse partagée avec les aires de santé de proximité enrichira la réflexion,
- Restitution annuelle de l'activité gérontologique des professionnels (libéraux et salariés) et analyse de celle-ci susceptible de faire émerger des actions collectives ciblées,
- Etre force de proposition sur des formations pluridisciplinaires,
- Construire des relations partenariales solides (CLIC, les réseaux, l'HAD, les établissements de santé, MSA, Conseil Général,...).

→ *Le pilotage du PSP*

- Travailler les modalités de prise en compte de problématique globale observée sur l'aire de santé (exemple : précarité des personnes âgées, les sans domicile fixe),
- Apporter sa contribution à une organisation rationnelle et lisible de l'offre de services de proximité,
- - Proposer des pistes d'évolution et d'amélioration.

FAVRELIERE

Monique

5 juillet 2011

**PILOTAGE DES POLITIQUES
ET ACTIONS EN SANTE PUBLIQUE**

**LE POLE DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PEUT-IL
AMELIORER LE PARCOURS DE SOINS COOR-
DONNES DES PERSONNES AGEES ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Le développement des projets de structures pluridisciplinaires dans le Lot-et-Garonne sert de support à notre étude sur une aire de santé de 20 000 habitants. Réunis en Pôles de Santé, les acteurs de santé partagent des valeurs, une organisation contribuant à l'amélioration de la qualité des soins qu'ils ont inscrites dans le projet de santé du territoire. Cette vision commune doit faciliter le parcours de soins de la personne âgée fragile auprès de laquelle interviennent multiples professionnels. Nous nous interrogeons sur la capacité de ceux-ci à travailler dans des relations interdisciplinaires pour faciliter une trajectoire coordonnée des soins. L'écoute des professionnels rencontrés au cours de cette étude met en lumière des jeux relationnels non propices à des relations sociales sur un mode interdisciplinaires. S'en suivent des propositions susceptibles d'accompagner les professionnels de santé dans la construction de l'interdisciplinarité.

Mots clés :

Personnes âgées fragiles, parcours de soins coordonnés, structures de santé pluridisciplinaires, niveau de premier recours, relations interdisciplinaires, professionnels de santé

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