

Anne-Catherine SOURIOU

***LA COORDINATION DU PARCOURS DE
SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES en
MAYENNE***

Année scolaire 2014-2015

Institut de Formation
des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire
de Nantes

Université Paris Dauphine
Département d'éducation permanente

SOMMAIRE

1- INTRODUCTION	4
2- LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE CONFRONTE A LA RECESSION ECONOMIQUE	6
2-1 CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE	6
<i>2-1-1 Définition.....</i>	<i>6</i>
<i>2-1-2 Vieillissement et société.....</i>	<i>6</i>
2-2 LE VIEILLISSEMENT ET LA SOCIÉTÉ : QUEL REGARD ?	6
<i>Statut et rôle.....</i>	<i>7</i>
2-3 PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE	8
<i>2-3-1 Autonomie.....</i>	<i>8</i>
<i>2-3-2 Risque perte d'autonomie.....</i>	<i>8</i>
<i>2-3-3 Fragilité.....</i>	<i>9</i>
2-4 QUE PROPOSENT LES POUVOIR PUBLICS ?	9
3- CHANGEMENT DE PARADIGME ET ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL, DE L'HOSPITALO CENTRISME À LA TERRITORIALITÉ, AU PARCOURS DE SANTÉ.	10
3-1 VERS UNE NOUVELLE DÉFINITION DE LA PRISE EN CHARGE (UN NOUVEAU MODÈLE EN MATIÈRE DE SANTÉ)	10
3-2 LA TERRITORIALITÉ DE QUOI PARLE-T-ON ?	10
<i>3-2-1 Territoire de santé.....</i>	<i>11</i>
<i>3-2-2 l'ARS (agence régional de santé).....</i>	<i>11</i>
<i>3-2-3 Qu'est-ce que la coordination ?.....</i>	<i>12</i>
3-3 LA STRUCTURATION DE LA COORDINATION : LE« MILLE-FEUILLE DE STRUCTURES »	13
<i>3-3-1 Projet PAERPA(Cf. Annexe 3).....</i>	<i>14</i>
3-3-1-1PAERPA (Fiche Parcours de santé des ainés ARS).....	14
3-3-1-2 L'organisation du PAERPA.....	14
3-3-1-3 La CCP ou Coordination Clinique de Proximité.....	14
3-3-1-4 La CTA ou Coordination Territoriale d'Appui.....	15
3-3-1-4 Le PPS ou Plan Personnalisé de Santé.....	15
<i>3-3-2CLIC Centres Locaux d'informations et de coordination :.....</i>	<i>15</i>
<i>3-3-3Les MAIA.....</i>	<i>15</i>
3-5-1 Les raisons d'installation des MAIA.....	16
3-5-2 Les six axes de développement des MAIA.....	16
3-4 QU'EST-CE QUE LE PARCOURS DE SANTÉ ?	17
<i>Quelques définitions.....</i>	<i>17</i>
4- LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	19

4-1 L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	19
4-2 LE CHOIX DE LA POPULATION	19
4-3 LA GRILLE D'ENTRETIEN	19
5- UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE DU FAIT D'UN DISPOSITIF NON FINALISE (<i>ANALYSE ET DISCUSSION</i>)	21
5-1 LES FREINS	24
5-1-1 La méconnaissance des autres métiers.....	26
5-1-2 Un climat de confiance à construire (ou à instaurer).....	29
5-1-3 Les lourdeurs administratives ?.....	31
5-1-4 Une nouvelle logique à intégrer.....	33
5-1-5 Les enjeux de pouvoir.....	36
5-2 LES LEVIERS	37
5-2-1 Une volonté affichée des pouvoirs publics.....	37
5-2-2 Des acteurs convaincus.....	38
5-2-3 Des moyens mis à disposition.....	40
6- CONCLUSION	45
7- BIBLIOGRAPHIE	47

1- INTRODUCTION

La réalisation d'un mémoire de recherche dans le cadre de la formation de cadre de santé est la mise en application du travail de recherche débuté dès le commencement de la formation. Il est l'occasion d'ouvrir son regard sur un sujet particulier de notre vie professionnelle. Ce sujet est issu d'un questionnaire personnel en lien avec l'expérience vécue, ce qui contribuera à l'élaboration de l'objet de recherche à travers les enseignements universitaires.

Cette démarche nous a permis de passer d'un questionnaire autour de la sortie des personnes âgées en perte d'autonomie qui se trouvent sans assistance, malgré la multitude de structures d'aides existantes, à une recherche sur la coordination au sein d'un territoire de santé ayant expérimenté le projet s'intitulant : « Personne Agées en Perte d'Autonomie » ou PAERPA, ayant pour but l'amélioration du parcours de santé via une bonne coordination des intéressés, allant de la personne âgée jusqu'au personnel de santé concerné et même la famille. Le dispositif en place en Mayenne a été sélectionné pour cette recherche.

En effet, Infirmière diplômée depuis 1999, l'hôpital a été un lieu d'exercice pendant une dizaine d'années en service de psychiatrie adulte et personnes âgées avant d'intégrer un centre médico-psychologique. Attirée par la relation, la prise en soins globale, et déjà sensibilisée au devenir des patients, faire acte de candidature pour un poste d'infirmière coordinatrice en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) s'est imposé.

En 2011, nous avons pris nos fonctions au SSIAD où nous sommes restés jusqu'à l'entrée en institut de formation de cadre de santé (IFCS) en 2014. La mission principale était le suivi des personnes fragilisées ou en perte d'autonomie prises en charge par le service, précisément au niveau organisationnel et celui de l'adaptation des soins de confort et d'hygiène. Notre travail consistait en la conception de plans de soins individualisés, ainsi que l'organisation et l'adaptation du lieu de vie en corrélation avec l'expression du choix de vie des usagers et des familles. La question de la réactivité, des acteurs, nous a intéressé face aux demandes de services nécessaires mais aussi des usagers eux-mêmes à la sortie de l'hôpital, surtout que celle-ci n'était même pas anticipée, pour un retour dans un domicile qui n'était pas adapté pas à l'accueil d'une personne en perte d'autonomie.

Ceci nous amène à un constat qui n'est pas inconnu des services de l'État. Le « mille-feuille » de structures existantes dans le but de coordonner, faire le lien, anticiper et prévoir un parcours de santé cohérent pour les personnes âgées en perte d'autonomie est

complexe. Si complexe que l'articulation des acteurs est désorganisée au point de devoir faire face à des situations urgentes et délétères pour les usagers que sont les personnes âgées.

Pour autant, l'idée concernant un parcours de santé est en cours pour éviter ce genre de situations. Elle nous conduit au questionnement suivant:

Pourquoi malgré la multitude des structures existantes, les obstacles à la coordination persistent dans la prise en charge des personnes âgées ?

Par cette question, nous nous interrogeons sur la coordination des parcours de santé du sujet âgé. Quelle coordination, comment s'opère-t-elle, à quoi est-elle soumise.

Les recherches effectuées, obligent à observer, à travers différents points de vue, l'évolution du système d'organisation qu'engendrent les politiques de prise en compte du vieillissement. L'exploration de cette mutation peut s'envisager à travers cette question de recherche :

Pourquoi malgré la multitude de structure existante la coordination des acteurs ne permet pas au parcours de santé de la personne âgée d'être optimisé ?

Pour cela, nous adoptons pour une démarche compréhensive. Il s'agit de contextualiser tout d'abord la situation actuelle et les différentes structures existantes sur le territoire de Mayenne, tout en faisant apparaître le cheminement réflexif. La méthodologie choisie sera développée et suivie pour réaliser l'enquête. Enfin, en regard de l'analyse des propos recueillis lors de nos entretiens avec différents professionnels, nous présenterons notre compréhension de cette problématique, en mesurant les écarts existants entre les directives nationales et l'étude de terrain de ce nouveau modèle d'intégration.

2- LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE CONFRONTE A LA RECESSION ECONOMIQUE

2-1 Contexte socio-économique

2-1-1 Définition

Le vieillissement, c'est l'atteinte d'un certain âge. Cela varie d'une personne à une autre, mais en général, la vieillesse est continue dans le temps, et est appelée « vieille », toute personne de 60ans et plus, là où le 3^{ème} âge commence. Santé médecine définit le vieillissement comme « un processus normal qui touche l'organisme et ses fonctions dans leur ensemble ». En réalité alors, il s'agit de la « sénescence », c'est-à-dire de la dégradation des cellules du corps, des tissus et des organes. Le dictionnaire Larousse le définit comme un « affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge »¹. Ce qui signifie que le concept est toujours rattaché au temps et à une continuité depuis la naissance jusqu'à la mort.

Du latin « societas », la société est l'ensemble d'individus organisés dans un espace géographique donné. Il y est instauré des relations durables régies par les lois communes, des normes et des valeurs. On peut y associer une culture commune, une civilisation.

Dans le cadre de cette recherche, nous associons la société des personnes âgées comme une société à part entière.

2-1-2 Vieillesse et société

La société reconnaît dans son fonctionnement l'existence de normes et de valeurs toujours. Les normes sont les règles sociales qui régissent la vie en société, et les valeurs sont les idéologies qui y règnent. Dans cet ordre d'idées, il convient de préciser que le vieillissement fait partie de la vie. Mais dans la société, force est de constater l'exclusion sociale des vieilles personnes surtout pendant l'ère de l'individualisme. Les personnes âgées, inactives et dépendantes, sont présentées comme des marginaux au même titre que les délinquants. Toutefois, c'est dans leur traitement que se manifeste la différence, car les personnes âgées sont placées dans les maisons de retraite, et reçoivent les soins et l'assistance, surtout médicaux dont elles ont besoin, puisque leurs familles et leurs sociétés d'origine ne peuvent prendre soin d'elles à longueur de journée.

¹www.larousse.com

Il est également question de dépendance financière, dans la mesure où la perte d'autonomie ne permet plus la pratique d'une activité rémunératrice, outre la fatigue corporelle empêchant évidemment.

2-2 Le vieillissement et la société : quel regard ?

Aujourd'hui, l'espérance de vie progresse. Selon les chiffres de l'Institut National des Études Démographiques elle est de 78,7 ans pour les hommes et 85,0 pour les femmes. Associé à l'augmentation constante des traitements contre les maladies chroniques, le vieillissement de la population se présente comme un problème nouveau dans le cadre médical, puisque ces maladies peuvent représenter un danger potentiel du point de vue de la masse de population et sur le plan économique également. Les affections de longue durée consomment des dépenses de l'assurance maladie. De plus, les problèmes démographiques peuvent en découler, mais aussi sociologique pour les professionnels de santé. En effet le départ massif des médecins en retraite, l'arrivée des nouveaux professionnels et la féminisation de ceux-ci, modifient cette profession. Les nouveaux professionnels aspirent à travailler de manière moins solitaire, plus mutualisée. Les médecins souhaitent une carrière prenant en compte le rythme de leur vie personnelle. Face à la diminution des durées de séjours, à la raréfaction des médecins libéraux et à la complexification des parcours de soins, couplées à la crise économique et la renonciation de certains citoyens aux soins, l'organisation des parcours (de santé) et la coordination de ceux-ci est un des enjeux de notre société. Nous assistons à ce jour au regroupement de professionnels en maison de santé ou en pôle de santé.

Ces nouveaux modèles modifient les organisations de travail des professionnels de santé et nous pouvons penser qu'elles améliorent l'organisation des prises en charges des patients. Le parcours de santé est alors évoqué.

Depuis quelques années la notion de parcours fait partie des discours publics, il est au cœur des projets loi et de la stratégie nationale de santé.

Statut et rôle

Actuellement, le cas des personnes âgées se présente comme un problème social étant donné le vieillissement de la population en Europe et notamment en France. On cite d'abord l'Etat comme ayant le rôle principal et la prévention de la dépendance est une nouvelle bataille. En effet, les nouvelles réformes tant du côté de l'Etat, que des institutions publiques et privées tendent à recentrer les débats sur « les mutations qui sont en train d'affecter la

société contemporaine »². L'exemple du comité national de coordination de la politique préventive de la perte d'autonomie en février 2012 permet de comprendre généralement la place des personnes âgées dans le contexte national de nos jours. C'est cette politique préventive qui concentre l'attention dans le sens où le nombre de personnes âgées ne cesserait d'augmenter. Il en est de même des réseaux mis en place dans la coordination afin de faciliter l'application de nouveaux textes de lois afférents au problème de dépendance des personnes âgées.

D'un point de vue social, « toutes les sociétés occidentales ont soutenu l'amélioration de l'espérance de vie, la lutte contre la mortalité et la morbidité »³. Ce qui démontre d'abord la place des recherches médicales comme primordiales, mais à contre sens, puisque la vieillesse est un état d'immobilité, elle apparaît également comme une mort précoce. Le rôle de la société est bien évidemment de protéger tous ses membres, l'on remarque l'effort des recherches sur le fait de prendre en charge les personnes âgées et de les aider. D'abord, en maison de retraite, bien que les besoins indispensables dans la vie des locataires soient assurés, il faut préciser qu'émotionnellement, l'éloignement avec les proches entraînent un sentiment d'abandon, et de rejet donc d'exclusion sociale. Longtemps, les personnes âgées sont considérées comme des marginaux sociaux. Mais actuellement, la tendance vers le maintien à domicile, et la présence d'aidant naturel et assistance tend à devenir une norme surtout avec la politique de santé des personnes dépendantes.

D'un point de vue économique, les personnes âgées sont des charges pour les familles. Elles ont besoin d'assistance presque 24 heures sur 24, étant donné leur état de fragilité. Et l'accroissement de cette population âgée est aussi coûteux à l'Etat. En effet, « la vieillesse constitue un problème à forte charge économique, sociale et culturelle. L'évolution des structures socio-économiques a fait de la stimulation et de l'orientation de la demande des retraités un enjeu social non négligeable »⁴.

2-3 Personne âgée en perte d'autonomie

Avant de définir ce qu'est une personne âgée en perte d'autonomie, il nous apparaît essentiel de définir en premier ce qu'est une personne âgée. Il est assez complexe de donner

² Dominique Argoud, Prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement, Fond. National de Gérontologie, 2012, page 95

³ Cathérine Deschamps-Le Roux, La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social, Fond. National de Gérontologie, 2012, page 82

⁴Guillemard Anne-Marie. Les politiques de la vieillesse. In: Communications, 37, 1983. Le continent gris. Vieillesse et vieillissement. Page 119

une définition de « personne âgée ». Selon l'Institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE), sont considérées comme âgées, les personnes de 60 ans et plus. L'OMS quant à elle considère comme âgées, les personnes de plus de 65 ans. À partir de ce seuil, on parle de troisième âge, passé 75 ans on parle de quatrième âge. En somme, l'âge requis pour être catégorisé « personnes âgées » est relativement imprécis. L'âge n'apparaît donc pas comme un critère suffisant pour qualifier une personne âgée. Pour définir le terme « personne âgée » il convient de s'intéresser à la notion de vieillesse au sens propre comme « la période de vie succédant à l'âge mûr » et de manière plus médicale, comme « le processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations physiques entraînant la dégénérescence des cellules provoquant son affaiblissement. » En d'autres termes nous pouvons dire que la personne âgée avançant en âge va progressivement perdre l'autonomie de vie qui jusque-là lui permettait de ne dépendre que d'elle-même. Il convient de savoir ce qu'est l'autonomie.

2-3-1 Autonomie

L'autonomie, c'est la capacité d'un individu à prendre soin de lui-même sans aucune aide extérieure, généralement. Dans le monde médical l'autonomie se réfère à la capacité d'un patient à s'occuper de lui-même sans assistance. L'Internaute définit l'autonomie comme une « *liberté de comportement d'un individu, faculté d'agir avec indépendance* »⁵.

Derrière l'autonomie, l'idée d'indépendance est primordiale. En philosophie, elle est « la faculté d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi »⁶. L'autonomie est, « signe de liberté, elle se caractérise par la capacité à choisir de son propre chef sans se laisser dominer par certaines tendances naturelles ou collectives, ni se laisser dominer de façon servile par une autorité »⁷. En médecine effectivement, l'autonomie se traduit par la liberté du patient de suivre un traitement donné sans assistance médicale ou paramédicale, donc ne s'applique qu'à une personne en bonne santé. L'autorité est assimilable au personnel médical qui vient pour l'aider, mais aussi à l'Etat qui lui impose systématiquement cette assistance médicale (par la loi) à l'endroit des personnes ayant atteint un certain âge et qui ont perdu ou risquent de perdre leur autonomie.

⁵ lintern@ute.com

⁶

⁷

2-3-2 Risque perte d'autonomie

Pour une personne âgée, l'autonomie n'est possible que dans certains domaines hormis la santé. En effet, sa santé est exposée à divers risques qui peuvent venir lui enlever cette autonomie. Le risque se définit comme « un danger plus ou moins probable »⁸. Le risque de perte d'autonomie, c'est le danger qu'encourt une personne âgée de perdre son indépendance, et donc lui incombe la nécessité d'une assistance. Cette assistance peut être traduite par des soins ou un simple accompagnement, comme il peut s'agir d'une totale prise en charge selon le cas. La perte d'autonomie est en fait l'incapacité de faire et/ou d'assurer des actions de la vie courante seule.

Les caractères liés au risque sont d'abord la probabilité et ensuite la gravité. Nous allons retenir l'explication suivante : « *la probabilité d'occurrence, ou la mesure de la possibilité qu'un événement se produise dans le futur, et la gravité des effets de cet événement, ou les dommages, c'est à dire les conséquences négatives que provoquerait un événement* »⁹. Cette perte d'autonomie peut alors suivre un événement éventuel, attendu ou inopiné, tel un accident, ou le vieillissement, comme le cas que nous traitons dans cette étude. Il convient alors de faire des bilans de santé afin de trouver la meilleure prise en charge possible, pour assurer un vieillissement calme et En fait, l'âge est le premier facteur de risque de perte d'autonomie, puisque à un certain âge, tout homme sera amené à perdre son indépendance et à chercher de l'assistance.

2-3-3 Fragilité

La fragilité est le caractère de ce qui est fragile, par définition selon Larousse. On y retrouve des idées de vulnérabilité et de faiblesse, car dans le mot « fragile », la tendance à se briser demeure.

Pour les personnes âgées, Vincent Caradec parle des personnes à la retraite, du 3^{ème} âge et du 4^{ème} âge. Ce dernier étant celui de l'incapacité et de l'immobilité. Immobilité, par opposition à mobilité fait état de la nécessité de dépendance sur plusieurs domaines (financiers, sociales, ...). Ce qui est souligné par Inouye et al. (2007) suivant sa définition de la fragilité comme « *une insuffisance de la mobilité, de l'activité physique, de l'équilibre, de la force musculaire, de la cognition, la nutrition, et de l'endurance* »¹⁰. La fragilité est en rapport avec l'âge encore étant donné la nécessité presque permanente d'aide

⁸Patrick Maléa, Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques, 2012, page 112

⁹Patrick Maléa, Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques, 2012, page 112

¹⁰Patrick Maléa, Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques, 2012, page 110

et d'assistance, manifesté par des soins d'abord médicaux, et ensuite sociaux. Il s'agit de la réinsertion des personnes âgées dans la société face au vieillissement de la population. Cela traduit la pluralité de personnes du 4^{ème} âge, qui sont fragiles du fait de leurs états physiques et psychologiques.

La fragilité peut aussi être présentée comme une réduction de capacité par rapport à un état d'origine. Quelques déficiences apparaissent à causes de l'âge et certaines aptitudes, pourtant facile et donnée, deviennent difficilement faisable pour les personnes âgées au fil du temps. Selon Patrick Maléa, la fragilité apparaît comme « *la conséquence d'une morbidité acquise et d'une réduction des réserves fonctionnelles, biologiques, psychiques ou sociales* »¹¹.

2-4 Que proposent les pouvoirs publics ?

Du côté des pouvoirs publics, la personne âgée devient un sujet problématique. La nécessité d'une politique de santé adaptée à leur situation devient pressante surtout avec le vieillissement de la société.

Une Stratégie Nationale de Santé ou SNS a dernièrement été rendu public et qui a pour but l'amélioration des prises en charge des personnes en perte d'autonomie. En fait, littéralement, cette stratégie est mise en œuvre dans la prise en charge individuelle, consistant en l'octroi d'un « soin et accompagnement de la personne malade ou en perte d'autonomie »¹². Ce qui est une réponse à la demande d'accompagnement des personnes qui ont contractées des maladies. Ce qui signifie que les soins offerts ne sont pas la limite de l'application de cette SNS. Mieux encore, elle prévaut une prévention individuelle pour les individus à haut risque, pour les causes les plus directes de la mortalité précoce (individus consommateurs d'alcool par exemple). Dans ce cadre, l'Etat propose divers solutions dont la mobilisation de tous les acteurs concernés et non plus seulement les professionnels médicaux, avec la réduction des inégalités sociales en matières de santé, une coordination plus exactement.

Donc, les pouvoirs publics proposent non seulement une amélioration de la prise en charge du patient âgé, sur le point santé et social, mais aussi des acteurs dans le système de fonctionnement de cette prise en charge.

¹¹Patrick Maléa, Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques, 2012, page 110

¹² Pierre Lombrail, Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels, Santé Publique, 2013, page 386

3- CHANGEMENT DE PARADIGME ET ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL, DE L'HOSPITALO CENTRISME À LA TERRITORIALITÉ, AU PARCOURS DE SANTÉ.

3-1 Vers une nouvelle définition de la prise en charge (un nouveau modèle en matière de santé)

La prise en charge de la personne âgée dépendante a trait au suivi de celle-ci pendant tout le parcours de santé. Il s'agit non seulement des soins, ou de l'assistance médicale, mais aussi de prise en charge sociale globale compris dans le cadre de la politique de santé.

Un nouveau modèle de prise en charge voit le jour avec la loi HPST et la SNS. Les maisons de retraite ne sont plus aussi conseillées tandis que le maintien à domicile devient une nécessité. La prise en charge au niveau des établissements de santé ne concerne plus que les cas graves. Les équipes de soins à domicile viennent faire le relai, avec les aidants naturels. Le réseau sert également de communication et d'information entre les acteurs professionnels de santé, le médecin traitant et les infirmiers de l'équipe à domicile ou IED. Le patient est pris en charge non seulement médicalement mais aussi socialement.

Les causes de ces changements sont nombreuses. Une enquête de Santé Protection Sociale réalisée en 2006 démontre que « les déterminants sociaux de la santé s'appuie sur le double constat que la santé dépend des conditions de vie et de travail de tout un chacun mais aussi que ces déterminants sont inégalement distribués dans la société »¹³. Ainsi la politique de santé a déterminé comme un de ses objectifs la rééducation des inégalités de santé.

De tout ce qui précède, les changements touche d'abord l'établissement de santé, qui n'est plus uniquement l'hôpital, mais s'étend sur divers structures permettant de réduire le risqué d'exposition de la personne âgée, malade, aux effets de l'hospitalisation et de veiller individuellement sur chacune d'entre elles, et arrive jusqu'au domicile. Notion qui a été appelé : « territoire de santé ». A cela s'ajoute des projets et la mise en place d'une « coordination » nouvelle pour améliorer le service de prise en charge.

3-2 La territorialité de quoi parle-t-on ?

En général, la territorialité décrit, outre un contenu juridique d'adaptation, une sensation d'appartenance, mais aussi de suppression, et un mode de conduite d'un concept,

¹³ Pierre Lombrail, Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels, Santé Publique, 2013, page 386

qu'elle qu'en soit l'ampleur, quel que soit le groupe social qui le mène. Les territoires sont l'objet d'affects collectifs et individuels.

Par définition, le territoire est « une étendue de terre occupée par un groupe humain qui dépendent d'une autorité »¹⁴. La notion de territoire suppose l'existence d'une zone où une société vit. Dans cette étude, les personnes âgées peuvent être assimilées à une société à part entière qui appartiennent au territoire de santé.

3-2-1 Territoire de santé

Les territoires de santé forment l'initial degré de la coupelle géographique, qui recouvre le champ de capacité des Agences Régionales de Santé et où se défaille leur politique régionale de santé. En son sein, les propos de territoire, outil de la démocratie sanitaire, aménagent l'échelon local d'accord pour le projet régional de santé.¹⁵ Le territoire de santé, du latin « territorium », est le « découpage du territoire dans le cadre de la santé »¹⁶. Littéralement, il s'agit de diviser le territoire¹⁷ en plusieurs « petits territoires de santé ».

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) dispose que « l'Agence Régionale de Santé (ARS) définit des territoires de Santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des Établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours »¹⁸. La territorialisation de la santé, c'est « son appréhension à partir de réalités spatiales et des processus afférents »¹⁹. Ces territoires dites de santé, ont alors pour mission la prise en charge de la santé de toute la population selon les processus définis par la loi.

Ce qui signifie que cette loi propose un élargissement important sur le champ d'application et d'intervention des territoires et s'étend à l'ensemble du dynamisme des ARS, spécialement la santé publique et le secteur médico-social. Les territoires de santé sont infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Elle admet et permet des degrés d'accès aux soins de premier appel. Ces territoires de santé se consignent certainement dans la désinence et terminaison du projet.

¹⁴www.toupie.org/Dictionnaire/Territoire.htm

¹⁵www.sante.gouv.fr/territoires-de-santé.html

¹⁶www.lintern@ute.com

¹⁷Le territoire géographique du langage commun

¹⁸Article L.1434-16 du code de la Santé Publique

¹⁹Amat-Roze Jeanne-Marie, La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, Hérodote, 2011

Le projet régional définit les buts pluriannuels des opérations que conduit l'ARS dans ses domaines de capacité, ainsi que les mesures déployées pour ce faire. La programmation peut tenir la forme de programmes territoriaux de santé ayant donné lieu à des conventions locales de santé. Tous les territoires de santé devront contrôler la mise en œuvre du projet PRS ou Projet Régional de Santé.

3-2-2 l'ARS (agence régional de santé)

Les agences régionales de santé (ARS) ont eu pour obligation la détermination de leurs projets régionaux de santé (PRS), dont les diverses composantes participent et/ou collaborent à une disposition plus collatérale de l'offre de services de santé. Ces PRS contiennent la prévention, les précautions, les soins de premier recours et ceux donnés par les établissements, ainsi que les prises en charge médico-sociales. Les ARS ont, en amont de leurs PRS, résolu et prescrit les territoires de santé « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier secours »²⁰. Au sein de chaque territoire de santé est établie une conférence de territoire, constituée de délégués des différents concepts d'acteurs du système de santé, dont les utilisateurs. Cette conférence concourt à la mise en œuvre du PRS et son attachement avec les projets territoriaux.

Les ARS et la territorialité sont alors fonction l'un de l'autre, et le travail dans la mise en place et l'ordonnancement du système et de la politique de santé doit être faite en étroite collaboration. Ce qui est le résultat d'un long changement administratif dont l'objectif est de garantir une politique de santé publique vigoureuse, efficiente et énergique, d'octroyer enfin une cohésion d'ensemble à d'éventuel embrouillement des établissements locaux et régionaux variés qui avaient chacun ses capacités dans le domaine de la santé publique auparavant. En plus, il est question d'ajouter une couche supplémentaire à un mouvement de changement du monde de l'hôpital qui reste en perpétuel mouvement depuis les années quatre-vingt-dix et d'encourager le rôle de l'Etat dans le domaine de la santé publique, de décentraliser, au niveau régional, vers un pôle fort et compréhensible, l'organisation et la normalisation. Pour résumer, la santé publique, hospitalière, ambulatoire et médico-sociale étaient dirigées, parfois même managées différemment mais actuellement, le résultat des ARS est l'existence désormais d'une réelle gouvernance d'ensemble sur ces domaines.

20

A préciser que ces agences sont des établissements d'Etat et appartiennent au domaine administratif. Elles sont installées sous la tutelle des ministères en charge de la santé, de l'assurance maladies, des personnes âgées et celle handicapées. Elles retirent la filiation de l'attribution en conseil des ministres des Directeurs généraux des ARS. Et bien incontestablement, on y retrouve les mêmes branches à effets égaux : députation de pouvoirs, autonomie consolidée, pouvoirs affermis, aucun lien échelonné avec le préfet de région, fût-il président du conseil de surveillance, puisque c'est un Comité national de pilotage (CNP) qui conduit et estime les DG d'ARS.

En réalité, les alternatives du récent DG d'ARS sont absolues, dans les limites imposées par la loi. Leur approche marque la fin des pouvoirs des préfets, de département comme de région, sur les interrogations de santé dans lesquelles ils ne gardent que des dotations restantes.

3-2-3 *Qu'est-ce que la coordination ?*

La « coordination » est un terme technique désignant une nouvelle forme de prise en charge des patients dans les centres hospitaliers. Elle a commencé à prendre de l'ampleur depuis quelques années du fait de l'accroissement des besoins dans le système de santé. *« La coordination est ainsi invoquée à la fois comme un manque par les patients, comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de santé par les hommes politiques et comme l'un des objectifs des réformes introduites dans le système de santé »*²¹.

Dans cette coordination naît plusieurs organisations qui viennent changé la donne du monde de l'hôpital et de la santé en générale. Elle est par ailleurs un des enjeux de la politique de santé, et a suscité l'organisation en réseau des structures sanitaires. Non seulement, elle apporte des changements innovants et innovateurs, mais devient un réel besoin dans le paradigme de l'environnement de la santé.

Le réseau est aussi assimilable à la coordination elle-même comme la définition qu'en donne Frossard : « organisation volontaire de professionnels, pouvant inclure des bénévoles, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources, pour développer des actions d'information, d'aides et de soins, de prévention, destinées à résoudre des situations

²¹ Magali Robelet, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, La Doc, Française, 2005, page 233, <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-231.htm>

complexes ou urgentes, identifiées comme prioritaires sur un territoire selon des critères élaborés au préalable en concertation »²².

3-3 La structuration de la coordination : le « mille-feuille de structures »

La coordination est perçue à la fois comme un manque par les patients, comme une issue pour améliorer l'aptitude des apports de santé par les hommes politiques et comme l'un des buts des changements engagés par les professionnels de santé, avons-nous dit. La manière dont elle est déterminée et mise en œuvre permet de voir la coordination comme un « territoire » où s'étendent, s'opposent et/ou se rapprochent des mouvements professionnels. Par le terme mouvement professionnelle, on distingue ainsi l'apparition de nouveaux fonctionnements professionnels et les appels fédératifs pointant l'exploration d'une capacité et/ou d'un règlement ou la protection d'un territoire professionnel. Avec en addition, l'installation de l'organisation en réseau.

Par réseau, nous entendons, une « forme d'organisation de la production regroupant des professionnels de santé capables de contractualiser avec un seul organisme financeur sur des objectifs de soins et/ou de santé »²³. Ici, il est question de prise en charge pluri personnelle puisque « les personnels paramédicaux interviendront dans le cadre des soins et de l'éducation thérapeutique. L'intervention d'un ergothérapeute pourra être utile s'il y a lieu d'adapter le logement à la nouvelle situation du patient. L'intervention des professionnels du secteur social est également primordiale pour permettre le maintien de la personne dans la vie active, au travail, à l'école ou à l'université mais aussi par rapport aux tâches domestiques »²⁴.

La spécificité promoteur des encouragements variés à la coordination ne demeure ni dans l'application de la coordination elle-même, qui aperçoit dans toute condition de travail mettant en rapport certains acteurs, ni dans son but, consensuel de progrès de la vertu des soins, mais dans l'ordre à la mise en place d'un mode singulier de coordination dite formalisée, selon Robelet Magali. La formalisation indique ici la démonstration des fonctionnements de soin, spécialement l'écriture des étiquettes de postes, l'agencement de dossiers de soins sur la prise en charge des patients qui s'explique par un écrit. Les mouvements de formalisation réalisés à un niveau local, dans les situations de travail mais

²²Frossard Michel, « Coordination, intégration, réseaux de services » Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, *Gérontologie et société*, 2002, page 37

²³ Robelet Magali et al., La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue française des affaires sociales*, 2005, page 237

²⁴ Dominique de Penanster, Ière Partie : Identifier la chaîne des acteurs professionnels et des bénévoles impliqués, les interfaces entre le médical et le social, in *Mieux vivre au quotidien avec une maladie chronique*, Colloque

pareillement à un niveau plus systémique a mis en exergue de la coordination, de ses buts et de ses acteurs dans la loi et dans les institutions (efforts spécifiques des professions et ordres de conception).

En effet, la formalisation est une démarche dont les conséquences et suites peuvent être opposés : d'une part, elle accède une exploration de certains érudition et contenance, d'autre part, elle peut être scrutée comme une méthode d'accroître la vérification sur les tâches de chacun.²⁵ Le réseau peut en être un instrument.

La nécessité de théoriser la coordination est en plus une manière, pour les délégués, de mieux vérifier l'activité des professionnels prédicateur auprès des patients. La découverte des activités de coordination est aussi l'opportunité de réaliser l'émergence d'un autre métier de coordonnateur de réseau. Rappelons que la coordination fait appel à plusieurs professionnels de santé, de diverses disciplines. Les structures qui sont appelées à travailler ensemble sont donc importantes en nombre.

3-3-1 Projet PAERPA(Cf. Annexe 3)

3-3-1-1PAERPA (Fiche Parcours de santé des aînés ARS)

Créées par l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, ces expérimentations²⁶, prévues pour 5 ans dans des territoires de neuf régions, encourageant la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour de la prise en charge de personne de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie ont été enregistrées dans le PAERPA ou Personnes Agées en Perte d'Autonomie.

Le territoire de la Mayenne a été le lieu où l'expérimentation a commencé. Il en est le prototype. Le PAERPA est donc une expérimentation de la coordination de la prise en charge des plus de 75ans afin de pallier aux problèmes rencontrés durant des années dans le cadre de la santé des aînés.

L'arrêté du 30 Août 2012 fixe ces expérimentations, dont le cahier de charge avec comme préalable la mise en œuvre de l'organisation nouvelle dans la politique de santé à l'encontre des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agit de prévenir l'hospitalisation systématique, en s'assurant de la bonne tenue de leurs sorties et la prise en charge à domicile

²⁵ Magali Robelet, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, La Doc, Française, 2005, page 233

²⁶Elles sont appelées expérimentations puisque non encore applicables mais restent des expériences en vue d'une étude d'impacts.

comme suivi médical. Pour ce faire, une démarche de prévention auprès des personnes âgées indépendantes à risque (fragile et qui risque de perdre leur autonomie) pour causes de santé ou de vie sociale (c'est-à-dire de l'environnement social). Cette démarche a déjà été adaptée aux besoins de ses cibles que sont les individus de plus de 75ans. Le but est l'amélioration des soins, du côté des professionnels de santé, des structures mises en place, dans les meilleures conditions possibles pour la personne en perte d'autonomie, et ce, toujours, dans l'amélioration de l'organisation en réseau qu'est la coordination.

3-3-1-2L'organisation du PAERPA

Le prototype PAERPA en Mayenne place la Coordination Clinique de Proximité (CCP) comme le premier niveau d'intervention devant répondre aux besoins des personnes âgées.

3-3-1-3La CCP ou Coordination Clinique de Proximité

Le parcours de soins est coordonné par le médecin généraliste. La CCP alors se trouve être une équipe pluri professionnelle (de professionnels de plusieurs disciplines) travaillant auprès des patients suivis à domicile dans les villes, se compose généralement d'un infirmier libéral ou d'un coordinateur des SSIAD, d'un pharmacien, et autres. Elle peut être mobilisée dans le parcours de santé, dès le début même, pour servir d'assistance aux aînés.

3-3-1-4 La CTA ou Coordination Territoriale d'Appui

C'est une plateforme, destinée aux bénéficiaires dans le parcours de santé, c'est à dire les patients âgés et les aidants, qui s'appuient sur les structures du territoire. Elle est un moyen d'information et de communication vers les aides sanitaires, ou médico-sociales et sociales du territoire grâce à un annuaire ou un répertoire opérationnel de celles-ci, et d'un numéro vert unique accessible sur une longue distance.

Ses services sont régis en système de « guichet intégré » dans l'orientation et l'information des bénéficiaires suscités, et est une limite entre les établissements de santé et les équipes de soins à domicile pour les cas d'hospitalisation.

3-3-1-4 Le PPS ou Plan Personnalisé de Santé

Conçu par la haute Autorité de Santé, le PPS est constitué en un recueil des données personnelles et professionnelles, d'abord du patient et en même temps des professionnels de santé qui le prennent en charge. Il est destiné aux personnes de plus de 75 ans qui ont perdu son autonomie (en matière de santé mais aussi sur le plan social) et donc ont besoin d'une assistance

médicale à domicile. On y retrouve les besoins primordiaux du patient et le plan de santé (soins et aides) qui a été conçu à son encontre, dûment daté et qui décrit par étapes les aides et informe sur les intervenants concernés. C'est le médecin traitant qui en est le « déclencheur » et la CPP prend le relai à domicile.

3-3-2CLIC Centres Locaux d'informations et de coordination :

La circulaire DGAS/AVIE/2C du 18 mai 2001 définit les missions du CLIC et le cahier des charges à respecter pour l'obtention du label. Devant s'appuyer sur l'ensemble des structures sociales, sanitaires et médico-sociales, services et professionnels qui œuvrent auprès de la personne âgée, le personnel des CLIC travaille à la mise en adéquation des réponses offertes sur le territoire aux besoins des personnes. Il organise une prise en charge globale coordonnée mettant en jeu la complémentarité des actions et des intervenants. L'étendue des missions du CLIC peut-être plus ou moins importante et évoluer dans le temps. Trois niveaux de label sont identifiés :

- Label niveau 1 : mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien des familles.
- Label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- Label niveau 3 prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi de d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Depuis le 1er janvier 2005 les CLIC sont placés sous l'unique responsabilité du

Conseil général par la Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

3-3-3Les MAIA²⁷

Les MAIA ou Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Maladies Alzeihmer font l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer2008-2012. En fait, c'est « une méthode au service de l'intégration des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la perte d'autonomie des personnes âgées »²⁸. (En annexe, le dispositif MAIA et expérimentation PAERPA)

Elles constituent une porte d'entrée unique pour les patients atteints de démences Alzheimer et de troubles apparentés. Guichet unique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et pour leurs familles. Depuis leur création, elles ont permis de construire un

²⁷http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=603

réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent au domicile.

Elles ont une base légale dans la loi 317 n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article L 113-3 du code de l'action sociale des familles) en son article 78. Loi qui confère aux agences régionales de santé (ARS) la mission de financer les MAIA et s'assurer le respect des cahiers des charges.

3-5-1 Les raisons d'installation des MAIA

Résultat du constat de la fragmentation, des divisions dans la prise en charge des personnes âgées, d'abord dans l'accès aux soins, puis aux aides, ensuite dans le fonctionnement des structures et services, qui devient un problème essentiel dans la situation de celles-ci (personnes âgées qui sont atteinte d'Alzheimer), les MAIA apparaissent comme une solution. Il s'agit de structure appartenant à la coordination.

D'autres structures ont vu le jour afin de coordonner cette prise en charge comme les CLIC ou Centres Locaux d'Information et de coordination, ainsi que les réseaux gérontologiques, ayant été légitimée par les établissements d'un territoire comme structure de suivi des personnes âgées pendant le parcours de santé.

Les MAIA servent à relier les soignants de l'hôpital et des domiciles des personnes âgées prises en charge. « L'objectif des MAIA est d'apporter une réponse aux cloisonnements entre la ville et l'hôpital, entre le social et le sanitaire, entre le public et le privé, pour essayer de rendre le système plus lisible et répondre aux besoins de la population en situation complexe »²⁹. Autrement dit, elles servent à la continuité des interventions, et surtout à le simplifier.

3-5-2 Les six axes de développement des MAIA

On cite :

- ☐ « La concertation
- ☐ Le guichet intégré
- ☐ La gestion des cas
- ☐ L'outil d'évaluation multidimensionnel

²⁹ Les MAIA, une opportunité pour renforcer les liens entre les acteurs de Matthieu de Stampa, Mieux Vivre au Quotidien, Société française de santé publique, Colloque du 22 et 23 Octobre 2009

- La planification
- Le transfert et le partage d'informations »³⁰

D'abord, la concertation vise à élaborer des collaborations entre les coordinateurs financiers et les décideurs. Elle se situe donc en amont des soins, et revêt un caractère stratégique et aussi tactique.

Ensuite le guichet intégré met en présence les réseaux, plus précisément les professionnels chargés de la transmission des informations, de l'orientation et de la coordination, jusqu'aux besoins des services et leur accessibilité.

La gestion des cas, c'est la coordination des travaux pour chaque intervenant, surtout dans des situations graves. Ici, des gestionnaires spécialement attribués à cet effet est responsable du suivi individuel de plusieurs personnes. Etant un interlocuteur direct, il est aussi l'évaluateur et le planificateur des recours possibles pour l'envoi des personnes à l'hôpital ou en structure médico-social.

L'outil d'évaluation multidimensionnel permet de partir de l'identification des besoins de la personne.

La planification, quant à elle, concerne la mise en place des soins adaptés au parcours.

Le transfert et le partage d'informations touche les réseaux, et les acteurs, depuis les coordinateur jusqu'à la personne âgée.

3-4 Qu'est-ce que le parcours de santé ?

Nous allons dans cette première partie préciser ce que l'on entend par parcours. Qu'il soit de vie, de santé, ou de soins, il appartient au langage courant. Mais qu'en est-il exactement.

Quelques définitions

Le dictionnaire Larousse définit le parcours comme l'ensemble des étapes, des stades par lesquels passe quelqu'un. Du côté médical, il se définit par une prise en charge globale de l'utilisateur sur un territoire donné en tenant compte de l'individu et de ses choix. Pour cela l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médicosocial, du social, en

³⁰ Les MAIA, une opportunité pour renforcer les liens entre les acteurs de Matthieu de Stampa, Mieux Vivre au Quotidien, Société française de santé publique, Colloque du 22 et 23 Octobre 2009

intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel, l'environnement est nécessaire.

L'agence régionale de santé (ARS), quant à elle propose les définitions suivantes :

« Le parcours de vie est la trajectoire d'un individu donné dans son environnement », « le parcours de santé est un parcours de soin articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval avec l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile »³¹. Enfin, « le parcours de soins, comprend les soins de premier recours urgences, hospitalisations à domicile, soins de suite et de réadaptation, unité de longue durée »³².

Nous pouvons dire que le parcours de santé englobe le parcours de soins qui est lui même englobé par le parcours de vie. Schématiquement nous le représentons sous cette forme:

Figure 1 : Le parcours de santé (à remettre)

Après ces quelques définitions nous nous posons la question de savoir depuis quand parle-t-on de parcours dans la santé et quelles en sont les règles législatives.

Historique

Le parcours de santé a connu une évolution depuis son apparition. Actuellement, si il englobe soins et suivi avec hospitalisation jusqu'à la guérison totale, autrefois, le parcours de santé se limitait à la prise en charge au niveau des établissements de santé.

Dans le cas des personnes âgées, les maisons de retraite et les hospices étaient seuls habilités à recevoir celles-ci. Et l'hôpital n'apparaît que très provisoirement appelé, pour les cas d'extrême urgence. Puis s'est développé les débats autour des soins et les recherches du bien être dans la réinsertion de personnes marginales. Le cas des aînés a été cité comme nécessitant des changements importants.

C'est avec le système des retraites que le sort des personnes âgées a commencé à voir le jour. D'abord, parce que la retraite n'est pas suffisante. Economiquement donc, les retraités ne peuvent subvenir à leurs besoins. Ensuite, ils deviennent des exclus car ne participant plus à la vie active. Socialement et émotionnellement, ils sont rejetés indépendamment de leur volonté. Sur le plan politique cependant, l'Etat n'a pas encore assez de stratégies qui leurs est destiné. Dans cette optique, sur le plan médical, il faut dire que les personnes âgées connaissent des difficultés majeures.

³¹

³²

La naissance du parcours de santé alors vient englober tous ces problèmes pour en trouver une solution commune et applicable. Le PAERPA est encore une expérimentation dans ce sens, avec toutes les structures et les nouvelles lois, aussi, l'Etat se veut protecteur de ses citoyens.

Législation :

La loi du 13 Aout 2004 relative à l'assurance maladie s'est mise pour objectif de mettre en place, pour chaque patient, un parcours de soins coordonnés. Le but est de favoriser les échanges entre professionnels de santé et les patients, mais aussi d'éviter les gaspillages. La coordination des parcours de soin repose sur deux éléments essentiels : le choix du médecin traitant et le dossier médical personnalisé. Cette loi est considérée comme la première à instaurer la notion de parcours de soins.

« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize, ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.[...] Le médecin traitant choisi peut-être un généraliste ou un spécialiste.[...]Le médecin traitant participe à la mise en place de la gestion du dossier médical personnel. »³³

Le parcours de soins coordonnés apparaît comme un but de rationalisation, c'est-à-dire une amélioration de l'organisation des soins, qu'il faut suivre pour agir positivement sur les dépenses, donc les conditionnent si le patient paraît en être indifférent ou incapable.

De ce qui précède, la question de l'existence de plusieurs structures et des obstacles à la coordination reste à voir. Les raisons pour lesquelles la coordination des acteurs ne permet pas d'optimiser le parcours de santé de la personne âgée.

4- LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Afin de comprendre en quoi la multitude de structure existante dans la coordination des acteurs ne permet pas au parcours de santé de la personne âgée d'être optimisé, nous avons fait le choix, dans nos phases d'exploratoires puis définitives, d'utiliser l'entretien semi-directif comme outil de recueil d'information. Puis, nous sommes passés par la consultation de plusieurs ouvrages pour le cadrage théorique. Nous terminerons avec une analyse des résultats des entretiens.

4-1 L'entretien semi-directif

L'entretien comme méthode de recherche, engage deux personnes en vis-à-vis. Des rapports sociaux se jouent. Utilisé en recherche sociale, il permet d'adopter une posture clinique, c'est-à-dire qu'une personne tend à comprendre inconditionnellement ce que l'autre a à dire. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé. Le thème principal et les sous-thèmes sont déterminés par le chercheur. Celui-ci dispose d'un certain nombre de thèmes et de questions guides. L'enquêté peut s'exprimer librement, autant que possible, le chercheur laisse l'interviewé parler ouvertement. Le chercheur essaie simplement de recentrer sur les thèmes qui l'intéressent quand l'entretien s'écarte. *Le chercheur veut tenter de mettre en place, par l'administration de son guide d'entretien, une relation avec l'Autre, dans le but de recueillir son propre point de vue sur l'objet de recherche.* (VAN CAMPENHOUDT, QUIVY, 2011, p 170). Ce type d'entretien nous permet de mettre de la distanciation d'être à l'écoute, d'adopter une position d'empathie pour accueillir les propos de l'autre. Cette disponibilité, nous a permis de recueillir un discours le plus explicite possible, et des questions de relance ont été utilisées pour préciser les propos, mais aussi de s'assurer de sa bonne compréhension, en l'invitant à donner des exemples concrets.

4-2 Le choix de la population

Pour ces entretiens semi-directifs, nous avons fait un choix particulièrement hétérogène afin de multiplier les points de vue qui nous semblent pertinents et qui peuvent éclairer notre problématique. Le thème étant le parcours de santé des sujets âgés, l'échantillon choisi représente l'ensemble des acteurs du parcours de santé, travaillant dans le sanitaire (privé ou public), le social, le médicosocial. Cet échantillon regroupe un représentant de

l'État, un représentant du département, et des acteurs de terrain de la fonction publique hospitalière et des acteurs libéraux.

D'un point de vu professionnel notre choix s'est porté sur des 400 interviewés qu'ils soient des acteurs du soin et de la prise en charge directe de la personne âgée et des personnes qui sont à l'origine des financements des parcours de santé ou qui permettent une aide financière pour le maintien au domicile des personnes âgées.

L'échantillon se compose donc d'un médecin hospitalier et d'un médecin libéral, d'une infirmière exerçant à l'hôpital et d'une infirmière du secteur libéral, d'une cadre de santé et d'une assistante social des services hospitaliers, d'un représentant du Conseil général de Mayenne, et d'un directeur de l'agence des Pays de la Loire.

4-3 La grille d'entretien

Le choix de l'entretien directif comme outil d'enquête, nous amène à construire une grille d'entretien par thème, constituée de questions ouvertes et non inductives. Une seule grille d'entretien a été retenue pour tous les interviewés.

Pour l'entretien exploratoire, nous avons un Directeur des relations extrahospitalières et des personnes âgées au sein d'un centre hospitalier. Il a exposé sa position dans le dispositif PAERPA, en tant que responsable. L'entretien se déroule dans son bureau au sein du Centre hospitalier de Niort.

Les enquêtés ont été choisi du fait de leur implication dans le programme et leur poste auprès des personnes âgées. Pour chaque professionnel, les thèmes sont identiques mais les questions sont pour certaines omises quand nous nous adressons à un public hors du soin.

5- UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE DU FAIT D'UN DISPOSITIF NON FINALISE (*Analyse et discussion*)

Dans cette partie, l'analyse précèdera les discussions qui nous donneront un aperçu du sujet sur différents points de vue. L'entretien exploratoire précèdera cette analyse.

L'introduction précédant les entretiens consiste à se présenter soi-même (nom et prénoms), à exposer le but des entretiens, c'est-à-dire le travail de recherche, tout en mettant l'enquêté à l'aise en lui précisant ce que nous attendons de lui et la protection des données nominatives.

« Je m'appelle Anne-Catherine Souriou. Je suis étudiante à l'université de Paris Dauphine master 1 d'économie de la santé. Dans le cadre d'un travail de recherche sur le parcours de santé des personnes âgées, votre expérience me sera très utile. Je vous remercie de me recevoir et du temps que vous m'accordez. L'entretien est enregistré il sera anonymisé par la suite »

L'entretien exploratoire (avec le Directeur des relations extrahospitalières et des personnes âgées au sein d'un centre hospitalier) donne un point sur la coordination, les niveaux deux que sont la coordination de proximité et la coordination de direction.

Question : Ou comment vous vous voyez à travers le projet puisque vous avez travaillé sur le projet PAERPA comment vous avez discuté du maillage du social, médico sociale et sanitaire en fait euh je ne parle pas forcément du Poitou Charentes.

Notre personne ressource qui intervient dans le PAERPA répond que l'intervention en HAD est différente de celle à domicile. Mis qu'il se limite à la connaissance de l'hôpital :

« j'ai été totalement convaincu donc oui pour dire la position de l'hôpital on est bien reconnu comme aujourd'hui commun un acteur essentiel et pas clivant et faut faire face à ça je crois qu'il fait pouvoir l'enjeu c'est de pouvoir donner à chacun sa place dans le dispositif et respecter la place de chacun pour c'estes deux mot, donner sa place et respecter la place. C'est à dire que... Si on a du mépris pour une association d'aide à domicile en se disant : « mais qu'est qu'ils font ? » Etc. euh ... Ou ils ont des personnes qui soient pas qualifiées, il faut exiger qu'ils aient des qualifications requises par rapport aux missions qu'ils font. Bien ils ne vont pas avoir des Aides-soignantes et puis à un SSLAD leur reprocher d'être une HAD et il ne faut pas reprocher à l'HAD de ne pas être l'Hôpital lui-même dans ses murs. Il faut

savoir que chaque situation a sa contrainte et que chacun là où il est, il acquière des compétences que nous on a pas. C'est à dire à l'hôpital vous avez connu ça dans l'hôpital on ne sait pas ce que c'est le domicile ».

Question : Comment vous voyez parce que vous me parliez de reconnaissance d'acteur mais euh.. et de ...vous avez parlez d'acteurs de coordination, d'un acteur de coordination ou d'acteurs de coordination au pluriel dans la coordination et quelle coordination ?

Il pense qu'il existe deux niveaux de coordination, celui de proximité et celui des acteurs. Les acteurs interviennent différemment selon les niveaux :

« moi je pense que y a deux niveau de coordination, y a un niveau de coordination de proximité sur une situation c'est être capable de se coordonner euh... pour planifier de passage du kiné de l'orthophoniste s'il y a lieu, de l'infirmière, de l'aide-soignant de dire voir des auxiliaires de vie et dire finalement on va intervenir conjointement parce que comme ça moi je ferai la toilette et toi tu pourras faire le lit et le ménage de la chambre ça, ça me paraît... ou alors on va intervenir séparément parce que il est important que la personne ait plusieurs visites dans la journée ce qui va nous permettre d'assurer une meilleure surveillance de la personne et puis apporter un peu d'animation dans la journée. Ça c'est le premier niveau de coordination et puis après Ya le deuxième niveau qui est le niveau de coordination d'acteurs autour ; soit de projet soit d'analyse de situations c'est une coordination qui prend plus de recul mais qui est autant nécessaire que... l'une et l'autre sont nécessaires et elles ne requièrent pas du même niveau de compétence ».

Question : Et c'est à travers, ces tables stratégiques et tactiques que les acteurs, à travers leurs relations humaines, est ce qu'ils arrivent à comprendre ce que chacun fait et ce que chacun représente et ce qu'il fait, en tout cas de la connaissance...

A cette question, il répond positivement puisque les organisations ont des dispositifs qui permettent l'aval des décisions prises en amont. Toutefois, certaines décisions doivent être prises selon les circonstances. L'intercompréhension est nécessaire :

« Oui moi je pense que les choses se construisent petit à petit. Je ne crois pas qu'on institue des organisations de façon autoritaire. Que dans ce cas-là, je crois que si on pose des dispositifs autoritaires, il y aura toujours des dispositifs parallèles qui vont se mettre en place, ça c'est clair, c'est de la débrouille, c'est je... moi je l'ai fait déjà des fois en garde, un patient qu'est arrivé aux urgences, que les urgences avaient renvoyé à son domicile, par ce

qu'il ne relevait pas de l'hôpital, et des gens de la famille au domicile, avaient fui le domicile, pour que l'ambulancier trouve porte close, en disant comme ça nous on ne le prend plus, parce que on craque. J'ai utilisé, j'étais en garde, c'était un samedi ou un dimanche, j'ai utilisé mon réseau de directeur d'EHPAD, pour discuter avec eux, pour que la personne puisse être accueillie en accueil, en hébergement temporaire sur une très courte durée trois ou quatre jours pour qu'il y ait le temps qu'un projet qui soit établi. Ça c'est la débrouille, ce qui est important c'est que derrière, c'est de pouvoir mettre en place des organisations, parce qu'en fait quel que soit le directeur, il faut que ce dispositif puisse se mettre en place. Il avait pu se mettre en place avec le directeur d'EHPAD, on avait un pacte de confiance, oui, je m'engage à ce que lundi il y ait l'assistante sociale, qui passe et qu'elle se mette toute suite en rapport avec l'assistante sociale du Conseil général, pour que mardi soir, parce que de toute façons, mardi soir, ton hébergement temporaire, j'ai bien compris qu'il était pris par quelqu'un d'autre, qu'était déjà programmé, donc la personne ne pourra pas rester. Et on ne va pas la changer sans arrêts, on ne va pas lui faire faire le tour des hébergements temporaires pendant 3 semaines parce que pour une personne désorientée, ce n'est pas bon. Donc mais ça, si on pas confiance dans les organisations, on aurait pu mettre n'importe quelle organisation, si on n'a pas confiance, les gens ils utilisent leur propre réseau ».

Cet entretien nous a permis de reformuler la question de recherche comme suit :

Pourquoi malgré la multitude de structure existante la coordination des acteurs ne permet pas au parcours de santé de la personne âgée d'être optimisé ?

Les raisons sont nombreuses, pour y répondre, nous allons passer par l'analyse des freins et des leviers dans la coordination du parcours de santé de la personne âgée.

La place des patients dans les structures médicosociales n'est pas à dire. Ils y bénéficient des soins adaptés à leurs maladies pendant tout le parcours de santé, de l'hospitalisation. Actuellement, avec l'évolution des recherches, la notion de parcours de santé ne se limite plus au séjour à l'hôpital mais sur tout le temps de rétablissement à la maison et continue jusqu'au décès. C'est dans ce contexte en tout cas que s'affichent les nouvelles réformes en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Celles-ci ne sont pas pour autant aussi adapté au contexte professionnel comme l'entendrait la loi sur la coordination. Certains points semblent plus réalisables que d'autres du côté des professionnels. De plus, le travail en réseau, bien que défini, n'est pas opérationnel dans le sens où les acteurs ne connaissent pas tous les intervenants, et ne suffisent pas en nombre. Les relations de travail, de communication et d'intégration aux nouvelles stratégies et tactiques,

selon la loi HPTS, ne peuvent être assimilées si tôt, ni remplacer d’emblée des anciennes habitudes de travail.

Ci-dessous la présentation des parcours professionnels (Question 1 : Parcours professionnel). Par protection des données nominatives, leurs noms ne sont pas affichés.

Tableau 1 : Présentation générale de l’enquête

Enquêtés	Poste	Ancienneté	Spécialisation	Equipe
1	Médecin	27ans	Généralistes	Hôpital Mayenne
2	Médecin	+15ans	Spécialiste en gériatrie	Hôpital de Donfont
3	IDE	16ans	gériatrie	SSID
4	Cadre de santé	6ans	CHNM	Hôpital Mayenne
5	Assistante sociale	1an et demi	-	appui en adaptation et réadaptation
6	Directeur d’effcience et de l’offre ARS	3ans en ARS	ARS	Département Coopération et parcours de santé
7	Directeur MDA	1an en MDA	MDA CIRCL MDPH	Directeur de la Maison Département

				ale de l'Economie Conseil Général
8	IDE libérale	15ans	En phase de rédaction de mémoire	Infirmière libérale
9	Pharmacienne libérale	Non définie	pharmacolog ie	Ville Mayenne

Source : Enquête personnelle

Nous avons 09 enquêtés dont des médecins, des infirmiers, des directeurs, un cadre de santé, une assistante sociale et une pharmacienne. Leur ancienneté et leurs spécialisations ont contribué au choix de leur implication dans l'échantillon.

Le parcours professionnel de nos enquêtés témoignent de leur implication dans la prise en charge des personnes âgées, qu'ils soient des intervenants auprès des SSIAD ou des médecins ou acteurs dans le médicosocial. Certains ont une solide expérience et participe à la mise en place du PAERPA, comme notre personne ressource pour l'entretien exploratoire.

5-1 Les freins

Il y a plusieurs freins à la réalisation de la coordination étant donné les réalités de terrain qui ne peuvent pas toujours coïncider avec les espérances des coordinateurs ou les attentes et les objectifs de l'État dans leur politique de santé public.

Comme freins, notre enquêté parle d'outil de communication. La communication est un atout, ou bien elle devient un obstacle. En fait, le manque de moyens de communication rapide entre les médecins et les infirmiers, ou les professionnels de la médecine et ceux du social, les logiciels de traitement des données qui font barrage à l'exercice et à l'ordonnancement de certains soins.

« Bah c'est l'absence d'outils, déjà, pas de messagerie, rien pour communiquer, rien pour mettre à disposition des documents, moi je suis avec mon logiciel métier, je suis en situation de pouvoir créer un volet médical de synthèse, après ça mon logiciel métier n'est pas DMP compatible, même si je le mettais dans le DMP, je ne suis pas sûr que l'hôpital est un logiciel non plus DMP compatible, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, on a pas les outils qui nous permettent cet exercice coordonné. »

Ensuite, la disponibilité est pointée du doigt car le temps n'est pas favorable à une concertation maximum pour de bons résultats. Par disponibilité, on entend, pour les professionnels, le temps imparti pour les concertations, les réunions. L'application du PAERPA, cependant, demande beaucoup de temps, hormis ceux consacré à la personne âgée, les agents de santé doivent se partager les tâches.

« Du point de vu hospitalier c'est la disponibilité aussi bien des cadres assistantes sociales, ça demande beaucoup de temps la concertation demande beaucoup de temps. Temps de préparation de la réunion, coordination les appels téléphoniques, et ensuite la réunion elle-même peut prendre un certain temps. Donc la disponibilité ça c'est une chose. Disponibilité des libéraux aussi les réunions de concertation en général pour les sorties complexes, on les mets en général vers 14h, de telle façon que les infirmières libérales puissent se libérer, les médecins libéraux aussi parfois mais y-a peu de participation des médecins libéraux ils n'ont pas de disponibilité nécessaires pour se libérer et intervenir lors des réunions de concertation »

Par communication, il existe aussi les papiers devant circuler entre les agents. Pourtant, ces dossiers sont des outils de suivi et d'évaluation alors que leurs communications (transmission d'une personne à une autre) ne relèvent pas toujours de la même personne.

« Mais il y a toujours une communication des comptes rendus, toute intervention de l'équipe mobile gériatrique que ce soit sur un dossier ou auprès d'un patient fait l'objet d'un compte rendu auprès du médecin traitant. Car en général on s'inscrit dans la durée on communique avec le médecin traitant il y a souvent des renseignements qui ne concerne que l'hospitalisation mais aussi des éléments pour le suivi, ça permet au médecin traitant de suivre le parcours de son patient de façon plus globale, sur la continuité.

La complexité des protocoles à suivre peut freiner l'optimisation des parcours de santé. Ceux-ci devraient être allégés.

« Aussi bien des libéraux que des hospitalier c'est surtout ça après c'est la complexité apparente du protocole parce que il rassemble un peu toutes les possibilités il paraît complexe et on a la communication auprès des intervenantes de façon que ça soit plus considéré comme un canevas une aide, un check liste plus pour la réunion de concertation que comme un carcan ou il faut tout remplir plutôt pour ne rien oublier ça peut être très allégé donc il y a une communication qui a été faite la dessus. »

Pour résumer les freins, l'enquêté reprend :

« Donc c'est un peu ça. La disponibilité des gens, la complexité apparente du protocole. C'est pratiquement tout. »

A un autre enquêté de parler du temps de concertation, de réunion comme frein, également, des outils de communication comme l'écriture pour tracer les PPS par exemple qui demandent du temps supplémentaire non compris dans le temps de soins.

« Les freins....je pense que le freins principal c'est le temps...c'est le temps et c'est la capacité à trouver une date commune, rapide,....une date et un moment commun j'allais dire... - - ouais, et rapidement parce que souvent voilà on sur, pas dans une situation forcément d'urgence, mais on quand même, qui va se mettre en place rapidement, ou le problème est assez important pour se rassembler rapidement, donc....j pense que la disponibilité, ouais, c'est un frein, important.....après je pense que tout le monde a la volonté d'améliorer la prise en charge d'un patient à domicile, enfin, voilà. Donc, après c' que, en fin, je repars sur une question parce que j'le vis pas directement, mais est-ce que, le fait de formaliser quelque chose, voilà, quand on parle de PPS, c'est formalisé que ce soit informatique ou sur papier, voilà, de passer à l'écriture, pourpour tout tracer en fait, est-ce que ça c'est pas un frein, j pense que.....j pense que si....rire.....voilà. Parce que....enfin.....dans le PPS on, ...tout c'qu'on fait.... En fait le PPS on le fait aujourd'hui, on le fait tous les jours, c'est jusque on le trace pas, on le marque pas de manière précise en disant ben voilà, on met tel, tel, tel partenaire, pour telle chose parce que voilà, donc...j pense que l'écriture, enfin apaiser à l'écriture,....est-ce que ça demandera du temps supplémentaire ? voilà. »

La disponibilité fait référence souvent au temps. Les réunions qui sont organisées ne peuvent retenir tout le monde parce que travail est différent alors le timing de chacun est

différent. Bien que la concertation soit le moyen le plus à même de résoudre certains problèmes.

« Le temps c'est compliqué...rire....le temps c'est compliqué, c'est compliqué parce que,....j'allais dire si ce n'est de se rassembler, se dire par exemple, une fois par semaine de telle heure à telle heure, voilà, pafpafpaf, sauf que, sauf que,... les personnes s'est pas réglé comme ça, et c'est....c'est de l'imprévu donc voilà on peut pas mettre des choses comme ça en place. C'est p'têtre revoir les moyens de communication. Est-ce que, est-ce que... faut absolument se rassembler pour parler d'une situation ? même si voilà l'échange c'est quand même le moyen le plus, enfin j'dirais, l'échange en vis à vis c'est le moyen le plus, le plus, plus adéquate ?! adapté je ne sais pas mais adéquate en tout cas, plus facile,....mm, voilà. »

Nous avons donc deux variables comme freins : le temps, et la complexité des protocoles. Pour développer les réels obstacles à la réalisation des objectifs de la coordination, les points suivants seront analysés.

5-1-1 La méconnaissance des autres métiers

Dans la pratique, les acteurs ne sont pas totalement mis en réseau comme en théorie, et dans la loi. Les freins apparaissent au niveau des papiers. Les coordonnateurs du réseau ou certains expérimentés soignants en soins, par exemple, ne sont pas forcément en relation avec les équipes de soins à domicile. Ici, une responsabilité du gestionnaire des cas est à citer comme défaillant. Il est donc plus raisonnable de déduire que cette responsabilité est peu améliorée par les médecins qui n'y voient qu'une activité de renseignement et d'animation et non une activité « clinique » (diagnostic/thérapeutique). Aussi un autre point est que les médecins ont du mal à garantir cette responsabilité car ils estiment manquer d'idée et de savoirs sur les pathologies caractéristiques des soins palliatifs ou de la gériatrie nécessaire à l'endroit des personnes âgées dépendantes.

« En sachant que vous pouvez aussi être entré dans la démarche PAERPA, puisqu'on a des papiers à faire signer sans avoir un PPS. C'est-à-dire que quand on va faire l'évaluation de la fragilité du patient, donc il ya le repérage, l'aide ménagère va vous dire Monsieur untel ya tel signe tel signe donc qui peut en effet être un signe je vais évaluer la fragilité c'est le médecin traitant qui le fait et qui va peut être faire le constat qu'en effet ya peut être des signes mais q'il n'y a pas les critères réunis pour faire un plan personnalisé de santé pour autant peut être que les critères seront réunis dans trois ou quatre mois. Cette personne est

engagée dans la démarche PAERPA puisqu'on a fait une évaluation de la fragilité pour autant elle ne va pas bénéficier d'un plan personnalisé de santé. »

L'évaluation est une priorité également pour les acteurs. Car la complexité des papiers à faire pour les sorties rendent le travail plus lourds, en ce qu'il y en aurait plusieurs à faire en même temps. Les services démontrent un dysfonctionnement qui tend à devenir chronophage, et ce, dans plusieurs établissements. Dans cet ordre d'idée, e vire ensemble des agents de santé est à citer comme défaillant, car le travail n'est pas réalisé communément.

Le changement d'habitudes suite aux nouvelles réformes peut être un frein, étant donné la différence d'expérience, le manque d'expérience même de certaines personnes qui vont bloquer le processus. Donc, tous les acteurs n'ont pas le même niveau de connaissance, et de professionnalisme.

A un enquêteur de dire :

« Et bien elles apprennent à travailler ensemble, c'est que on s'aperçoit que quand de part et d'autre, tout le monde à la meilleure volonté que changer qu'on a des habitudes de fonctionnement qu'on a depuis 10-15-20-25 ans c'est très difficile. Qu'il faut du temps, il faut jamais désespérer et que euh tant chez nous les professionnels de santé libéraux, on le voit bien, une fois que c'est parti que c'est rentré dans les habitudes, ça fonctionne, après ça, c'est d'arriver à enclencher la première. De changer ses habitudes, d'y penser, en effet j'ai une personne là, ça pourra faire l'objet d'une sortie complexe, donc c'est pour ça que c'est important pour nous de faire l'évaluation, on a fait le comité de pilotage il y a 15 jours, d'identifier tous les freins. Et que pour nous par exemple des professionnels de santé libéraux, le frein c'est que ceux qui en ont pas réalisé plusieurs, par exemple pour les sorties complexes, vont pas le faire par ce que ils ne savent plus, il y a des papiers à remplir ou n'importe quoi, donc là ce qu'on a mis en place, c'est que j'ai un patient, je pense que c'est une sortie complexe, j'appelle le pôle de santé. J'appelle la structure administrative et c'est elle qui systématiquement, va me faciliter la vie au niveau des papiers, l'hôpital de Mayenne à les mêmes freins, il y a des services que ça fonctionne bien et il y en a d'autres que ça fonctionne absolument pas, ou il y a des freins, donc des freins qui peuvent être idéologiques, des freins parce qu'on a toujours l'impression que ça va être chronophage, alors qu'en fait c'est aussi pour économiser du temps. C'est tout ce qui relève des changements d'habitude. »

Les médecins référents peuvent ainsi conduire et mener les jugements qui relèvent évidemment du médecin traitant. Il n'en reste pas moins que l'on examine après tout un

véritable maintien des hiérarchies professionnelles. Les sentences ne sont pas levées pour les médecins et les professionnels. Le travail de fonctions de coordination s'interprète réellement pour eux dans deux activités : un dynamisme d'expertise auprès des prédicateurs du domicile et un dynamisme de direction de réseau c'est-à-dire sur tractation des financements auprès des tutelles, réalisation d'outils d'appréciation et du système d'information du réseau.

« Par méconnaissance, mais de la part de tout le monde de la même façon que les professionnels de santé chacun travaillant sur les trois secteurs dont j'ai parlé tout à l'heure jusque là il y avait des murs qui étaient dressés entre ces structures qui fait beaucoup de médecins généralistes qui exerçaient à Mayennes on a plus de CLIC maintenant ça s'appelle la Maison de l'autonomie, mais savaient même pas, qu'il y avait un CLIC donc qui est fait pour aider cette prise en charge ou même le secteur medico social de la ville de Mayenne avec le Centre Communal d'Action Social voilà c'est-à-dire, c'était les gens une fois qu'ils étaient à l'hôpital éventuellement qu'une assistante sociale les prenait en charge ».

En dehors de cela, avec l'instauration de la réunion, le médecin n'est plus le seul à décider comme dans le cadre de la conférence prodigieuse car les autres conférenciers peuvent participer, arranger la réunion, entreprendre la décision, par rapport de leurs capacités et de leur accès à l'information sur le patient.

Des difficultés à organiser des rencontres limitent les possibilités de connaissance des activités de chaque structure, et les réunions communes, surtout en ville (pluralité de structures est synonyme de difficulté de communication). Les acteurs, en grand nombre, ne se connaissent pas non plus, car le répertoire est toujours en cours de réalisation, bien que cela puisse montrer les facultés et limites personnelles et faciliter les interventions.

Un médecin généraliste qui connaît personnellement les professionnels dans le secteur libéral dans la gériatrie par exemple est à voir.

« Alors... ; bah... je connais assez bien tous les médecins traitants, personnellement j'ai travaillé en libéral sur le même secteur donc je connais un petit peu les médecins libéraux du secteur personnellement, ce qui est une aide. Ensuite..., je connais un petit peu les équipes d'appui d'adaptation et de réadaptation qui sont des équipes de psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, qui peuvent évaluer à domicile les aides nécessaires. Y-a l'Équipe...spécialisée Alzheimer (ESA) qui est là sur prescription médicale, permet un suivi des patients et des familles... au domicile pendant quelques mois. Y-a la Maison départementale de l'autonomie (MDA), qui regroupe un peu les services du Conseil général

et qui permet d'accompagner les gens à domicile, qui font un peu le relais en concertation avec l'assistante. »

Le nombre des structures existantes dans le dispositif peut aussi faire obstacle à la connaissance de ces derniers, des interactions et des articulations entre les acteurs. C'est-à-dire qu'on ne sait plus qui fait quoi exactement.

« MAIA, alors... il a changé déjà deux fois de dénomination : Maison d'Autonomie....je ne saurais même pas vous dire les deux dernières lettres, j'ai zappé. (...) L'ADMR....rire....elles sont bonnes vos questions parce qu'en fait on utilise des sigles, alors par contre l'ADMR c'est un service d'aide à domicile, euh, privé finalement, enfin, voilà. Aide à Domicile...MR je sais plus, Maison Rurale, je ne sais pas, je sais pas. »

De plus, le contexte entre la ruralité et la ville sont différent, puisque les interactions sont plus importantes dans la première du fait de la dispersion des habitations des personnes âgées.

« Les missions et mes limites de chacun. Mais je pense aux médecins des services par exemple où les professionnels des services hospitalier, connaissent très mal la médecine de ville les possibilités en ville les possibilités et les limites de chacun en ville. Nous on est spécialisés, donc on a été amené à connaître mieux les structures c'est très difficile pour les professionnels hospitalier de connaître la ville et inversement du côté ville de connaître un petit peu les structures qui dépendent de l'hôpital. »

Il est même difficile de savoir les réelles activités de chacune des structures puisqu'elles rassemblent plusieurs points communs. Même que le CLIC est nommé comme une structure qui n'existe plus, et à été remplacée par la MDA qui n'est pas encore connue

« La MDA, la maison de l'autonomie, après le CLIC, c'est plus le CLIC maintenant, c'est la MDA et surtout la MDA, vers qui on va se tourner pour tout ce qui est besoin... au niveau...au niveau de la personne âgée. (...) après tout ce qui est la géronto... la gérontologie, tout ce qui est les bilans mémoires et tout ça c'est surtout au sein de l'hôpital ça, ça va être fait. Nous c'est surtout la MDA on va se tourner vers la MDA. »

Il est toutefois important de préciser que l'ajout d'autres dispositifs viendrait à embrouiller ceux en place. Des échanges pour éviter les doublons doivent avoir lieu. Il en est de même des recouvrements.

La demande de communication et d'échange dans la perception des rôles de chaque acteur est mise en exergue. Il faut de la précision. L'établissement d'un répertoire des différents acteurs réalisé par la MDA doit être une priorité, dans le but de connaître l'existant et d'avoir une lisibilité des acteurs de proximité. C'est-à-dire des équipes et de leur gestion de travail.

En fait dans le PAERPA, les concertations ont pour objectif de bien gérer les partenariats entre les structures et les acteurs. La formalisation des fonctionnements tend à converger les buts des structures. Le partenariat en question nécessite la participation et des CIAP, des MAIA, et des CLIC.

« Alors sur le plan local...en fait ...avant l'arrivée du PAERPA hein...on était sur un modèle avec des lieux... de concertation ... avec des réunions de concertation ou des réunions de synthèses ...régulières , échanges au niveau des différents territoires de la Mayenne qui avaient été lis en place et coordonnés par les coordinateurs des CLIC. Donc qui avaient pour objets, notamment d'échanger sur les situations un peu plus difficiles,...mais de fait qui ont permis d'installer un relationnel...structurel partenariat etc ...Donc ça nous fin 2013 plus de CLIC, donc on a repris ces missions-là donc nous ce qu'on a fait c'est qu'on s'est remis dans les pas des CLIC avec la volonté de reprendre ces réunions de concertation et avec ... avec un ...objectif clair qui était de ...d'harmoniser le fonctionnement de ces concertations sur le plan départemental...Donc on a formalisé ces fonctionnements en mettant en place une charte de fonctionnement et en essayant de faire converger ...le fonctionnement de ces différents lieux de concertation qui nous permettent de structurer ..Qui ont permis de structurer la partenariat et la réponse à l'usager au niveau, au niveau proximité. Avec le PAERPA ce qui s'est mis en place c'est les comités alors ...les CIAP donc alors...j'ai pu la signification du sigle en tête mais en fait on a ...mis en place des instances de concertation travail en commun des acteurs ... en gros ...sur ...sur ... sur les trois tables tactiques des MAIA. N a repris les territoires tables tactiques des MAIA Nord Centre Sud, en gros les trois arrondissements et on les a transformé en CIAP.et c'est là que s'exprime que que doit se construire ou continue à construire... le partenariat des articulations etc au niveau infra départemental la PAERPA, on est sur le territoire départemental. »

Dans la coordination des acteurs, il est difficile de connaître les activités et tâches réellement attribué à chacun. Le dispositif PAERPA en lui-même avec les tables tactiques et stratégiques, à travers la méconnaissance des acteurs et la multitude de structures ne permet

pas leur rencontre, alors qu'en sociologie, l'homme est un être social dont le concept du regard est important dans le relationnel.

5-1-2 Un climat de confiance à construire (ou à instaurer)

Cette question les relations et rapports entre l'hôpital et l'équipe à domicile fait état toujours de l'atout majeur, le PAERPA. Ce prototype installé à Mayenne contribue à la communication entre ces deux structures et renforcent les liens. Mais évidemment, cela reste du domaine des écrits en grande majorité et des cas les plus graves. Ce qui empêche le suivi de la totalité des patients une fois revenus à la maison. C'est pour cela que les interlocuteurs, les mis en cause, dont principalement la personne âgée, ensuite le médecin et après le personnel médical à domicile, les proches sont autant de concernés et participent au suivi. *« Le premier interlocuteur, c'est la personne âgée, c'est le premier interlocuteur. Après ça il y a l'aidant, les gens qui sont autour, et puis après ça il y aura probablement un professionnel de santé libéral qui sera un peu référent qui sera, je pense souvent à l'infirmière qui est la plus au contact du patient à son domicile, mais ça passera aussi éventuellement pour ce qui est du secteur, peut-être l'aide-ménagère, enfin bon voilà, c'est le secteur médicosocial, mais le premier interlocuteur c'est le patient. »*

Donc l'état des liens dépendent de la régularité des rapports envoyés du domicile à l'hôpital. L'existence des sites internet, du système de fiches peut aussi être appelée comme moyens de communication. Toutefois, entre les professionnels, c'est la maison départementale, lors des réunions qui permettent les échanges entre ces deux structures.

« Alors il a déjà les communications...informelles entre professionnels de l'hôpital et professionnels d'ailleurs chose qu'on essaie de développer l'hôpital Nord Mayenne et le pôle de santé on essaie de faire des réunions communes et que ce soit des réunions communes... de formations, ou des réunions communes de ...enfin de discussion et de meilleure connaissance sur les différents acteurs. Du côté du CHNM qu'on ait des explications des possibilités techniques qu'on a et de l'autre côté du côté des libéraux bien sûr qu'ils expriment, un petit peu, leurs expressions de leurs difficultés, de leurs attentes du CHNM. Donc ça c'est une communication qui est en place. Et autrement communications sur les alternatives à l'hospitalisation sur les sorties complexes et puis le CIAP au niveau plus global au niveau stratégique. »

La complexité des communications d'informations pèse lourdement sur la confiance devant exister entre les acteurs, car le temps imparti n'est pas le même pour tous les niveaux,

d'autres plus long et certains plus court, ne permet pas de connaître les personnes en charge au premier abord. L'attente fait suite à l'angoisse qui agit négativement sur les relations entre les équipes à l'hôpital et celles à domicile.

« (...) ,c'est complexe parce que... c'est qu'on disait tout à l'heure sur le partage de l'information qu'est-ce que j'ai pu partager qu'est-ce que j'ai pas partagé, ça pose des questions ..., déontologiques très fortes, avec des positions très fermes hein de certains acteurs qui veulent absolument pas partager, et d'autres qui sont plus ouverts et cetera donc ..., ou là dans on..voilà, entre c'est ce que dit le conseil de l'ordre, entre c'est ce que dit la ASIP... l'Agence pour les Systèmes d'Information d'Santé enfin voilà nous on est un petit peu ..., c'est pas c'est pas évident, ... et puis après une question p't-être d'habitude de c'est partage, ... de de de de de comprendre que le partage de cette information il n'est pas fait pas ... pour être fliqué ou pour je n'sais pas quoi....., mais bien pour rendre un service, quand on voit, les réactions, c'est pas pour les juger hein, mais des réactions des fois un peu ..., à l'emporte pièce sur le tiers payant, sur c'est ce que ça peut générer ou pas, on voit tout d'suite quel est derrière, l'impact que peut avoir la captation ... de l'ensemble de ces données et de l'ensemble de ces échanges Voilà, et en même temps ...,on a pas beaucoup d'armes, enfin pas beaucoup du moins d'outils aujourd'hui à proposer aux professionnels si c'est une messagerie sécurisée ... ou qui est labellisée au niveau nationale ou y'a l'DMP qui malgré tout ...,

(...) Après sous l'aspect technique oui ch'crois qu'y a eut aussi, ..., ...h..ben voilà, y'a eut y'a eut,c'est un marché énorme ..., qui attire des appétits, ..., où des fois on est quand même à la limite de l'honé..de l'honnêteté intellectuelle sur c'est qu'est vendu ou pas vendu ..., on a des professionnels qui sont pas informaticiens enfin sauf certains qui sont ferrus, mais ..., bon voilà, y'a au..comme nous particuliers qui achète son ordinateur on n'a maîtrise

(...) donc nous on a parfois des surprises, quand on dit à un hôpital, beh maintenant vous alimenter le DMP et l'hôpital nous dit « ben moi ch'suis incapable de l'alimenter » alors qu'il a un système qui a priori est, est fait pour. Donc des choses comme ça où on tombe un petit peu, ... ouais, on tombe un petit peu de la rampe, ..., donc voilà j'vous..on a parlé d'incitatif, ..., d'la..des moyens de communication, des systèmes d'information, puis on l'a abordé t'à l'heure c'est c'est, c'est tout c'est qu'est lieux d'échanges quoi, ... sur les tables tactiques sur ... au comité d'intégration, voilà être être à peu près certain que, que, que en dehors des lieux de coordination entre professionnels, qui ch'..qui travaillent dans une même structure et cetera, qui ait aussi des lieux d'échanges un peu plus larges pour prendre en considérations les

autres sujets ... que sont ... les aspects sociaux, médico-sociaux, c'est pas travailler forcément au sein d'un MSP, qui sont dans une la, dans une gouvernance un peu plus globale. »

La reconnaissance du travail des autres acteurs est aussi un frein car les métiers, entre les professionnels de l'hôpital et de l'équipe à domicile, sont cloisonnés dans les réunions.

« Difficile ouais, c'est qui faut vouloir aller les faire, si on veut, voilà. Après c'est pas difficile de travailler avec l'extérieur ni avec même en interne en fin de compte. C'est vrai que même dans une équipe ici dans un service de médecine c'est pas travailler chacun de son côté, c'est à un moment se mettre à plat pour voir les choses, hum. »

Il est nécessaire de limiter l'insuffisance des acteurs intervenants autour d'une table de concertation, du social, médico-social par exemple.

« Un manque...Les deux tous les niveaux c'est-à-dire que la personne qui puisque c'est là on va surement en parler après des spécificités sur le département dans le déploiement du PAERPA mais que ya trois partenaires. A partir du moment où la médico social dépend du Conseil Général et que la personne qui pilotait le PAERPA sur le département qui était du Conseil général a abandonné le projet et voilà je vais prendre l'exemple des plans personnalisés de santé des PPS très probablement il va nous manquer la partie santé médico-social. »

Les réunions CIAP, l'identification des personnes ressources et le travail de sensibilisation de terrain, comme la communication interdépendante, en fonction de la volonté et de la sensibilisation de chacun sont autant d'exemple qu'il faut rappeler, en plus de la connaissance personnelle de chacun.

« Les acteurs en se connaissent pas, Ouais c'est ça alors y-a déjà des réunions, comment ils appellent ça, les CIAP les comités des euh...je sais plus comment c'est...la définition exacte...je vais vous trouver ça parce que je me perds un peu justement c'est un petit peu le problème de tous les sigles. C'est le comité d'intégration des acteurs et de projets je crois. C'est pas rien... (Il cherche dans ces documents). Alors Comité d'intégration des acteurs et projets donc il y en a trois sur le département on se rencontre de temps en temps ça permet de... de se retrouver un petit peu... tous les acteurs du parcours de santé des personnes âgées. »

5-1-3 Les lourdeurs administratives ?

Par lourdeurs administratives, nous pouvons citer les difficultés liés au travail des professionnels de santé.

Nous pouvons constater que l'appropriation des différents documents nécessaires à la prise en charge pose problèmes. Premièrement, à l'entrée, c'est le compte rendu du médecin traitant, ou des urgences qui permet de définir les réels motifs de placement à l'hôpital. Mais il arrive que même les médecins ne soient pas informés. Voilà, une faiblesse de la coordination. Un médecin qui va se charger de la personne âgée ne dispose pas du minimum d'informations nécessaires. Ce qui pourrait amener ce dernier à faire de faux diagnostics préjudiciables à l'hôpital et à lui même. C'est dans ce genre de situation que se pose la question du réseau, et de la collaboration réelle entre les professionnels, qui sous-entend des problèmes de communication et d'anticipation.

« Alors oui mais peut être pas toujours pas assez, mais c'est ... donc enfin théoriquement prévenus des sorties des patients de façon que le service d'aide puisse se remettre en place, que les infirmières soient prévenues aussi qu'il faut reprendre en charge un patient. Donc quand c'est un peu plus complexe ça se fait ou ça devrait se faire régulièrement à la sortie des patients. C'est pareil on essaie un peu de développer les communications que ce soit facilement fait et que la coordination soit faite entre l'hôpital et le domicile. On aime bien recevoir des renseignements du domicile donc aussi bien sur le côté plus social ou aides et les libéraux aiment bien recevoir les informations complètes lors de la sortie des patients et d'être prévenus pour remettre en place les aides nécessaires. Donc ça se fait mais y-a parfois un petit peu de manque quand même. C'est un peu dû aux personnes parfois aussi qui sont plus sensibilisées à ça pour le faire et d'autres qui vont rester sur le côté hospitalier technique difficile à changer. »

Du côté des professionnels de santé, les lourdeurs administratives s'inscrivent dans la complexité des nouveaux modes de fonctionnement, comme les sorties par exemple.

« il y a des nouveaux protocoles, mais c'est vraiment pour, ... particulièrement pour des situations un petit peu plus complexes, ce qu'on appelle les sorties complexes, voilà, où le retour à domicile peut être compliqué, il va peut-être y avoir beaucoup de choses à mettre en place, voilà, euh. »

« Alors la sortie complexe elle est déclenchée par un membre de l'hôpital, que ce soit assistante sociale, cadre, ou médecin, Elle peut-être aussi fait à la demande du médecin

traitant dès l'entrée des urgences, aux urgences pardon, pour anticiper en fait le retour à domicile et bien adapter, encore une fois le plan de soin, enfin, le plan d'aide, pas le plan de soin. »

La lourdeur administrative qui est chronophage bloque les recours que les médecins peuvent faire. Le recours à une hospitalisation est un assortiment spécialement délicat, auquel les médecins sont rapprochés lors de la prise en charge de patients âgés. S'agissant des personnes âgées dépendantes, une habitation hospitalière peut, dans certaines situations, avoir des conséquences graves et accentuer un danger d'accroissement et souvent irréversible de la perte d'autonomie. Lors d'une hospitalisation, les circonstances d'échanges entre les médecins (généralistes ou soignant ou traitant) et l'hôpital sont multiples : contacts antérieurs de services hospitaliers pour établir le séjour, ou du service des urgences pour se prévenir des conditions d'accès, et du compte-rendu d'hospitalisation de la PAD, échanges téléphoniques pour apprêter la sortie de l'hôpital. La qualité de ces contacts peut, pour partie, déterminer le devenir des personnes âgées dépendantes, et plus particulièrement le risque de réhospitalisation. Les limites de l'hospitalisation ainsi que les recommandations de prise en charge après la sortie de l'hôpital forment des principes indispensables à la continuité des soins.

« Dès que... Souvent les sorties complexes sont soit demandées par le service d'hospitalisation qui s'aperçoit que les aides à domicile ne seront plus adaptées, sont à revoir, soit parce qu'il y a eu une demande déjà des intervenants à domicile, ça peut-être le médecin ce peut-être l'infirmière. Qui... ou le service d'aides ménagères, d'auxiliaires de vie qui interviennent, qui se rendent compte qu'après l'hospitalisation, il faudrait remettre un petit peu les choses à plat, de façon à ce que ce soit plus adapté. Alors..., théoriquement, dès qu'on rentre dans le cadre de sorties complexes, une fiche de liaison doit être faite. Donc on va résumer un peu l'intervention qui avait eu lieu, donc que ce soit une fiche simple, enfin une sortie ... complexe mais qui reste un petit peu simple peut se faire par coup de fil avec un compte rendu quand même écrit. Et les sorties avec réunions, où plusieurs intervenants, pareils demandent une fiche de compte rendu, et on a dans le..., pour les sorties les plus importantes, les sorties avec réunions de concertation,... disons que l'on a un canevas de... une trame, de telle façon à passer ne revue, les différents points d'aides nécessaires. Et ensuite, il y a forcément une fiche de compte rendu qui est distribuée aux différents intervenants à cette réunion de concertation, et aux absents qui interviennent aussi. »

La complexité des prises en charge se remarque aussi au niveau des réunions, parce qu'il est u changement de pilote. C'est-à-dire que les protocoles sont complexes également. Alors il est nécessaire d'organiser des réunions de formations, car il faut du temps pour tout mettre en œuvre sans que cela n'intervienne dans les sorties des patients, qui devient une charge de travail en plus car n'est pas compris dans le temps imparti pour ce faire.

« Bah peut être au niveau de l'hôpital peut être des lourdeurs administratives je ne sais pas. J'en sais rien. J'ai pas eu l'habitude de réunions à l'hôpital pour connaître pour appréhender réellement le fonctionnement. Je pense que c'est vraiment oui je pense que c'est un problème administratif je me dis que si on faisait une fiche d'entrée de l'hôpital qui devait être impérativement remplie avec sur cette fiche le nom du médecin référent, l'infirmier, le pharmacien référent déjà le trinôme. De pouvoir remplir, le patient rentre à l'hôpital euh... le cadre infirmier va remplir toutes ces données là avant que le patient sorte et déjà il faudrait que les acteurs professionnels de santé libéraux aient la connaissance de l'hospitalisation alors c'est pas compliqué il suffit d'utiliser une messagerie sécurisée commune et ensuite d'anticiper sa sortie de renvoyer pas le biais de la messagerie sécurisée aussi un retour d'informations au trinôme. Ce patient-là va sortir avec un nouveau traitement ou bah voilà en gros ce qui lui est arrivé et il va sortir dans telle et telle conditions. Je pense qu'aujourd'hui on a les moyens de communiquer sans difficulté. Sans déranger les uns les autres par le biais d'une messagerie sécurisée donc euh... c'est possible ! Maintenant quels sont les freins à l'hôpital je n'en sais rien. J'ai pas cette connaissance-là. »

Ceci nous permet de déduire que la PAERPA démontre des difficultés à s'approprier les différents documents de travail des acteurs professionnels, qui se manifeste également par la différence des logiciels utilisés pour les médecine de ville et médecine en établissement de santé, soit l'hôpital. Les lois qui devraient garantir la sécurisation des données médicales ne font pas effet, parce qu'elles ne sont pas applicables face à la PAERPA. Un frein énorme pour la confidentialité et le partage des données entre les structures sanitaires et les structures médico-sociales et sociales. Les réunions sont des chronophage qui témoignent de la complexité et de la PAERPA et des PPS. De plus, l'incompatibilité du temps de travail et des temps de réunions pour les sorties des patients demeurent des freins dans l'organisation de la coordination.

« (...) Qu'il faut du temps, il faut jamais désespérer et que euh tant chez nous les professionnels de santé libéraux, on le voit bien, une fois que c'est parti que c'est rentré dans les habitudes, ça fonctionne, après ça, c'est d'arriver à enclencher la première. De changer

ses habitudes, d'y penser, en effet j'ai une personne là, ça pourra faire l'objet d'une sortie complexe, donc c'est pour ça que c'est important pour nous de faire l'évaluation, on a fait le comité de pilotage il y a 15 jours, d'identifier tous les freins. Et que pour nous par exemple des professionnels de santé libéraux, le frein c'est que ceux qui en ont pas réalisé plusieurs, par exemple pour les sorties complexes, vont pas le faire par ce que ils ne savent plus, il y a des papiers à remplir ou n'importe quoi, donc là ce qu'on a mis en place, c'est que j'ai un patient, je pense que c'est une sortie complexe, j'appelle le pôle de santé. J'appelle la structure administrative et c'est elle qui systématiquement, va me faciliter la vie au niveau des papiers, l'hôpital de Mayenne à les mêmes freins, il y a des services que ça fonctionne bien et il y en a d'autres que ça fonctionne absolument pas, ou il y a des freins, donc des freins qui peuvent être idéologiques, des freins parce qu'on a toujours l'impression que ça va être chronophage, alors qu'en fait c'est aussi pour économiser du temps. C'est tout ce qui relève des changements d'habitude. »

5-1-4 Une nouvelle logique à intégrer

La nouvelle forme de travail suite à l'application du programme est la nouvelle logique à adapter du côté des acterues.

L'aide à domicile forme un principe indispensable des politiques de protection de la privation ou encore de la perte d'autonomie et de maintien à domicile des personnes âgées. Ce secteur est appelé à se déployer, à se développer dans les années à venir suite à l'évolution démographique future, et les nouvelles politiques publiques qui vont agir sur le mode de fonctionnement des prises en charge des personnes âgées.

« Ah oui oui totalement, tout le monde se connaît dans ce COPIL, il y a l'ADMR, il y a des maisons de retraite qui sont représentées, je veux dire toutes les personnes qui sont concernées par ce parcours de santé ... je dirais qu'il y a que les usagers qui aujourd'hui mais bon ça va être une étape après par ce que ça va, parce que bon là on parle juste PAERPA, si je vous parlait de tous les autres dossiers sur lesquels on travaille, on coule, je pense qu'aujourd'hui il ne manque que les usagers dans le tour de table pour qu'il soit complet, donc ... voilà quand on échange ensemble sur les freins qu'on rencontre les uns et les autres on est pas là pour porter des jugements, on est là pour identifier les freins et face à ces freins, une fois qu'ils ont été identifiés qu'est-ce qu'on fait, pour lever ces freins ? C'est la démarche dans laquelle on est. »

Du point de vue du personnel médical, les changements sont lourds. D'abord, il est l'évolution des pratiques volontaires et des contraintes liés à la raréfaction des médecins. Aussi, les maisons de santé ne sont qu'un nouvel exercice coordonné, une évolution sociétale. L'aide à domicile est perçue comme le nouveau moyen de protection des personnes âgées contre le délaissement et l'abandon ou à la privation de liberté, et donc à la protection de ses droits en tant qu'être humain. Dans ce cas, il est important de connaître toutes les dénouements qui se proposent à la personne âgée afin qu'elle soit libre de choisir son mode de vie par rapport à ses besoins et ses espérances, dans le cadre d'un accueil familial. Ce dernier comporte une intervention payante à domicile. Mais dans ce changement, le changement lui-même peut être le frein, puisque l'aide à domicile ne date pas d'hier, mais a toujours existé. C'est seulement actuellement que la politique de santé en a fait une norme, du moins une prévention à l'hospitalisation. Ce qui a pour conséquence un changement brusque puisque la population a été habituée aux maisons de retraite et structure médico-sociales, et doivent se préparer à « héberger » une personne âgée avec tous les aléas que cela représente en terme de soins, de finances et donc d'assistance, de disponibilité, etc.

*« des freins....changer les cultures (sourire)**changer les cultures** ouais, ben ouais parce que là...enfin...euh...j pense que c'est le... c'est ça qu'est l'plus compliqué c'est à dire qu'on....puisque au final on...le Paerpa j trouve que c'est...amener des choses qui s'faisaient déjà par certains professionnels mais qui du coup on veut l'généraliser, parce que justement certains n'avaient pas cette culture de communiquer euh avec euh, avec tout le monde, donc euh j pense qu'on va surtout être confronté dans les freins à des questions de personnes euh qui ne vont pas être dans la culture de communiquer et de...voilà.....enfin c'est surtout ça...après euh...après c'est plus en terme de temps p't'être, parce qu'on a tous des...des charges de travail importantes enfin....notamment en Mayenne on est sur un territoire où la population des personnes âgées est...enfin..est quand même importante, donc on a tous des...enfin....du, des charges de travail importantes ou on est tous pas forcément des temps pleins, suivant nos activités, donc forcément ça....enfin voilà ça freine aussi la coordination avec les acteurs parce que, suivant tel jour on est à tel endroit, le lendemain à un autre donc forcément y a des choses qui vont passer à la trappe quoi. »*

Cette évolution sociétale épidémiologique, coopération et coordination nouvelle est une façon de voir les choses sur le parcours de santé qui témoignent du changement de pratique dans la notion même de parcours de vie, et s'apparente comme un travail sur le repérage de la fragilité en amont. La question d'anticipation toujours demeurant, la logique

préventive fait place à la logique de soins, d'hospitalisation systématique, bref, à la logique curative qui est un changement à double entrée : pour le personnel de soins libéral et le personnel hospitalier.

« les choix des personnes qui ... peuvent très bien choisir une structure, une autre, en sortir, faire le choix d'ambulatoire ou faire le choix d'la vie à domicile, etc. Bon, toutes ces évolutions, à la fois démographiques, ..., épidémiologiques, sociétales, font que si si si, si on reste complètement ... sur le système actuel tel qu'il est organisé, et ben on n'arrivera pas à répondre, aux besoins, aux nouveaux besoins qui sont générés par ...par ... par les personnes, et par les personnes âgées en particulier. »

Les rencontres entre acteurs de santé entre sanitaire médico-social et social, c'est une nouvelle logique à intégrer dans un travail décroisé en dehors de murs de l'hôpital

« Hein parce qu'on est sur des finalités plus larges ou niveau du PAERPA mais qui regroupe aussi le territoire d'intervention de la MAIA et on trouve les mêmes acteurs. Donc voilà d'où cette simplification hein donc avec ...des... CIAP qui se sont réunis ...tous es deux trois mois dans la phase de constitution ...enfin du prototype et un CIAP y'en a à peu près deux par an.. enfin de mémoire ... et il peut y en avoir plus peut être mais ...non non non ça fait à peu près deux par an ...trois par an ... y a eu depuis le début du démarrage du prototype. »

Malgré une identification du médecin traitant comme interlocuteur privilégié, celui-ci n'est pas contacté lors d'une sortie d'un de ses clients évocation par l'assistant social que ce n'est pas dans la culture encore de la continuité du parcours du patient

Cela favorise aussi le positionnement de la personne âgée, où elle aura le choix entre plusieurs structures. Toutefois, il appartient au personnel médical de choisir le plus adapté à un tel ou un tel dans la préservation de sa santé.

Le domicile est le seul structure qui peut réellement s'adapter à la personne âgée, et s'avère être le plus adopté dans la société. La prise en charge des personnes, à leur domicile, va alors ordonner à la fois la solidarité familiale, à travers l'aide exhibée par les proches, et la solidarité collective, par l'intermédiaire des apports. Afin que cela se produisent dans les meilleures conditions, des professionnels participent et sont appelés à se collaborer (infirmiers, aides à domicile...) sur le lieu de vie de la personne pour lui transporter une assistance, voir même du secours dans les activités de la vie quotidienne (soins de nursing, entretien du logement, courses...). Ce désir des personnes âgées, de poursuivre à vivre chez

elles, est protégé par une politique de maintien à domicile, mise en œuvre depuis plusieurs années. Un grand embranchement de services de proximité (services d'aide-ménagère, portage des repas, téléalarmes,...) s'est amplifié.

5-1-5 Les enjeux de pouvoir

On entend par enjeu de pouvoir les frictions entre ARS et CG où des doublons dû à la multitude de structures qui peuvent se chevaucher. Ceux qui porte le projet PAERPA ici, ce sont les libéraux qui portent le projet ce sont les seuls en France sur les 9 prototypes. Des difficultés entre les changements politiques CG et les directeurs ARS, ainsi que les directeurs hospitaliers apparaissent. Outre les dépassements de missions qui empiètent sur le champ de compétence des autres, d'où la pluralité des réunions qui sont déclenchées selon les circonstances aggravées par les ceux qui se chargent de faire le travail d'un autre, d'où dysfonctionnement.

« Alors, Les réunions qui ont lieu d'abord sur chaque thématique, sur la télésurveillance, tous les dossiers qu'on a en commun, il y-a des comités de pilotage, on travaille en semble. Première chose. Deuxième chose, préparer des sorties complexes, donc c'est des choses qui se font au lit du patient, euh ou ce sont des réunions donc avec le nous notre référent au niveau du pôle de santé l'infirmière référente et les référents de l'hôpital, après ça quand il y a aussi des problèmes d'organisation qui se posent entre l'hôpital et le secteur ambulatoire, la dernière étant l'arrivée de nouveaux pédiatres qui tout d'un coup décident de voir tous les nourrissons, alors qu'on ne les voyait plus, dès qu'il y a un problème, on déclenche une réunion pour régler les problèmes. »

L'adoption des nouvelles réformes nées du PAERPA est sans doute une difficulté, car des relations conflictuelles peuvent naître avec les différentes tutelles en présence. Aucune politique d'action sociale destinée aux personnes âgées n'est apparue au niveau étatique. Et ces dernières étaient prises en charge par la famille elle-même. Actuellement, cette politique à l'égard des aînés commence à prendre de l'ampleur et à être appliquée. Puis, petit à petit, les jeunes générations ont pris conscience de la nécessité de prise en charge particulière, si à un moment donné, l'hébergement était considéré comme un. Cependant, l'évolution pousse les jeunes générations à délaisser leurs parents. Et les proches refusent de prendre en charge leurs parents âgés. C'est pour cette raison que la politique de santé a été établie, afin d'ajuster les méthodes à la pluralité des perspectives et des besoins des personnes âgées. Le maintien à domicile devient alors un élément essentiel dans la politique publique, pour les personnes

âgées. Cette conclusion est une prérogative proclamée par les pouvoirs publics compte tenue de son coût, moindre et parce qu'elle répond aux besoins primordiaux exprimés par la majorité d'entre elles.

« Alors dans le programme des PAERPA, on essaie de développer ça, des plans personnalisés de santé faits à domicile dès qu'il y a une fragilité repérée, donc à destination des libéraux dès qu'il y a une fragilité il est prévu des réunions de concertation des libéraux de façon à faire ce plan personnalisé de santé. L'ARS prend en charge ma rétribution des intervenants des temps de coordination un financement très précis qui a été mis en place dans le cadre des expérimentations PAERPA. Donc c'est prévu, ça concerne les libéraux mais ça doit commencer à se mettre en place. »

La multiplicité des acteurs et des structures est toujours évoquée comme provocateur de friction et de difficultés au niveau des instances entre ARS et CG. Donc des tensions demeurent. Les métiers sont différents mais, dans certains cas, le travail s'entremêle et un professionnel va faire le travail normalement attribué à un autre

« le frein dû à la complexité apparente, donc y-a des réunions qui ont été faites de telle façon que... de bien, préciser que c'est une aide, parce que les gens voyait ça un petit peu comme un ensembles... enfin il fallait renseigner tous les items de la grille, quelque chose qui était relativement lourd, donc on essaie de communiquer pour que ce soit plus léger uniquement une aide. Le problème de disponibilité ça malheureusement ça restera donc je vois en hospitalier souvent les services de soins de suite où les médecins interviennent plus rapidement dans les concertations, ça peut aussi bien se faire avec un cadre, une infirmière du service, l'assistante sociale qui est souvent là et du point de vu libéral c'est souvent l'infirmière et les services d'aides à domicile, qui sont souvent là. Les médecins généralistes très rarement. Et ça je pense que se sera difficile à changer, peu à peu peut-être.(rires) »

5-2 Les leviers

Les leviers dans l'optimisation du parcours de santé des personnes âgées concernent les pouvoirs publics dans leurs volontés de changement, d'amélioration tout d'abord. Ensuite, les acteurs doivent être convaincus et disponibles à l'égard des modifications, des protocoles nouveaux à suivre. Enfin, les moyens mis à disposition de ces derniers témoignent des efforts impliqués dans la mise en place du PAERPA, des politiques de santé et des lois concernées.

5-2-1 Une volonté affichée des pouvoirs publics

Les organisations en réseaux tiennent des conformations tangibles, à la conclusion de quelques professionnels de santé et des patients qui cherchent une méthode pour faire face aux contraintes progressives qui tiennent travail médical et soignant : une requête qui échange et une proposition des appuis de santé déprimés. Par cette coopération entre experts de l'administration et militants des réseaux, la polysémie d'idée de réseau, la posture de modes de normalisation distincts entre secteur hospitalier, secteur ambulatoire et secteur social et les alternances politiques ont bardé la reproduction des agissements ainsi que des manœuvres d'acteurs. L'institutionnalisation des réseaux de santé ne s'accomplit pas par le remaniement de la normalisation du système de santé mais plutôt par l'assimilation des réseaux dans les instruments de la standardisation, ce qui tend à emporter et enlever au concept son objectif inventif. Les réseaux deviennent alors un instrument dans la politique de santé.

La rencontre des différents acteurs avec le comité d'acteurs pilotés par l'ARS et à souligné du fait de son importance, mais il y a un souci avec le DMP pour annoncer la sortie de la personne âgée et lancer les dispositifs de son accueil..

« Oui dans la synthèse qui porte ces différents renseignements là ce qui nous permet, on les contacte si on n'a pas les renseignements nécessaires on les contacte pour savoir comment ça se passe à domicile.

Oui on essaye disons que là c'est pareil on a un besoin de connaître les différents intervenants qui interviennent auprès de la personne qui rentre. Alors on a parfois une personne âgée qui peut nous renseigner mais y-a des équipes qui avaient travaillé sur une espèce de carte qui suivrait la carte vitale, une carte papier avec les différents intervenants infirmières, cabinet d'aides ménagères...le pharmacien, kiné, pédicure podologue, dentiste, tous les intervenants auprès de la personne. Pareil c'est un volet qui peut exister dans les DMP. »

« il faut qu'y'ait un maximum d'éléments qui permettent de sécuriser la personne dans sa sor..dans le cadre de sa sortie, et d'sécuriser l'environnement ... et médical et familial de la de la personne pour que..., voilà, qu'on puisse mettre des choses en place, parce qu'il y a rien de pire que d'analyser les, les frais d'hospitalisation à 30 jours de personnes qui sont ... sorties parfois un peu vite, parce que....parfois ... il peut y avoir des incitants à c'qu'une durée moyenne de séjour ... ne dépasse pas certaines bornes,par contre si c'est pour retrouver

la personne, ..., cinq jours ou dix jours après à l'hôpital, ce.on a perdu, enfin on a tout perdu...du gain...supposé d'une durée moyenne de séjour plus courte. »

La tenue d'un Check-list obligatoire pour les patients, dans la ANAP et la HAS permet de suivre les patients, un à un et de faire une anticipation et une évaluation.

« L' »ANAP, C'est HAS qui oblige à avoir; euh, c'est travailler en amont et en aval des sorties. Et donc on va commencer à faire une enveloppe Check-list, c'est le travail qu'est en train d'être travaillé là-dessus, où on marquera, on cochera une check-list : est-ce que le patient a bien son prochain rendez vous, est ce qu'il y a la fiche de liaison, est-ce que il a son ordonnance de sortie, est-ce que voilà, est ce qu'on a prévenu tout le monde et voilà, on cochera. Pour rien oublier. Rien oublier et que cette enveloppe la, elle commence pas, enfin, qu'elle soit pas faite le jour de la sortie, qu'elle soit un peu anticipée. Mais c'est vrai que hum, une sortie réussie c'est quand on a bien tout prévu et que surtout qu'on revoit pas le patient après. »

Avec les deux niveaux de coordination, il est besoin de donner du poids de force avec l'imposition de documents mesurables et évaluables, comme le compte rendu d'hospitalisation qui est un dossier complet relatant tout le parcours de soins d'une personne âgée, qui peut servir de document de sortie éventuellement.

« c'est de fournir un, un compte rendu d'hospitalisation, ...à 8 jours...enfin sous 8 jours pour toute personne qui sort. Donc ce compte rendu d'hospitalisation c'est un document qu'est très très complet, à la limite, presque trop complet j'dirai, pour le pour le médecin traitant, qui a besoin d'avoir un certain nombre d'informations assez rapide'ment et pas forcément ... de connaître ... que madame...Duchmol a fait ... x examens, toutes ses données ..., ses radios et cetera, dans l'absolu il a juste envie d'savoir, enfin juste envie..juste besoin, c'est pas d'son envie, juste besoin d'savoir pourquoi est-ce qu'elle a été hospitalisée et quelle est la conduite à tenir et quel..quel...quelles sont les préconisations, qu'est-ce que ça change dans son parcours de santé, puisque l'hospitalisation elle est...qu'un événement, parfois incontournable parfois évitable, mais parfois incontournable, mais ça fait partie du parcours, et puis après la personne elle revient, ... »

La mise en œuvre de la loi HPST nous permet de constater que les pouvoirs publics veulent réellement améliorer le parcours de santé des personnes âgées. On retrouve des soutiens tant financiers que matériels, et aussi humains pour l'accompagnement des projets de

travail pluri professionnels et des projets de rencontre qui visent à renforcer les relations professionnels des acteurs de santé.

« Parce que l'objectif en fin quand même du PAERPA hormis l'objectif lié à la ...au fait de favoriser une intervention la plus précoce possible auprès des plus de 75 ans pour éviter la dégradation de la santé , l'hospitalisation etc. la conséquence de tout ça sur le plan financier c'est que l'hypothèse qu'a posé la DSS, la direction de la sécurité sociale là-dessus c'est de se dire que si on travaille comme ça ... on va avoir une baisse des dépenses sur l'enveloppe hospitalière et ce qui va permettre de financer finalement hein ... »

Par là, nous retrouvons la création de la SISA et les pôles de santé, avec le projet immobilier ajouté au maillage territoriale. L'identification des interlocuteurs et les protocoles de sorties sont autant impliqués, que le chiffrage des résultats pour une étude d'impacts.

« vu les problèmes qu'on avait pris prendre en charge les patients on a commencé en dec 2007 à se réunir pour voir comment on pourrait se regrouper avec la création d'une association pour mettre en place un exercice coordonné entre médecins généralistes, infirmières et les autres professionnels de santé. En sachant qu'on savait très bien qu'à terme il y aurait un projet immobiliersur la ville de Mayenne mais qu'on voulait maintenir le maillage du territoire de Mayenne avec des cabinets satellites.aujourd'hui cette association est devenue un SISA puisque depuis 3 ans elle bénéficie des nouveaux modes de rémunération et elle s'est structurée avec structureadministrative, donc 64 professionnels de santé aujourd'hui »

5-2-2 Des acteurs convaincus

Les acteurs trouvent en la PAERPA un moyen de communication. Certains peuvent ne pas en être conscients, mais la communication est un des leviers phares dans l'organisation et le réseau, ce qui va faire bon effet sur le travail. Le souhait de travail en commun avec une modification des pratiques et des habitudes de travail est un levier dans l'accompagnement au changement.

Le fait de travailler ensemble, de concerter les visions différentes en une seule ou plusieurs plus opérationnels peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Cela va favoriser les échanges et les retours, et mettre tous les acteurs sur le même pied d'égalité face à la communication d'informations. Ceci est un préalable dans tout travail d'équipe. Et le réseau est assimilable à une grande équipe répartie sur une plus grande surface, certes, mais qui peut apporter ses fruits. Cette circulation d'information qui au même

titre que les systèmes informatisés pourront faciliter le suivi et l'évaluation entre les équipes de l'hôpital et à domicile.

« Les leviers justement c'est le fait que l'on puisse tous travailler ensemble et nous ça nous permet aussi d'avoir une vision différente de la personne, d'approfondir un petit peu sa prise en charge. Parce que chacun travaillait un peu de son côté, le social le médico-social voilà et nous on faisait notre petite partie on renvoyait mais on n'était pas forcément au courant des retours. Là justement ça va permettre des retours par rapport à des actions qui peuvent être mises en place des différents acteurs. Par rapport au médecin c'est vrai nous n'n'a pas forcément et les gens veulent pas trop nous dire leurs antécédents là au moins on sera au courant de leurs antécédents. Là on peut être au courant voilà. Le BPCO là de la dame que je te disais tout à l'heure (elle s'adresse à sa collègue) son Seretid et ben voilà on sait que c'était plus par rapport à ça, on disait qu'elle était plus essoufflée. Est-ce qu'elle fait bien son Sérétid ? Nous on la suivait pas pour ça voilà ça a permis justement qu'on puisse...d'améliorer la prise en charge. »

L'engagement professionnel se manifeste chez des professionnels convaincus que leur travail est une bonne action, et sont donc volontaires. Ceci va agir sur tous les agents de santé, et mettre ces derniers en relation. Les freins se situent au niveau de l'information. Mais un engagement équivaut à une totale implication. Il sera plus facile de convaincre les membres des équipes à s'échanger régulièrement des informations, et faciliter les papiers. Au contraire, la désertification des acteurs peut nuire sensiblement à toute prise en charge.

« Et bien elles apprennent à travailler ensemble, c'est que on s'aperçoit que quand de part et d'autre, tout le monde à la meilleure volonté que changer qu'on a des habitudes de fonctionnement qu'on a depuis 10-15-20-25 ans c'est très difficile. Qu'il faut du temps, il faut jamais désespérer et que euh tant chez nous les professionnels de santé libéraux, on le voit bien, une fois que c'est parti que c'est rentré dans les habitudes, ça fonctionne, après ça, c'est d'arriver à enclencher la première. De changer ses habitudes, d'y penser, en effet j'ai une personne là, ça pourra faire l'objet d'une sortie complexe, donc c'est pour ça que c'est important pour nous de faire l'évaluation, on a fait le comité de pilotage il y a 15 jours, d'identifier tous les freins. Et que pour nous par exemple des professionnels de santé libéraux, le frein c'est que ceux qui en ont pas réalisé plusieurs, par exemple pour les sorties complexes, vont pas le faire par ce que ils ne savent plus, il y a des papiers à remplir ou n'importe quoi, donc là ce qu'on a mis en place, c'est que j'ai un patient, je pense que c'est

une sortie complexe, j'appelle le pôle de santé. J'appelle la structure administrative et c'est elle qui systématiquement, va me faciliter la vie au niveau des papier »

La volonté pour les professionnels de travailler diffère selon leur position. Les libéraux sont en faveur de l'isolement, tout au contraire du système de réseau donc de communication qu'implique le PAERPA. Leurs volontés toutefois est un signe de changement si nous trouvons un moyen incitateur des plus convainquant, comme le financement, les rémunérations et éviter les désertifications. Mais les financements peuvent enlever ce frein et apporter un levier de bonne volonté de concertation dans l'ensemble des intervenants.

« La difficulté, c'est qu'on vous l'souligne sur la Mayenne, c'est qu'on a des libéraux très porteurs, très preneurs, de ce modèle...et en même temps on a assez peu de solution à offrir à des professionnels qui sont ... des professionnels de santé isolés, qui n'travaillent pas en maison d'santé par exemple, et qui travaillent p't'être moins en interactions avec leur environnement, qui travaillent certainement encore une fois »

L'engagement des acteurs pourra favoriser leur volontariat dans le travail auprès des personnes âgées dans le programme PAERPA, et favoriser l'octroi d'une aide médicale et sanitaire contribuant au bien-être des cibles.

5-2-3 Des moyens mis à disposition

Concernant le réseau et la coordination, les enquêtés parlent d'échange d'informations, de collaboration entre tous les acteurs de l'hôpital. D'abord, cela a une fonction de facilitation, d'allègement du travail. Ce qui a pour conséquence la bonne marche du travail. Il ne s'agit pas d'un simple travail d'équipe mais d'une coordination étalée sur plusieurs domaines. Le rôle de PAERPA est justement mis en relief dans ce domaine où les spécialistes se convergent, partagent les situations entre eux, et s'entraident.

« Là on travaille sur un exercice partagé avec une coordination et puis une charge administrative aussi qui est portée par un secrétariat ou un personnel dédié dans les maisons de santé et une logique aussi de prise en charge au niveau du territoire ».

« j'englobe vraiment tout le monde, ça va du pharmacien, de l'infirmier, au médecin, au kiné, enfin, la diététicienne, l'orthophoniste, voilà après.....après, enfin, les services d'aide à domicile...euh...enfin...de la famille...de la personne. »

Il est donc question de réunir tous les acteurs afin d'avoir une concertation des plus conséquentes au niveau du parcours de soins dans le parcours de vie qui ne s'arrête pas à

l'hospitalisation mais continue avec les suivis accompagnement et les SSIAD, et les échanges entre les personnels engagés dans les soins à domicile. Ces échanges se manifestent de diverses manières et font naître des apprentissages et des partages. A préciser que la collaboration n'est pas facile, mais c'est le résultat qui compte, ce qui augmente la volonté des intervenants principaux dans cette coordination.

« bien elles apprennent à travailler ensemble, c'est que on s'aperçoit que quand de part et d'autre, tout le monde à la meilleure volonté que changer qu'on a des habitudes de fonctionnement ».

La place de la PAERPA est d'autant plus mise en exergue suite à la proximité et au nouveau mode de fonctionnement dans les structures nouvellement formé via le réseau.

« Donc on a formalisé ces fonctionnements en mettant en place une charte de fonctionnement et en essayant de faire converger ...le fonctionnement de ces différents lieux de concertation qui nous permettent de structurer... Qui ont permis de structurer la partenariat et la réponse à l'utilisateur au niveau, au niveau proximité ».

L'organisation en réseau voit aussi ses sources dans des diverses pratiques de terrain, parfois détournées des originaux théoriques subtils dans les rapports officiels pour l'Etat. La formalisation de la coordination a des suites sur les nouvelles collaborations des professionnels de terrain, en fonction des autres nouveaux acteurs professionnels, les coordonnateurs eux mêmes. Ce qui donne l'occasion pour tous ces professionnels de se créer une communication nouvelle, un genre de relationnel basé sur un seul réseau.

« Alors sur le plan local...en fait ...avant l'arrivée du PAERPA hein...on était sur un modèle avec des lieux... de concertation ... avec des réunions de concertation ou des réunions de synthèses ...régulières , échanges au niveau des différents territoires de la Mayenne qui avaient été mis en place et coordonnés par les coordinateurs des CLIC. Donc qui avaient pour objets, notamment d'échanger sur les situations un peu plus difficiles,...mais de fait qui ont permis d'installer un relationnel...structurel partenariat etc ...Donc ça nous fin 2013 plus de CLIC, donc on a repris ces missions-là donc nous ce qu'on a fait c'est qu'on s'est remis dans les pas des CLIC avec la volonté de reprendre ces réunions de concertation et avec ... avec un ...objectif clair qui était de ...d'harmoniser le fonctionnement de ces concertations sur le plan départemental...Donc on a formalisé ces fonctionnements en mettant en place une charte de fonctionnement et en essayant de faire converger ...le fonctionnement de ces différents lieux de concertation qui nous permettent de structurer ..Qui ont permis de structurer la

partenariat et la réponse à l'usager au niveau, au niveau proximité. Avec le PAERPA ce qui s'est mis en place c'est les comités alors ...les CIAP donc alors...j'ai pu la signification du sigle en tête mais en fait on a ...mis en place des instances de concertation travail en commun des acteurs ... en gros ...sur ...sur ... sur les trois tables tactiques des MAIA. N a repris les territoires tables tactiques des MAIA Nord Centre Sud, en gros les trois arrondissements et on les a transformé en CIAP.et c'est là que s'exprime que que doit se construire ou continue à construire... le partenariat des articulations etc au niveau infra départemental la PAERPA, on est sur le territoire départemental. »

D'une part, posant principalement et surtout d'importance sur les expertises, il peut s'agir d'un passage d'une activité à plein principale à une autre libérale. D'une autre coté, il s'agit d'un code plus durable leur accédant de réviser ses capacités cliniques (leur expertise en soins palliatifs ou en gériatrie) et non cliniques sur l'organisation, et sur l'évaluation ; et aussi, de modifier dans d'autres activités de coordination dans différents réseaux ou dans des maisons de retraite pour les médecins à administration gérontologique.

Néanmoins, quelle que soit leur profession d'origine, les coordonnateurs ont en commun un statut entretenu, entre exercice libéral, salarié, et bénévole, et des modes de rétribution parfois aléatoires. Cela se développe par le fait que les activités de coordination pointent régulièrement à assembler des acteurs changeant dans des environnements différents et se dressent dans le cadre de réseaux de santé aux acquittements délicats

Le financement étant un point essentiel dans tout projet est un levier à part entière.

*« Donc voilà, après euh, après les leviers c'est que...p't'être plus sur...enfin y a quand même des personnes qui veulent faire bouger les choses donc euh...j pense que y a....y a moyen d'faire quelque chose quand même. Et on a eut des financements pour, donc ça va p't'être en motiver certains. **Financements dans...? qui vous permettent de financer quoi ? C'est général ou c'est...ciblé ?** C'est ciblé. Qui permet de financer par exemple de mettre en place un projet de soin écrit pour la personne âgée, donc un projet qu'est rédigé par le médecin traitant et les libéraux qui donc vont être rémunérés pour euh....pour rédiger c'projet là, donc peut-être s'enfin... j pense que le constat est général pour l'instant c'est qu'à où c'est compliqué c'est d'mobiliser ben les.....les médecins, qu'ce soit hospitaliers, libéraux, enfin c'est...c'est la difficulté mais après enfin, parce qu'ils ont aussi leurs contraintes mais....euh....c'est là où c'est difficile aujourd'hui, donc j pense que c'est pour ça qu'ils ont mis en place des financements pour l'projet. »*

« c'est un levier, c'est un levier indéniable, encore une fois pas pour c'qu'il représente, ... en terme purement financé, mais par ce qu'il représente en terme de.....y'a x euros, et d'ailleurs les professionnels de santé s'en sont tous pas d'accord pour dire qu'c'est pas assez ça on peut l'entendre, x euro égal un PPS, et..et cette équation-là fait que, on sait à quoi s'attendre, voilà, c'est c'est un peu rustique, mais, ça a malgré tout, le mérite, en tout cas on l'espère, de fonctionner, ... après, à l'inverse, une fois qu'vous rentrez dans cette logiqu'là, qui est une logique de professionnels de santé libéraux mais qu'on peut comprendre hein, puisque le temps qui est passé à faire ça n'est pas passé au cabinet, à assurer des consultations. C'est à dire que si vous voulez généraliser l'modèle, il faut généraliser l'financement, donc ch'suis incapable de mesurer c'que ça représente à l'échelle de la population nationale, si on détermine que ..., on soit des personnes éligibles, un PPS peut en bénéficier et que pour chaque PPS on versera effectivement une centaine d'euros aux professionnels de santé qui y participent, j'ai pas fait d'calcul hein sur la...sur la France entière, ça représente un montant, voilà, une fois qu'vous, une fois qu'vous décidez qu'c'est ça, qui vous permet d'sortir vot'PPS, ..., vous mettez un doigt dans un engrenage qu'il faut assumer après par la suite... c'est pas forcément évident. »

Le partage des outils et des compétences ainsi que des technicités sont parmi les avantages du réseau dans les communautés des communes, les regroupements et le travail avec d'autres régions. Ces travaux de partages sont axés sur les protocoles complexes et la mise en place de supports de travail, à l'exemple des PPS. Il existe aussi le DMP ou le logiciel de partage d'informations, pour les dossiers médicaux, les messageries de santé, qui n'est pas encore fonctionnel, ni opérationnel. Ce qui se traduit en fin de compte comme un manque au niveau des outils de communication.

« C'est ceux qui au niveau national, euh c'est une structure créée par le ministère qui était chargée de développer le DMP, le dossier médical partagé, euh les messageries de santé, et c'est aussi eux qui labélisent les logiciels métiers pour les maisons de santé pluri-professionnels et les pôles de santé. Or il se trouve que ces labels ne correspondent qu'à du déclaratif, fait par les éditeurs de logiciels, et donc celui qu'on a choisi et qu'on devait déployer, on avait formé les professionnels depuis le 1^{er} septembre, heureusement par chance on ne l'a développé que sur une maison médicale (...)»

L'existence de formations initiées pour le déploiement du PAERPA concourt fortement à son application en tant que programme et non plus en tant que projet. Le but reste le partage entre les professionnels.

« Alors on ne peut pas parler d'une campagne d'information, par contre, là, sur le département on s'est occupé de la formation, on a formé 150 professionnels pour le déploiement du PAERPA à partir du début 2015, dans cette formation il n'y avait pas que des professionnels de santé libéraux, il avait aussi des hospitaliers et des gens du secteur médico-social, on a décrit toute l'organisation de la prise en charge de la santé dans le département, c'était, ça fait partie de la formation. »

Les problèmes de communication nécessitent de l'aide car les établissements de santé en sont pas pourvu des technologies pouvant faciliter leur travail, mais sont toujours au stade du téléphone, de la lettre et de la poste. Les outils informatiques ne sont pas encore mis en place.

Il en est de même pour les sorties complexes, où le système de fiches de liaisons est toujours utilisé, avec les alternatives à l'hospitalisation, le maintien à domicile avec assistance médicale, mais qui reste encore au stade de l'expérimentation. Ces fiches seront passés entre les équipes de soins à l'hôpital et ceux à domicile.

« Mmm, alors soit, enfin, du coup vraiment pour l'équipe d'appui, soit nous on est interpellé, on va dire avant l'hospitalisation. On est interpellé donc on reçoit en formulaire avec déjà les premières info sur la personne, les intervenants qui viennent au domicile, et la personne, imaginons elle est hospitalisée à ce moment là donc du coup là moi j'fais le lien avec les collègues de l'hôpital pour avoir les infos, pour savoir comment ça se passe, qu'est-ce qui est prévu pour la sortie ? Savoir si c'est nous qui allons ré intervenir après ? Ou si alors.... parce que nous notre principe c'est de pas se substituer aux professionnels qui sont en place »

« L'autre expérimentation c'est les alternatives à l'hospitalisation donc là c'est en amont de l'hospitalisation c'est de ... repérer les personnes âgées et fragiles en voie de décompensation de telle façon à amener à domicile des aides ponctuelles... Ca s'étend sur une quinzaine de jours ...maximum...Des aides ponctuelles de telle façon à passer un cap un problème aigu en permettant le maintien à domicile. Souvent ça fait intervenir aussi bien des soins médicaux par le médecin traitant, l'infirmière, un renforcement d'aides, par le CCAS ou l'ADMR, ça peut aller jusqu'à la présence la nuit pendant quelques jours éventuellement quelques nuits de façon à passer un cap pour des pathologies qui nécessitent pas franchement une hospitalisation qui peut être fait à domicile si on aide la personne. »

L'incitation financière ou le financement pourrait favoriser l'engagement et l'implication des acteurs dans le dispositif comme motivation supplémentaire, ou le financement des PPS. Ceci est un levier à part entière.

« Et la force donc de, du projet c'est effectivement de pouvoir se mettre d'accord sur un Plan de, Personnalisé d'Santé, un PPS, et que les professionnels se mettent d'accord, en lien bien sûr avec les choix d'la personne, pour dire voilà, la, les conduites, la conduite à tenir, ... en c'qui concerne cette personne, pour l'année qui vient, pour les 6 mois qui viennent et..c'que permet l'modèle c'est, enfin le prototype, c'est qu'effectivement de rémunérer au...cette rémunération n'est pas un besoin...des professionnels de santé hein, c'est c'est, mais en tout cas c'est une forme de reconnaissance sur du temps passé et sur un objet qui sort livrable »

« C'est un levier qui n'est pas purement financier c'est aussi symbolique, qui permet cette coordination. »

Des instances de concertations au niveau départemental pourraient voir le jour avec les MAIA et le PAERPA. A éviter les doublons et le « mille feuille » administratifs qui déjà démontrent de leur complexité, ou l'installation de guichet unique pour l'ensemble des personnes âgées et la réalisation d'un répertoire, ou de cahier de charge des MAIA.

« Oui oui y'a le, ..., c'qu, c'qu, c'qu'on a évoqué un peu t'à l'heure, y'a, y'a la capacité aussi ..., à faire circuler l'information, à l'échange, à transmettre de la donnée et cetera, ..., et là ...ce..c'est un sujet complexe, ... parce que techniquement c'est complexe, bon ça à la rigueur la technicité ça, enfin le côté technique on peut, bon, on peut on peut on peut l'appréhender,c'est complexe parce que... c'qu'on disait tout à l'heure sur le partage de l'information qu'est-ce que j'peux partager qu'est-ce que j'peux pas partager, ça pose des questions ..., déontologiques très fortes, avec des positions très fermes hein de certains acteurs qui veulent absolument pas partager, et d'autres qui sont plus ouverts et cetera donc ..., ou là'dans on..voilà »

La coordination, c'est le sujet qui tonne les acteurs, puisque le PAERPA va pouvoir offrir des financements via les PPS, donc qui seront rémunérés.

La bidouille informatique apparaît comme un levier, car c'est un outil de communication basic, qui permet le partage des données entre les acteurs du territoire pour le bien être du patient dans sa prise en charge pendant le parcours de santé.

« Alors on a des des, des degrés de maturité qui sont extrêmement divers en fonction des structures, on a, on a on a bien sûr ..., des établissements ou des services qui ont fait leur p'tite bidouille informatique et qui au moins ont une sorte de dossier patient ou dossier client... dans d'autres cas. Sur les échanges ça reste assez basic ... parce que déjà vous avez un écueil assez ... majeur entre l'information qui relève de l'information médicale et l'information qui est qui relève de l'information j'allais dire sociale, ou du moins environnementale, et queces deux vo, ces deux aspects sont assez cloi, sont très cloisonnés c'est à dire que l'information médicale ne peut légalement se partager qu'avec les professionnels de santé, professionnels de santé qui sont eux-mêmes définis dans le cadre de la loi, et l'information médico-sociale ou sociale ..., a plutôt tendance à rester aussi dans le giron ...du travailleur social ou...d'l'aide à domicile. »

Le fait d'octroyer des outils ou des financements, avec des documents de références améliorerait le travail des professionnels de santé dans le sens où cela permet d'avoir des indemnités, et donc favorise l'investissement tant personnel que collectif au niveau des équipes. IL s'agit là encore de financement des PPS.

Le fait que le PAERPA puisse permettre une augmentation des revenus, ne serait-ce que sur les PPS, participe à la sensibilisation des acteurs et favorise à leur responsabilisation, et va influencer la prise en charge, la qualité. Voilà une différence entre les professionnels libéraux et ceux du public.

« Bah à prendre mieux en charge les gens, y a des outils qui ont été créés déjà, des documents écrits de référence, puis voir l'évolution après de pouvoir réajuster réadapter certaines choses en fonction de l'évolution aussi de l'état de la personne. J'essaie de rechercher plus loin ...en quoi ça peut ...en quoi ça peut améliorer pour nous au niveau de notre travail. Ça permet aussi d'avoir, le fait aussi d'avoir des indemnités. Ça permet aussi que les professionnels s'investissent plus. Parce que c'est quand même du temps.... Heu... les PPS là on a mis plus d'une heure pour en faire un. Quand on fait tout l'état des lieux de tout ce qui s'est passé ; antécédents, de l'état de la maison, qu'est ce qui faut faire, les actions qui y aura à amener. On a quand même passé plus d'une heure pour un PPS. D'avoir un financement derrière ça permet aussi aux professionnels de se dire on y va de toute manière on a un financement. C'est plus facile aussi. Ça lève quand même...on est comme tout le monde l'argent mène aussi beaucoup de choses. On n'aurait peut-être pas eu ces financements là je pense pas que les professionnels se seraient lancé dedans et tout le monde aurait continué à travailler dans leur coin comme ils le faisaient au détriment des

gens. Parce que je pense que ça va améliorer la qualité de la prise en charge. Ça c'est clair, je pense que là c'est un plus pour les gens, c'est un plus pour les personnes. Et pour nous et pour les gens. Et je pense qu'en plus on va apprendre à se connaître là on se connaît pas encore bien tous et justement ça aussi ça va nous permettre d'apprendre le..., d'apprendre ce qui se passe sur le médico-sociale et le social d'avoir un peu plus de....d'informations. on va apprendre, je pense. Parce que là on est tellement au tout début là que bah, on va apprendre à les gérer, c'est vrai que c'est un peu tôt pour répondre aux questions parce que là pour l'instant on est... On voit le bon côté pour l'instant les libéraux à la limite on fait avec nos moyens en fin de compte mais est-ce qu'il y aura plus après quand on en connaîtra plus de tout ce qui se fait dans le social et le médico-social je pense qu'on aura encore plus mais ça c'est au fur et à mesure qu'on va apprendre à les connaître. Pour l'instant c'est vrai qu'on est au tout début. On n'a pas de recul. Nous on en a fait trois...(PPS) donc c'est pas énorme, c'est pas énorme. »

Comme moyens mis à disposition, les financements des outils de communication, des supports de travail, la mise en place de COPIL, CIAP et autres réunions vont pouvoir alléger les protocoles et contribuer à la mise en place du PAERPA.

6- CONCLUSION

La perte d'autonomie est un passage obligé de l'homme à un certain âge. Avec le développement de la médecine, le vieillissement de la population devient un problème majeur face à son développement entraînant un accroissement de la population âgée dépendante. Malgré tous les efforts du côté de la prévention des risques de la perte d'autonomie, la nécessité d'une coordination se fait de plus en plus ressentir étant donné le problème des structures existantes. En fait, les coordinations ne sont pas opérationnelles dans la pratique. Et même si l'ensemble des structures dans les réseaux appliquent les nouvelles réformes, nous ne pouvons affirmer une totale opérationnalité de celles-ci devant les cas en présence.

Les résultats d'enquêtes nous donnent un aperçu général de ce qu'est la perte d'autonomie. En fait, chez les personnes âgées, l'autonomie relève de l'impossible surtout pour le 3^{ème} âge. De ce fait, la nécessité d'une prise en charge particulière pose problème alors même que la société rejette les personnes âgées. Le maintien à domicile est privilégié et les structures médicosociales ne prennent en charge que les cas les plus graves. L'inexistence de suivi médical et social ne permettent pas un total engagement des professionnels de l'hôpital vis-à-vis des personnes âgées qui ont des accompagnateurs (aidants).

Quelle serait la place de l'Etat ? Plusieurs préventions sont organisées, et spécifiquement en Mayenne, l'expérimentation du prototype PAERPA fait l'objet de cette étude dans la coordination des structures prévus pour recevoir les personnes âgées dépendantes. Mais, au niveau social, il reste que les aidants ne sont pas réellement en collaboration et en communication avec les responsables au niveau des structures. De nouvelles réformes à caractères sociales doivent se greffer aux nouveaux systèmes en place pour permettre une effectivité de ces dernières et surtout assurer une « vieillesse de qualité » aux personnes âgées.

En effet, face au vieillissement de la population, il sera essentiel de travailler autrement, et de former les acteurs autrement. Un interviewé a dit que « les gens se connaissent et travaillent ensemble plus facilement car ils ont fait leurs études ensemble ». Aussi, dans le dernier congrès du 30 Avril dernier, 44% des IDES en activité travaillaient dans la structure qui les avait accueillis. Ce travail pluri professionnel change toutes nos pratiques de travail et font apparaître de nouvelles fonctions. On peut donc poser la question d'une expertise dans le domaine du parcours de santé comme on peut le voir dans l'expertise infirmière qui se développe actuellement.

7- BIBLIOGRAPHIE

- Argoud Dominique, « La prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement ? », *Gérontologie et société*, 2012/5 HS n° 1, p. 93-93. DOI : 10.3917/gs.hs01.0093
- Déchamp-Le Roux Catherine, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, 2012/5 HS n° 1, p. 81-91. DOI : 10.3917/gs.hs01.0081
- Robelet Magali *et al.*, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, 2005/1 n°1, p. 231-260.
- Malla Patrick *et al.*, « Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques », *Gérontologie et société*, 2012/5 HS n° 1, p. 109-117. DOI : 10.3917/gs.hs01.0109
- Pierre Ginet. Le territoire, un concept opératoire pour la Géographie appliquée (à l'aménagement). Documentaliste - Sciences de l'Information, ADBS, 2012, 49 (3), pp.26-27. <hal-00757887>
- Amat-Roze Jeanne-Marie, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 2011/4 n° 143, p. 13-32. DOI : 10.3917/her.143.0013
- Andrieu Sandrine, « Évaluer les programmes de prévention de la dépendance des personnes âgées » Approche méthodologique, *Gérontologie et société*, 2012/5 HS n° 1, p. 75-80. DOI : 10.3917/gs.hs01.0075
- Forette Françoise, « Les enjeux de la prévention », *Gérontologie et société*, 2012/5 HS n° 1, p. 27-40. DOI : 10.3917/gs.hs01.0027
- Trillard André, « Penser les mesures de prévention en faveur du « bien vieillir » , *Gérontologie et société*, 2012/5 HS n° 1, p. 19-25. DOI : 10.3917/gs.hs01.0019
- Frossard Michel, « Coordination, intégration, réseaux de services » Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, *Gérontologie et société*, 2002/1 n° 100, p. 35-48. DOI : 10.3917/gs.100.0035

- Le Bihan Blanche, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, 2013/2 n° 145, p. 13-24. DOI : 10.3917/gs.145.0013
- Grenier Corinne, « Le réseau de santé : une lecture constructiviste par la notion de gouvernance conceptive », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2009/1 Volume 27, p. 73-89. DOI : 10.3917/jgem.091.0073
- Guillemard Anne-Marie. Les politiques de la vieillesse. In: Communications, 37, 1983. Le continent gris. Vieillesse et vieillissement. pp. 105-123. doi : 10.3406/comm.1983.1555
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1555
- Frattini Marie-Odile et Mino Jean-Christophe, « Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé », *Santé Publique*, 2006/3 Vol. 18, p. 475-481. DOI : 10.3917/spub.063.0475
- Jacqueline Trinzac « Vincent Caradec, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris, Nathan, 2001, 128 pages, (« Sociologie ») », L'Homme(en ligne), 163/juillet-septembre 2002, mis en ligne le 10 juillet 2007, consulté le 20 septembre 2014, <http://lhomme.revues.org/12731>
- http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=603

ANNEXES

Grille d'entretien Semi directif

Question : Quelles peuvent être les causes, malgré une multitude de structures et de réseaux, de voir une personne âgée en perte d'autonomie sortir sans aide ?

Q1 : Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

Thème 1 : Connaissances générales de l'existant.

Q2 : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un parcours de santé du sujet âgé ?

Question de relance :

Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous le parcours de soins ?

Le parcours de vie ?

Le parcours de santé ?

Q3 : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous une personne âgée en perte d'autonomie ?

Question de relance :

Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous une PA ?

Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous la perte d'autonomie ?

Q4 : Selon-vous qu'est-ce qui vous paraît important pour la sortie d'une personne âgée de l'hôpital ?

Question de relance

Existe-t-il une procédure établie pour la sortie des PA ?

Avez-vous des documents, des fiches de liaison ?

Thème 2 : existence de réseaux et de coordinations des acteurs de terrain.

Q5 : Pouvez-vous me dire quelles sont les réseaux et structure du territoire que vous connaissez pour les personnes âgées ?

Questions de relance :

Pouvez-vous me dire s'il existe une MAIA, un CLIC, un réseau gérontologique, une UMG, SSIAD, SPASAD.

Existe-t-il un référent à l'hôpital qui est votre interlocuteur ?

Q6 : Selon-vous comment s'articulent ses structures entre elles ?

Question de relance :

Avez-vous un logiciel pour communiquer ou bien des outils support à la communication ?

Avez-vous des rencontres organisées telles que des tables tactiques pour travailler des projets communs ?

Thèmes 3 : Liens réseau ville hôpital.

Q 7 : Selon vous existe-t-il un lien avec l'hôpital ? Si oui pouvez-vous me l'expliquer ?

Question de relance :

Pouvez-vous me dire s'il est organisé des rencontres pour des synthèses ?

Q8 : Selon vous existe-t-il une campagne d'information sur les structures et réseaux ?

Q9 : Si oui auprès de qui ? Et comment cela se déroule t'il

Question de relance :

Pouvez-vous me dire s'il existe des plaquettes d'information ou de présentation des structures existantes ?

Pouvez-vous me dire si des documents présentent les champs de compétence de chacun des acteurs du réseau ?

Q 10 : Selon-vous quels sont le(s) interlocuteur(s) dans un parcours de santé du sujet âgé ?

Question de relance :

Avez-vous un interlocuteur référent à l'hôpital ?

Avez-vous un interlocuteur référent en ville ?

Q 11 : Sont-ils contactés lors d'une sortie d'hospitalisation ?

Q 12 : Si oui comment ?

Q 13 : Si non pourquoi ?

Question de relance :

Pouvez-vous me dire s'il existe des freins structurels, organisationnels

Thèmes 4 : Outils et supports de communication.

Q 14 : Lors de l'entrée à l'hôpital comment avez-vous connaissance des raisons de l'hospitalisation ?

Question de relance :

Pouvez- vous me dire s'il existe un plan personnalisé de santé ?

Q 15 : Selon vous avez-vous grâce à ce support de communication les données nécessaires pour envisager dès l'entrée une sortie de la personne âgée ?

Q 16 : Si oui pourquoi ?

Q 17: Si non Pourquoi ?

Q 18 : Lors de la sortie d'hospitalisation comment avez-vous connaissance de la situation nouvelle de la personne âgée ?

Question de relance :

Pouvez-vous me dire si le médecin généraliste est une personne que vous pouvez contacter ?

Q 19 : Selon vous existe-t-il des leviers ou des freins à la coordination des acteurs du PAERPA ?

Q 20 : Souhaitez-vous aborder un thème que je n'aurai pas abordé ?

QUESTIONS POSEES

Questions posées	Ce que je recherche
Q1 : Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?	En posant cette question, je rentre en contact tranquillement avec l'interviewé et adopte une attitude d'écoute vis-à-vis de mon interlocuteur pour le mettre en confiance. Je cherche à créer un climat propice à l'échange. Je cherche à savoir qui il est. Son expérience éventuellement les formations suivies.
<u>Thème 1 : connaissance générales de l'existant</u>	
Q2 : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un parcours de santé du sujet âgé ? Question de relance : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous le parcours de soins ? Le parcours de vie ? Le parcours de santé ?	Je recherche à travers cette question ce que l'interlocuteur peut savoir et adapter mon langage à l'interlocuteur.
Q3 : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous une personne âgée en perte d'autonomie ?	Je recherche à travers cette question ce que l'interlocuteur peut savoir et adapter mon langage à l'interlocuteur

Question de relance : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous une PA ? Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous la perte d'autonomie ?	
Q4 : Selon-vous qu'est-ce qui vous paraît important pour la sortie d'une personne âgée de l'hôpital ? Question de relance Existe-t-il une procédure établie pour la sortie des PA ? Avez-vous des documents, des fiches de liaison ?	Je recherche à savoir l'intérêt à la sortie et si il existe une procédure de sortie. Je cherche à déterminer l'intérêt porté à la sortie et si il existe une procédure de sortie.
<u>Thème 2 : Existence de réseaux et de coordinations des acteurs de terrain.</u>	
Q5 : Pouvez-vous me dire quelles sont les réseaux et structure du territoire que vous connaissez pour les personnes âgées ? Questions de relance : Pouvez-vous me dire s'il existe une MAIA, un CLIC, un réseau gérontologique, une UMG, SSIAD, SPASAD. Existe-t-il un référent à l'hôpital qui est votre interlocuteur ?	Je recherche la connaissance de l'existant et aussi connaître ce que l'interlocuteur peut évoquer sur l'existant

Q6 : Selon-vous comment s'articulent ses structures entre elles ? Question de relance : Avez-vous un logiciel pour communiquer ou bien des outils support à la communication ? Avez-vous des rencontres organisées telles que des tables tactiques pour travailler des projets communs ?	Je recherche les modes de communication ainsi que la connaissance des acteurs du maillage des structures existantes
<u>Thèmes 3 : Liens réseau ville hôpital.</u>	
Q 7 : Selon vous existe-t-il un lien avec l'hôpital ? si oui pouvez-vous me l'expliquer ? Question de relance : Pouvez-vous me dire s'il est organisé des rencontres pour des synthèses ?	Recherche de l'organisation du réseau s'il existe et la manière dont il s'articule

Q8 : Selon vous existe-t-il une campagne d'information sur les structures et réseaux ?	Recherche de la diffusion des informations du réseau auprès des professionnels de santé mais aussi auprès des usagers.
Q9 : Si oui auprès de qui ? et comment cela se déroule t'il ? Question de relance : Pouvez-vous me dire s'il existe des plaquettes d'information ou de présentation des structures existantes ? Pouvez-vous me dire si des documents présentent les champs de compétence de chacun des acteurs du réseau ?	Sous quelle forme l'information est-elle communiquée ?
Q 10 : Selon-vous quels sont le(s) interlocuteur(s) dans un parcours de santé du sujet âgé ? Question de relance : Avez-vous un interlocuteur référent à l'hôpital ? Avez-vous un interlocuteur référent en ville ?	Connaissance des personnes est ce que celles-ci se rencontrent ?
Q 11 : Sont-ils contactés lors d'une sortie d'hospitalisation ?	Tient-on compte des données transmises et est-ce qu'elles existent ?

Q 12 : Si oui comment ?	
Q 13 : Si non pourquoi ? Question de relance : Pouvez-vous me dire s'il existe des freins structurels, organisationnels	
<u>Thèmes 4 : Outils et supports de communication.</u>	
Q 14 : Lors de la sortie d'hospitalisation comment avez-vous connaissance de la situation nouvelle de la personne âgée ? Question de relance : Pouvez-vous me dire si le médecin généraliste est une personne que vous pouvez contacter ?	Si réseau est ce que la connaissance de la PA est complétée jusqu'au domicile ? Y a-t-il des interlocuteurs capables de décrire l'existant de la PA
Q 15 : Lors de l'entrée à l'hôpital comment avez-vous connaissance des raisons de l'hospitalisation ? Question de relance :	Les informations transmises le sont-elles de façon formelle ou bien informelles. Est-ce qu'il existe un PPS ?

Pouvez- vous me dire s'il existe un plan personnalisé de santé ?	
Q 16 : Selon vous avez-vous grâce ce support de communication les données nécessaires pour envisager dès l'entrée une sortie de la personne âgée ?	Recherche à savoir si existence du PPS comme établi dans le dispositif PAERPA
Q 17 : Si oui pourquoi ?	
Q 18 : Si non Pourquoi ?	
Q 19 : Souhaitez-vous aborder un thème que je n'aurai pas abordé ?	Question finale qui permet de revenir sur des sujets abordés ou bien ouvrir sur un autre champ qui n'aurait pas été exploité

Caractéristiques de l'échantillon, données sociologiques :

- Filière professionnelle d'origine :

- Date de diplôme de cadre de Santé ou d'infirmière :
- Ancienneté dans l'établissement :
- Ancienneté dans le service :

Dispositifs MAIA et expérimentations PAERPA sont au service de l'amélioration des Parcours de santé des aînés

Trois piliers :

- Gouvernance
- Systèmes d'information
- Incitatifs

1^{er} recours (MT) et coordination clinique de proximité

Fonctions d'appui à la coordination (CLIC, DCA, Gestion de cas...)

Projets en cours : répertoire régional des ressources, expérimentation en Mayenne

Comité stratégique départemental :
décideurs et financeurs sous
Conseil général

il réunit les
le Co pilote
et fixe les objectifs stratégiques

Charte de
gouvernance/
MAIA-PAERPA en
Sarthe

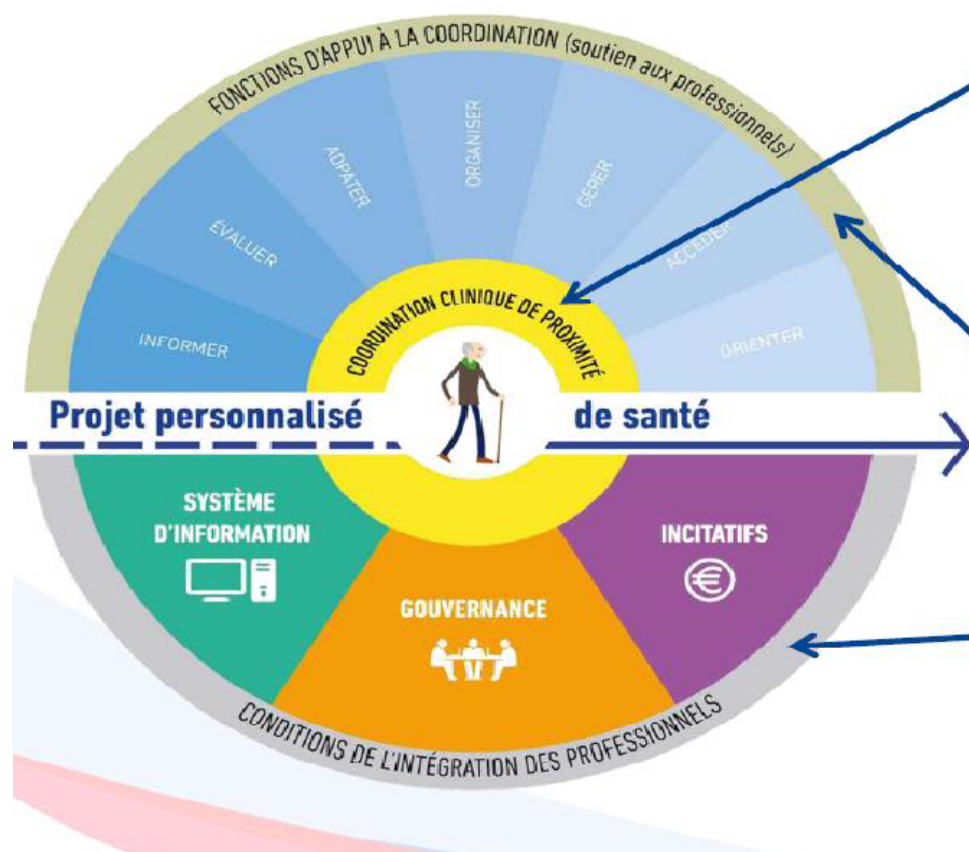
Comité d'intégration des acteurs et des projets : réunit les responsables des structures sanitaires, médico-sociales et sociales et acteurs libéraux, définit les axes opérationnels et suit l'avancement des travaux :

Groupe de travail
Hospitalisations
évitables

Groupe de travail
Préparation des
entrées et sorties
d'hospitalisations

Groupe de travail
Meilleure
connaissance entre
acteurs des 3
champs : sanitaire,
médico-social et
social

Schéma global du prototype Territoire de santé - La Mayenne



1. La coordination clinique de proximité

- Exercice coordonné des professionnels du 1er recours, intervenant auprès des aînés
- Nouvelles activités, nouvelles organisations, nouvelles pratiques pour des projets personnalisés mieux définis, mieux suivis
- Nouveaux modes de rémunération (forfait) pour un suivi au long cours des personnes

2. Les fonctions d'appui à la coordination

- Mise en cohérence, harmonisation, structuration des prestations assurées en appui aux acteurs de santé pour faciliter leur coordination autour des aînés

3. Les conditions de l'intégration des acteurs

- Conditions d'exercice, de rémunération, d'outils partagés, ... permettant une meilleure intégration des acteurs

Entretien Exploratoire
Directeur des relations
extrahospitalières et
Des personnes âgées.au sein d'un
centre hospitalier.

Date d'enregistrement : 28/11/2014 16:34:48

Durée d'enregistrement : 45:15

Nom du fichier d'enregistrement : Entretien avec Directeurs des relations extra hospitalières et des personnes âgées.

L'entretien se déroule dans son bureau au sein du Centre hospitalier de Niort. Mon enregistreur se déclenche pas tout de suite et m'en rend compte ce qui m'a déstabilisée un peu.

« Je m'appelle Anne-Catherine Souriou. Je suis étudiante à l'université de Paris Dauphine master 1 d'économie de la santé. Dans le cadre d'un travail de recherche sur le parcours de santé des personnes âgées, votre expérience me sera très utile. Je vous remercie de me recevoir et du temps que vous m'accordez. L'entretien est enregistré il sera anonymisé par la suite »

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous le PAERPA ? (l'enregistrement n'étant pas débuté je retranscris ce qui a été dit de mémoire)

M B me dit avoir participé aux groupes de travail au niveau ministériel pour la mise en place et l'écriture du projet. Il siégeait en tant que représentant de la FNEHAD. Il m'évoque d'emblée deux niveaux de coordination et me parle des coordinations de proximité et de coordination de direction (tables tactiques et tables stratégiques.)

M B : Ca correspondait

AC : *Heu (je me rends compte que l'enregistrement n'a pas démarré)*

M. B : Pas du tout ?

AC : Si Si tout à fait donc vous parliez de l'avant PAERPA puisque vous avez siégé pour la FNEHAD.

M. B : je pourrai vous donner les comptes rendu c'est intéressant.

AC : Je serai assez intéressée puisque ...vous avez parlé de coordination et qu'elles étaient les... avant les prototypes PAERPA et non des projets PAERPA puisqu'ils partent de...on a eu D r BLAISE de l'ARS, hier...

M.B : Oui il était, c'est lui qui pilotait la mission non,... moi je l'ai rencontré plusieurs fois la mission de Singly.

AC : D'accord, il nous a fait cours hier

M.B : Oui il connaît, il sur la Mayenne

AC : Oui et donc... Moi je voulais avoir un peu votre avis sur ce qu'évoquait PAERPA puisque, à ce jour on a quand même plusieurs acteurs plusieurs portes d'entrée plusieurs personnes qui peuvent repérer les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

M.B : Oui c'est en risque en perte d'autonomie c'est pas les PA ayant perdu leur autonomie c'est en risque de perte d'autonomie c'est-à-dire que c'est intéressant puisque quand on fait la pyramide on dit bon 70% des gens âgés relèvent d'une PEC par le médecin traitant, l'infirmière, voir les consultations de l'H, etc après y en a 20% qui vont relever derrière là ils vont avoir besoin du CLIC après vis allez avoir tout ceux qui vont avoir besoin du CLIC en terme d'informations par rapport aux situations d'autonomie après vous allez avoir l'importance des soins donc vous allez avoir le réseau et après à la fin les questionnaires de cas pour les situations les plus complexes.

AC : Et comment ...parce que vous vous travailler vous êtes employé d'un h sur des directions plutôt gestion extra hospitalière comment vous voyez vous l'articulation à travers ce projet PAERPA ou comment vous voyez l'intégration sur ce territoire du sanitaire social et médico-social puisque que...

M.B : C'est ce que je travaille au quotidien oui non mais là-dessus c'est euh moi je crois que ce que l'on a travaillé je crois qu'il y a des gens remarquables dans ce département c'est à dire que je pense dans le département, on déjà toute une histoire de coopération l'hôpital a longtemps été quand même plutôt vécu comme hors champs... c'est vrai que depuis que je suis arrivé j'ai beaucoup contribué à réintégrer l'hôpital dans le champ du monde du dialogue

avec des acteurs sociaux et médicaux socio. Euh... comment je vois les choses... comment on a œuvré pour mettre les choses en place...

AC : *Ou comment vous s vu voyez à travers le projet puisque vous avez travaillé sur le projet PAERPA comment vous avez discuté du maillage du social, médicaux sociale et sanitaire en fait euh je ne parle pas forcément du Poitou Charentes.*

M.B : non Là quand moi je siégeais au groupe PAERPA quand j'y siégeais en tant que FNEHAD...

AC : *D'accord...*

M.B : le HAD j'intervenais rarement je faisais très attention de ne pas intervenir sur le champ de le FHF ou sur le champ d'autres acteurs.

AC : *D'accord*

M.B : Donc moi je fais je suis plutôt respectueux de ce que je représentais sachant que j'en pense pas moins... j'ai dû intervenir a un truc ...un moment dire finalement on s'en fou un des premier à avoir dit on se fou de savoir qui coordonne, la question c'est le coordonnateur c'est celui à qui on donne une légitimité pour coordonner sur un territoire. C'est pas celui qui s'octroie la coordination celui qui se l'octroi, y va peut-être pas euh il est peut-être pas légitime à le faire la légitimité on l'a gagné soit parce que l'ARS dit c'est vous... et c'est pour ça que c'est l'ARS qui pilote la MAIA sinon... je sais que c'est critiqué que ce soit l'ARS qui pilote la MAIA mais euh si c'est pas l'ARS qui pilote la MAIA la légitimité de la MAIA sera remise en cause, par le réseau par euh.. Tandis que là l'ARS elle est là de toute façon tout le monde est obligé de dire de tout façon c'est là qu'il est l'ARS on se plie que ce soit la MAIA... Moi je siège à la table stratégique de la MAIA ...y'en a qu'une euh je siégeais à celle du Nord euh Ya deux MAIA et une seule table stratégique moi j'ai été associé par le Nord au recrutement de la pilote MAIA donc heineuh... cet été y avait...quand a été créé la pilote du Sud je crois que... j'ai largement contribué à la rédaction du document Sudeuh et au recrutement de la pilote du sud euh quand il y a eu le recrutement de la pilote du Sud, euh ...j'ai participé à la pré-sélection de la candidature, j'étais en vacances quand il y eu le sélection de la candidate et l'ARS a demandé de sursoir à la décision parce qu'il voulait que je vois les deux dernières candidates voyez on m'a reconnu une légitimité dans le dispositif. Et en fait c'était très drôle parce que la candidate qui était pré retenue, qui était retenue c'était une des candidates que moi je n'étais pas favorable à retenir dans le cinq ou six qui restaient. Je lui ai dit d'ailleurs à l'entretien, je lui ai dit écoutez-moi j'étais pas d'avis à vous retenir

vous n'étiez pas au départ... vous ne faisiez pas parti...et finalement j'ai suivi l'avis pour qu'on vous retienne mais il faut que vous me convainquez que c'était le dernier entretien et y a pas de doute, j'ai été totalement convaincu donc oui pour dire la position de l'hôpital on est bien reconnu comme aujourd'hui commun un acteur essentiel et pas clivant et faut faire face à ça je crois qu'il faut pouvoir l'enjeu c'est de pouvoir donner à chacun sa place dans le dispositif et respecter la place de chacun pour c'estes deux mot, donner sa place et respecter le place. C'est à dire que... Si on a du mépris pour une association d'aide à domicile en se disant : « mais qu'est qu'ils font ? » Etc. euh ... Ou ils ont des personnes qui soient pas qualifiées, il faut exiger qu'ils aient des qualifications requises par rapport aux missions qu'ils font. Bien ils ne vont pas avoir des Aides-soignantes et puis à un SSIAD leur reprocher d'être une HAD et il ne faut pas reprocher à l'HAD de ne pas être l'Hôpital lui-même dans ses murs. Il faut savoir que chaque situation a sa contrainte et que chacun là où il est, il acquière des compétences que nous on a pas. C'est à dire à l'hôpital vous avez connu ça dans l'hôpital on ne sait pas ce que c'est le domicile.

AC : y a des cloisonnements...

M.B : y a des tuyaux d'orgue. La question ce n'est pas de vouloir faire ce que font les autres. Moi j'ai défendu qu'on ait un SSIAD parce que si on n'a pas d'encrage dans le champ médico-social tourné sur le domicile alors là on vit chez soi quoi j'ai voulu qu'on aille sur le terrain du domicile si il y avait un gros SIAD et puis une HAD qui fonctionnent bien voilà le lien avec le domicile il ait fait on a pas besoin qu'on y aille Du moment où on s'engage à travailler avec le domicile je trouve que c'est important qu'on soit sur ce terrain-là et il faut pouvoir à l'inverse accueillir les SSIAD voir les auxiliaires de vie dans notre dispositifs quoi..

AC : Comment vous voyez parce que vous me parliez de reconnaissance d'acteur mais euh.. et de ...vous avez parlez d'acteurs de coordination, d'un acteur de coordination ou d'acteurs de coordination au pluriel dans la coordination et quelle coordination ?

M.B : moi je pense que y a deux niveau de coordination, y a un niveau de coordination de proximité sur une situation c'est être capable de se coordonner euh... pour planifier de passage du kiné de l'orthophoniste s'il y a lieu, de l'infirmière, de l'aide-soignant de dire voir des auxiliaires de vie et dire finalement on va intervenir conjointement parce que comme ça moi je ferai la toilette et toi tu pourras faire le lit et le ménage de la chambre ca sa me parait... ou alors on va intervenir séparément parce que il est important que la personne ait plusieurs visites dans la journée ce qui va nous permettre d'assurer une meilleure surveillance de la

personne et puis apporter un peu d'animation dans la journée. Ça s'est le premier niveau de coordination et puis après Ya le deuxième niveau qui est le niveau de coordination d'acteurs autour ; soit de projet soit d'analyse de situations c'est une coordination qui prend plus de recul mais qui est autant nécessaire que... l'une et l'autre sont nécessaires et elles ne requièrent pas du même niveau de compétence.

C'est-à-dire,... on l'évoquait une HAD euh... nous nous ... je le vois bien au niveau de la FNEHAD on voit le euh...on est vraiment au cœur on voit des HAD des professionnels directeurs d'HAD etc qui dirigent très bien l'HAD qui vont très bien diriger et assurer la prise en charge la coordination au domicile des soins etc, par contre n'ont pas une application une légitimité pour coordonner les acteurs pour diriger à l'inverse et puis il peut y avoir d'autres HAD euh... ou et bien le directeur va avoir une légitimité pour coordonner c'est le cas de Bagatelle à Bordeaux, où ils font des choses sur l'aide au aidant ils ont développé des services ou mis en relation leur activité avec d'autres services pour que, il y ait des prestations qui soient assurées c'est la même chose sur l'HAD de Lorient.

AC : et dans cette coordination donc là on est sur une coordination d'acteur et de proximité donc plutôt non plus stratégique...

M.B : Opérationnelle et stratégique

AC : au niveau du parcours patient du parcours de santé... de la PA euh... Comment vous voyez cette coordination dans le parcours pour que....pour qu'il y ait vraiment une continuité et que ce soit un parcours de santé et qu'on ne soit pas dans un parcours de vie parcours de soins.

M.B : Ouais, je crois que c'est vraiment le débat j'ai pas je me pose des questions mais j'ai pas d'apriori je ne crois pas que l'on va guider les gens c'est pas une guidance comme une mise sous tutelle... voilà le passe par contre... c'est à dire comment dire ça euh...je pense pas qu'on puisse dire voilà le 15sept il va au SSIAD voilà a tel moment etc ça peut pas être programmer, c'est pas un dispositif programmé par contre c'est de savoir euh..il faut que chaque acteur sache à un moment donné je vais prendre l'h toute bête c'est l'histoire du patient Alzheimer entre euh... l'Hôpital de jour de psycho gé la consultation éventuellement chez un neurologue, unMédecin traitent, il se pose des questions chez un patient jeune, il va lui dire il faudrait la consultation mémoire euh...ou il va l'envoyer chez un neurologue parce que la personne ne veut pas aller en psychiatrie parce que la consultation mémoire est en psychiatrie. Donc déjà parcours de deux, le neuro va t'il renvoyer sur la consultation

mémoire ? Ou pas, ensuite c'est l'Équipe Spécialisée Alzheimer, ensuite c'est y a-t-il un accueil de jour par exemple pour cette personne mettons qu'elle ait autour de 60 ans, est qu'il y ait un accueil de jour il faut que la pers soit accueilli au fur et à mesure dans la structure qui lui correspond.

AC : comment vous voyez la... l'organisation de ce parcours est ce que vous voyez des outils à la coordination ?

M.B : je crois qu'il y a un outil...je crois un outil mais ça s'est purement personnel c'est complètement intuitif je crois au chemin clinique, je crois que c'est la méthodologie du chemin clinique moi me plait bien c'est de dire est que l'on peut observer le chemin qu'une personne a faite, c'est vrai que déterminer le chemin clinique c'est déterminer le chemin...et qu'on vérifie on peut avoir...on peut regarder si la personne a bien été au bon endroit au bon moment. Et rétrospectivement on peut voir ce qui...ce qui... ce qui a manqué alors là c'est plutôt par la négative c'est par la pédagogie de l'échec ou alors effectivement elle a bien été on est satisfait de la prise en charge au cours de son parcours et c'est bien quoi. De toute façon, y a des choses qui sont inéluctables à un moment donné mais euh...est ce que ça été bien préparé ? Si ça doit aboutir par exemple sur une entrée... une institutionnalisation c'est qu'elle ne se fasse pas dans la précipitation dans la ... c'est tout un parcours sachant qu'il y a des moments... j'étais à un colloque la semaine dernière effectivement c'est ...est ce que c'est un euh... un consentement éclairé je crois que dans le social on n'est pas dans un consentement éclairé. Le sociologue qui était là il disait on est plutôt qu'on est dans un consentement raisonnable on va demander aux gens d'être tjs totalement éclairé raisonnable c'est de savoir où je dois aller. Moi Je crois que c'est compliqué...je travaille actuellement sur la filaire AVC c'est à peu près les mêmes principes on a travaillé sur une présentation y a 2 an ou 3 ans l'axe de ...la PEC en amont c'est-à-dire comment travailler avec les urgences les médecins traitants, les cardiologues qui découvrent un AVC donc une orientation...tout de suite vers la neuro... l'année suivant on a travaillé sur le chemin clinique justement sur les gens qui arrivaient en neuro c'est ce que finalement le parcours avait bien été combien avaient bien respecté , et combien n'avait pas respecté le parcours . L'année dernière on a présenté l'unité neuro vasculaire parce que ça venait de s'installer comment ça fonctionnait et de s'apercevoir et de voir effectivement si les patients...combien y restait de patients qui restaient à qui étaient à une heure quoi.Et puis là cette année on va présenter l'aval de l'aval c'est-à-dire je demande aux SSIAD à l'APF... que sont devenus les patients qui ont été pris en charge à l'hôpital qui sont AVC ou des anciens AVC qui sont aujourd'hui post AVC qui

sont aujourd'hui à leur domicile. et ça je trouve que c'est intéressant parce que Mme le Dr Rosier chef de service de neuro a dit parce que c'est important nous on ne sait pas ce qui se passe après. Donc on ne sait pas ce qui se passe après, je lui ai dit j'ai vu Dr Combe donc rééducation fonctionnelle qui dit nous on sait très bien ce qui se passe après en fait est ce que Mm R elle a besoin de savoir ce qui se passe après oui non... ce qui me semble intéressant c'est que tout le monde ait une vision complète de la filaire. C'est à dire qu'on puisse retravailler après avec le médecin traitant sur la prévention etc... moi je suis convaincu qu'une filaire fonctionne bien si tout le monde sait ce que font les autres et éventuellement... et pouvoir repérer ce que les uns ont besoin réciproquement parce que je suis convaincu que l'Afp et les Siad ont besoin parfois ... pour des situations complexes un apport de les compétences un ergo de la neuro, ou voire, est ce qu'il faut re-consulter la neuro, quand est ce que je peux... quels sont les indicateurs qui vont vouloir qu'il faut qu'on consulte la neuro et inversement je pense que la neuro ou sur un devenir quand on peut travailler sur un projet de patient, c'est important quand on va décider s'il faut une institutionnalisation ou un retour à domicile ou quel type de structure il faut, quel type d'aide et qu'on sache quel est le projet et qu'on ne tarde pas à le mettre en place et à travailler sur le projet.

AC : *Le projet de vie ? Le projet de sortie ?*

M.B : Voila

AC : *et donc là, vous dites que les uns et les autres n'ont pas connaissance et de ce qui est fait et de ce qui a été fait, si je reprends, si j'ai bien compris. Est-ce que vous voyez un outil d'aide à la coordination pour que chacun connaisse ce qui se fait et savoir ce qui a été fait dans le suivi de la personne âgée, l'usager dans son parcours ?*

M.B : Je crois qu'il n'y a pas de Alors est ce que c'est un outil parfait, parce que bon il y a les systèmes d'information, on réfléchit sur le Big Data, des choses comme ça aujourd'hui, Alors moi je crois quand même beaucoup à la ... que le travail doit reposer quand même sur la relation humaine, c'est-à-dire que c'est ... Alors autant je suis vraiment pour les systèmes d'information, là on est en train de mettre en place le DMP en EHPAD, mais je crois que la filière autour du travail en filière, en réseau mais plus en filière, fonctionne sur la confiance réciproque, c'est dire , je dois savoir ce que fait l'autre, et pour pouvoir dire quelle est la confiance que j'ai en l'autre, pour pouvoir lui adresser des patients, notamment, j'allais dire

un neurologue, un psychiatre, un gériatre, c'est dire finalement est ce que je peux ... si je sors quelqu'un ... quand vous étiez en SSIAD, vous saviez quels étaient les services d'aide à la personne, qui étaient compétents, ceux qui ne l'étaient pas, ceux qui avaient des compétences et ceux qui n'en n'avaient pas. Alors après, la question, c'est celui qui n'est pas compétent, comment on lui dit qu'il n'est pas compétent, et comment est-ce qu'on discute avec lui pour qu'il rentre dans le champ ou moi ou vous en l'espèce, je puis confier du moins, proposer l'orientation d'un patient vers lui en toute confiance. Donc ça c'est.... Je crois vraiment à l'humainlà-dedans. Je crois que ça ... heureusement que l'on ne met pas tout en équation et en machine. Donc là, je trouve que la force que l'on a sur le département, c'est d'avoir travaillé sur ce lien humain.

AC : et ça le travail humain, c'est plus au niveau de la table stratégique et au niveau de la table tactique ?

M.B : Les deux

AC : Les deux ?

M.B : Les deux

AC : Et les

M.B : Parce qu'il faut qu'il y ai vraiment.. moi je crois que si, j'allais dire nous les directeurs et les médecins qui vont être a une table stratégique, si on ne dit pas que qu'on ne respecte pas les autre institutions en disant que c'est des cons par exemple, qu'est-ce qu'ils foutent là, ils prennent le fric, ils ont pas de fric ou si on est condescendant ou si on est méprisant ou si on est ... si on s'estime écartés en disant ils ne nous écoutent pas, ce qui est la même chose, c'est la condescendance des autres à notre égard, les gens qui vont aller en table tactique, vont avoir l'impression de prêcher dans le vide, c'est avoir des Renault on veut bien, mais la direction ne veut pas, et à l'inverse si on s'en fout... si les deux s'engagent, ça va aller, je prends par exemple, si les gens qui vont à la table tactique, le fait que nous on soient engagés M.F et moi dans la table stratégique, et qu'on s'y implique, fait que les gens y vont. Sinon, si on n'y va pas ils vont désert. Donc ils y vont, en plus ils s'impliquent, ils sont respectés, ils sont entendus.

AC : Et c'est à travers, ces tables stratégiques et tactiques que les acteurs, à travers leurs relations humaines, est ce qu'ils arrivent à comprendre ce que chacun fait et ce que chacun représente et ce qu'il fait, en tout cas de la connaissance...

M.B : Ca se construit ça

AC : *çase construit ? Doncça, vous voyez ca à part ?*

MB Oui moi je pense que les choses se construisent petit à petit. Je ne crois pas qu'on institue des organisations de façon autoritaire. Que dans ce cas-là, je crois que si on pose des dispositifs autoritaires, il y aura toujours des dispositifs parallèles qui vont se mettre en place, ça c'est clair, c'est de la débrouille, c'est je... moi je l'ai fait déjà des fois en garde, un patient qu'est arrivé aux urgences, que les urgences avaient renvoyé à son domicile, par ce qu'il ne relevait pas de l'hôpital, et des gens de la famille au domicile, avaient fui le domicile, pour que l'ambulancier trouve porte close, en disant comme ça nous on ne le prend plus, parce que on craque. J'ai utilisé, j'étais en garde, c'était un samedi ou un dimanche, j'ai utilisé mon réseau de directeur d'EHPAD, pour discuter avec eux, pour que la personne puisse être accueillie en accueil, en hébergement temporaire sur une très courte durée trois ou quatre jours pour qu'il y ait le temps qu'un projet qui soit établi. Ça c'est la débrouille, ce qui est important c'est que derrière, c'est de pouvoir mettre en place des organisations, parce qu'en fait quel que soit le directeur, il faut que ce dispositif puisse se mettre en place. Il avait pu se mettre en place avec le directeur d'EHPAD, on avait un pacte de confiance, oui, je m'engage à ce que lundi il y ait l'assistante sociale, qui passe et qu'elle se mette toute suite en rapport avec l'assistante sociale du Conseil général, pour que mardi soir, parce que de toute façons, mardi soir, ton hébergement temporaire, j'ai bien compris qu'il était pris par quelqu'un d'autre, qu'était déjà programmé, donc la personne ne pourra pas rester. Et on ne va pas la changer sans arrêts, on ne va pas lui faire faire le tour des hébergements temporaires pendant 3 semaines parce que pour une personne désorientée, ce n'est pas bon. Donc mais ça, si on pas confiance dans les organisations, on aurait pu mettre n'importe quelle organisation, si on n'a pas confiance, les gens ils utilisent leur propre réseau.

AC : *Mais cette personne, si j'ai bien compris c'était quand même une personne d'un certain âge qui était plutôt repérée fragile ou en perte d'autonomie, et qui a certainement un médecin référent et qui arrive aux urgences, est ce que vous pensez que les prototypes PAERPA tels qu'ils ont été décidés pour être étendu, la ça fait deux ans en Mayenne et 3 autres projets vont commencer ou ont dû commencer et ça va s'étendre sur la France entière en s'appuyant sur les structures existantes, vous, au vu de ce que vous êtes en train de me dire, vous pensez vraiment que ce projet arrivera à être pérenne vraiment par la connaissance de chacun et des confiances, des relations humaines ? Pour vous c'est...*

M.B : Pour moi c'est fondamental,

AC : la connaissance du ... s'appuyer sur ce qui existe, et les relations humaines

M.B : Ah oui, alors moi, s'appuyer sur ce qui existe, alors c'est intéressant parce que j'ai rencontré une délégation polonaise qu'était venu là, et en fait on s'aperçoit... on discutait comme ça un peu de la sortie du , des possibilités et tout, et en fait ce que moi je ne mesurais pas, c'est en fait la richesse de l'implication associative qu'on a en France, parce que eux par exemple ils n'ont pas, mis à part certains groupes religieux, il n'ont pas d'organisations associatives de type solidarité, et je crois ... en fait on dit oh làlà toutes les associations qui existent et on va dire il faut mettre de l'ordre là dedans mais à l'inverse, c'est que si on avait pas cette initiative un peu de la société civile, en fait on risquerait de se retrouver comme la Pologne, sans rien. Donc, il faut arbitrer, il y a une richesse de vie sociale, par contre, c'est vrai que c'est le bordel quoi. C'est compliqué, il y avait encore quelques années il y avait 16 associations à Niort. Elles sont encore sept ou huit. Beaucoup ont fusionné, il y a de l'ordre, ça se professionnalise, il y a une incitation à ce que les gens s'organisent, et c'est bien moi je trouve que c'est intéressant, pour nous c'est plus facile, mais effectivement quand vous réduisez le nombre d'associations à quatre cinq six sept ou huit, c'est plus facile à se coordonner, et d'un autre côté les acteurs qui sont à la tête de ces associations, sont plus des professionnels qu'il ne le sont aujourd'hui, qu'il ne l'étaient hier

AC : qu'ils ne l'étaient hier

M.B : ça c'est clair, alors après, moi je regarde la personne qui vous a succédé l'autre jour, qui vous a succédé au SSIAD, elle a été agressée par une association, je lui ai demandé qu'elle me donne, enfin elle ne me l'a pas donné, il faut que je la rappelle, , le directeur d'une petite association qui moi je suis directeur etc... je l'ai rappelé gentiment en disant on doit travailler ensemble, si vous commencez par dire moi je suis directeur, et vous... là c'est mal barré quoi, c'est pas comme ça qu'on travaille quoi, après on peut régler, on peut avancer, avec M. V, on a bien travaillé

AC : on a très bien travaillé, c'était avec son prédécesseur qui était un peu plus difficile à M. V, j' ai rencontré vraiment une difficulté qui était avec son prédécesseur, mais après, je n'ai pas rencontré de difficulté avec les associations.

M.B : le fait de se rencontrer ça simplifie les choses

AC : oui

M.B : c'est-à-dire quelqu'un que vous... les gens par exemple au téléphone, si ils se connaissent- pas, ils s'engueulent, ils peuvent s'engueuler. Si vous avez eu le plaisir de vous rencontrer ou même pas le plaisir, vous vous êtes rencontré, vous vous êtes serré la main, vous dites bon on s'est vu l'autre jour, je vous appelle parce que la ça ne va pas, il faut qu'on trouve une solution, on est intelligent quoi. Jepars sur ce principe la, peut être que c'est vaniteux de dire ça, je pars sur ce principe que l'on a au moins une intelligence partagée.

AC : *donc vous votre...*

M.B : Je ne sais pas si je réponds a vos questions

AC : Vous me donnez des pistes que je me dis je suis encore, je vous expliquerais à la fin, si je trouve cela intéressant, donc vous vous voyez à travers, même s'il y a des directives nationales, il y a besoin vraiment d'une.... Votre priorité serait vraiment sur la relation humaine, je simplifie, mais pour vous c'est que les acteurs de terrain se connaissent, puissent se rencontrer et discuter et apprendre chacun ce qu'ils sont, leur champ dans lequel il travaille, leurs limites

MB :absolument

AC : et qu'ils puissent en ayant la connaissance de tout ça, la coordination pour vous, pourra se créer, et de faciliter parce qu'à travers tout ça quand même il y des patients, il y a des usagers et on ne doit pas nuire à leurs soins et à la qualité des soins donc, la-vous vous avez pu répondre pour cette personne qui est arrivée aux urgences que vous souhaitez que cela se généralise, c'est vrai que vous vous aviez la connaissance du réseau...

M.B : Je pouvais le traiter

AC : Vous pouviez le traiter

M.B : Et ce que moi j'en ai retenu, c'est que ce problème la, il peut se reposer, et si ce n'est pas moi, comment il se traite ? Et la comment il se traite, par contre j'ai commencé à travailler avec des ehpad pour travailler ça et on ne l'a pas formalisé, donc je sais qu'il faut que je le fasse, mais il faut que je le fasse, alors est ce que c'est à moi de le faire ou est-ce que c'est effectivement en appui avec la MAIA par exemple. Ca c'est de se dire finalement...ça c'est une discussion à avoir entre nous voilà, on a un problème, voilà comment on l'a régler est ce qu'on peut se l'organiser territorialement. Je trouve que c'est se trouver un espace pour le

faire...le problème, Y a deux façons de le faire bon bah écoutez l'hôpital le fait ou moi je peux dire je veux bien qu'on le fasse ensemble.

AC : Comment est-ce que vous vous pensez parce que vous avez une connaissance vraiment de ce qui se fait sur le territoire connaissance les acteurs sur les réseaux, un autre directeur n'aurait pas forcément cette connaissance ou un acteur même je prends un médecin traitant qui reçoit... qui est de garde un WE ...qui se déplace chez une pers en situation difficile qui a besoin d'une hospitalisation, il a pas la connaissance de toute son histoire puisque que c'est pas le médecin ...réfèrent il pas la connaissance... il a pas toute votre connaissance, il ne connaît pas les ficelles il peut avoir une vague connaissance de ce qui se fait. Je reviens sur la connaissance des acteurs et ce que chacun fait, comment vous pensez que les personnes qui sont référents du.... qui peuvent avoir en référence des personnes âgées ou des patients puissent avoir connaissance de l'existant et comment il fonctionne ?

M.B : y a deux trois éléments parce que j'ai une autre expérience en tête je vous livrerai parce que c'est comment ça se construit est ce que je sais comment ça va se construire. Oui et non je pense que le DMP peut jouer un rôle important, a à un moment donné si il y a un dossier médical partagé euh il y aura des choses qui se sauront sur... les données médicales voir des données d'ordre paramédical si on documente le DMP au domicile pour que quelqu'un qui perd une autonomie, un SSIAD il ne va pas forcément documenter le DMP un médecin non plus. Bo je crois si euh...euh...j'ai perdu le fil de ce que j'ai dit je pensais au travail que l'on a fait on travaillait avec un dossier avec 4 pôles de santé et service l'oncologie. L'ARS me dit M B y a un appel à projet national pour installer en France 10 infirmières coordination en cancérologie. Alors dans le plan cancer 1 ils ont créé ce type de fonction je crois que c'est une trentaine dans les services de cancer. Et le bilan a l'issue du plan cancer 2, le bilan et de demi-teinte donc on veut expérimenter le même projet mais en implantant les infirmières coordinatrices mais dans des maisons de santé. Alors ça a été sport, moi j'ai vu d'abord les maisons de santé habilitées celles qui viennent d'expérimenter les nouveaux modes de rémunération ou celles qui sont labellisées par L'ARS, donc y'en avait 2 et 2. Quatre maisons de santé j'ai rencontré j'ai discuté toutes partantes. En plus c'était bien parce que sur une d'elle la mutualité a mis a dispo une infirmière coordinatrice. Donc on a travaillé et puis discuté avec les services de cancéro. L'infirmière elle doit être chez nous oui mais... non le projet c'est l'inf chez... elle doit être en maison de santé, nous on ne va pas sortir si on n'a pas, on ne va pas s'appuyer sur infirmière de coordination si on pas autorité sur

elle. Ouais moi j'ai fait le lien avec les maisons de santé euh ... en leur demandant ce qu'ils attendaient autant les infirmières libérales attendent bien ce lien cette information, sur les chimio, le per os, il va y avoir 2 phénomènes il y a une évolution un progrès scientifique qui fait qu'il y a moins de... de chimio invasive nécessitant une hospitalisation, beaucoup plus de per os, de chimio, à domicile et avec une surveillance à domicile. Mais souvent cette activité-là, c'est plutôt les infirmières libérales qui en assurent le suivi que les médecins traitant. Donc le rôle de l'infirmière vers le domicile le service de cancéro c'est vers l'infirmières, en revanche qu'est-ce que les médecins traitant eux ils attendent le lien avec le service de cancéro mais surtout la gestion de certains problèmes sociaux. en disant le patient âgé c'est une relation avec le réseau gériatrie le...le...pour personne jeune c'est éventuellement avec la MDPH c'est avec les services sociaux des caisses etc. parce que des fois y a des situations complexes et qu'il faut plutôt traiter le volet social qui consomme beaucoup temps physique et qui est aussi une charge morale pour le médecin traitant qui finalement peut être soucieux ...je rencontrais quelqu'un qui a des idées noires... une salariée de l'hôpital qui a trois jeunes enfants avec un cancer euh...et seule donc c'était un vrai problème social et pour le médecin traitant qui gère au domicile il a lui... et puis deuxième ...Chez Bergonnier une autre fois à Bordeaux ce qui ressortait c'est que le médecin traitant est souvent impliqué au moment de l'annonce du cancer et puis parfois au moment du suivi de la rémission en disant voilà il faut que vous retourniez voir en êtes ou il a les informations ou alors c'est les soins palliatifs. Entre les deux c'est le médecin traitant n'est pas impliqué. Hors demain, le cancer va devenir de plus en plus une maladie chronique euh... que les gens vont avoir sur une longue période. Avec une période de rémission rechute...donc moi je trouvais très intéressant c'est de dire l'infirmière de coordination quel va être son rôle, j'avais le travail qu'avait fait la pilote MAIA c'est-à-dire le recensement de tous les acteurs et ce qui ressortait c'était qu'il fallait prolonger le travail de la MAIA en remettant dans la connaissance du dispositif tous les autres acteurs pour d'autres parcours donc moi j'ai la conviction que le modèle MAIA que l'on applique aux personnes âgées va être reproductible sur l'ensemble des réseaux sur l'ensemble des filières des pathologies chroniques d'où l'importance de se constituer une infirmière qui va être forcément informatisée partagée un moment donné mais c'est pas n'importe qui qui va se dire se dire là il y a une sortie service à domicile je commande etc. vous livrez quoi ? Est-ce que vous avez des mixes ? Est-ce que vous avez des hyperprotéinées ? Est-ce que vous faites le manger mains ? C'est... y a des gens qui faut qui connaissent ce qui existe des vrais opérateurs de liaison des gens qui passent commande quoi...je pense qu'il faut que ça s'organisent.

AC : il faut que ça s'organise. Ces acteurs de liaisons est ce qu'on peut entendre ces agents de liaisons ces acteurs des coordinations plutôt centrés sur le territoire... qu'il y ait des acteurs de coordination sur plusieurs territoires ?

M.B : Oui moi je pense que chaque territoire, compte tenu de son histoire, de sa géographie euh...de... Vous prenez les Deux Sèvres et la Charentes ces deux territoires ils ont la même population à quelques milliers d'habitants près, la même structure d'âge, et le tissu n'est absolument pas le même. Donc les opérateurs sur la Charentes ...nous en Deux Sèvres, 18 SSIAD avec des capacités maximale de 70 lits, en Charentes doit y avoir trois ou quatre SSIAD avec un SSIAD de la mutualité de 500 lits, 450 lits et un SSIAD ADMR de 300 lits. Ça n'a rien à voir en termes d'opérateur et dans tous les domaines vous avez probablement des opérateurs qui sont en concurrence et rivalité plutôt qu'en complémentarité. C'est vrai qu'ici, c'est vrai que c'est un travail, auquel j'ai contribué de faire en sorte que les gens sortent de la concurrence pour que les gens travaillent ensemble et les gens porteur de ça avec l'Association des infirmières coordinatrices, l'ADIC, heureusement que les gens se voyaient en dehors de leurs institutions, parce qu'au niveau des institution c'était conflictuel les 1^{er} réunion de GCS avec l' ADESSA et l'ADMR je disais stop c'était des volés de bois vert entre les associations on est passé dans une démarche plutôt participative. Je crois qu'il y a du travail de fond quoi, je ne crois pas.... c'est du social dans le social, y a quand même la notion de socialisation. Faut socialiser les relations. On s'adresse à des individus dans une relation humaine et sociale quoi. Voilà ça vous parle ?

AC : Je pense que l'on peut arrêter là. Merci

