Publié par:
REISO.org
REVUE D'INFORMATION SOCIALE

Pour les aînés, un parcours de santé revisité

© Goodluz / Fotolia

Comment préserver l'autonomie des personnes âgées ? Par la coordination des actions sanitaires et sociales. Depuis trente ans, cette réponse peine pourtant à se concrétiser. Un nouveau modèle holistique est développé à Genève.

Par ***Philippe Schaller***, médecin, Arsanté, et ***Stéphane Moiroux***, infirmier coordinateur, EMS Beauregard, Genève

Comment envisager un parcours de santé [1] des aînés cohérent si le système de soins et celui de l'accompagnement social ont développés, en parallèle, des logiques professionnelles, des modèles de formation et de financement différents ?

La réponse semble évidente : par la coordination. Elle répond au besoin d'assurer la cohérence des différentes actions sanitaires et sociales dans un souci d'efficacité. Toutefois, cette évidence se révèle être à la fois un problème et une solution. Les gestionnaires, les professionnels et les usagers mettent beaucoup d'espoir, d'énergie et de ressources pour construire une coordination efficace. La coordination est le maître mot dans la recherche de l'efficience au sein de nos organisations de santé afin de réaliser de manière harmonieuse la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques. Elle monopolise le débat et surtout mobilise l'attention et consomme beaucoup de ressources et de temps.

Pourtant, le constat est amer ! Malgré l'attention particulière portée depuis plus de trente ans sur le besoin de coordination, notre système de santé semble toujours devoir réinventer les collaborations.

La division des tâches ne cesse de se complexifier à mesure que se développent les savoirs et les technologies. Les services sont de plus en plus diversifiés pour répondre aux personnes de plus en plus âgées dont les prises en soins sont de plus en plus complexes. Les nouvelles technologies (télémédecine, objets connectés) nécessitent toujours plus d'habileté et d'agilité. Les institutions et les professionnels s'enchaînent devant la porte du domicile.

Les plaintes sont bien connues. « C'est à chaque fois une autre personne que je rencontre qui ne connait pas mon

Comment citer cet article ?
Philippe Schaller et Stéphane Moiroux, «Pour les aînés, un parcours de santé revisité», REISO, Revue d'information sociale, mis en ligne le 2 septembre 2019, https://www.reiso.org/document/4850

histoire et mes besoins. » Ou « Je ne sais pas à qui m'adresser. »

Difficultés d'accès et de communication, informations déficientes, absence de planification, manques sur les besoins, réponses inappropriées à l'urgence sont autant de lacunes connues qui mobilisent l'ensemble des professionnels. Pour la personne âgée, ce système est un labyrinthe, un véritable parcours du combattant. Pour le système, cette situation génère des surcoûts par défaut d'organisation et l'insuffisante coordination entre les acteurs est à l'origine de redondance, d'examens inutiles et d'hospitalisations évitables.

Lier le cure et le care

Les professionnels de première ligne sont les premiers à déplorer les effets de la fragmentation et du cloisonnement du système de santé et d'aide qui engendrent des difficultés pour coopérer au quotidien. Ils reconnaissent, également, l'impérieuse nécessité de lier le social à la santé : care et cure.

Réussir à rendre un parcours de soins plus cohérent demande une transformation profonde de l'offre de services ainsi que de faire évoluer le modèle de gouvernance de nos institutions.

Le raisonnement par parcours est un des moyens pour assurer la mise en œuvre de soins et d'un accompagnement social continus et adaptés à la personne. L'organisation sanitaire et les professionnels vont s'intéresser à construire un projet de santé personnalisé dans une logique de planification des étapes à franchir, des préventions à envisager, des soins à prévoir pour que la personne suivie puisse se maintenir en santé et à domicile. Les équipes vont avoir à cœur de mobiliser les ressources de la personne et de son entourage. Penser parcours, c'est repenser l'organisation des soins.

Dessiner le «parcours de santé»

Un parcours peut se définir comme la prise en charge globale (cure et care) de la personne âgée dans une région, un quartier défini, avec une meilleure attention portée à la personne et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et en intégrant les facteurs déterminants de santé que sont l'hygiène, le mode de vie et l'environnement social. Ce parcours comprend également la prévention, l'éducation thérapeutique ainsi que l'accompagnement médico-social. L'attention portée à l'ensemble de ces éléments de parcours permet un maintien à domicile réussi.

S'intéresser à la trajectoire des personnes les plus fragiles met en évidence les tensions et les difficultés liées aux transitions entre les soins à domicile et l'hébergement. Si le parcours d'une personne est unique, il est pourtant possible, à l'échelle d'une population, de repérer et organiser des typologies de parcours et d'anticiper ainsi les ressources nécessaires.

Dès lors, il est nécessaire de créer les conditions cadres (organisation, financement) permettant à ce que chaque séquence, chaque intervention de soin soit en cohérence pour assurer la continuité et l'efficacité des soins fournis.

Ceci impose un décloisonnement des frontières administratives, professionnelles et culturelles du champ sanitaire et médico-social. Ceci repose également sur des outils d'échange d'information, des protocoles de prise en charge pour proposer des plans de traitement et imaginer de nouveaux métiers, de nouveaux rôles professionnels.

Malheureusement notre système de santé n'est pas prêt à faire ces mutations. Toutefois, comme le mentionne la dernière publication de la Conférence des Directeurs cantonaux de la Santé : « Des soins de santé axés sur les besoins des personnes malades commencent à petite échelle. Par exemple, en améliorant la mise en réseau et la

coordination entre les parties prenantes. Ce qui est plus facile à dire qu'à faire. En matière de renforcement de l'intégration, le système actuel se heurte en effet à de nombreux obstacles qui vont du financement aux rémunérations, en passant par le management ». Et de conclure : « Les succès obtenus par une stratégie des petits pas sont inestimables : quiconque s'est déjà attaqué à un puzzle connaît la motivation induite par l'assemblage des premières pièces » [2].

Modéliser les pièces du puzzle

Pour tenter d'assembler ces premières pièces du puzzle, il s'agit de développer un modèle plus ciblé, plus pertinent, plus intégré, plus local, plus proche des personnes âgées, plus participatif, plus flexible et plus simple. C'est ce que vise Arsanté [3], organisation genevoise active dans les soins intégrés et l'accompagnement social (Réseau de Soins Delta, maison de santé Cité Générations à Onex, EMS Résidence Beauregard). L'objectif est d'innover et de transformer l'organisation des soins de proximité, d'apporter plus d'autonomie aux patients et de redonner aux professionnels l'envie de participer à la gouvernance du système de santé. La gouvernance est ainsi fondée sur l'autonomie des professionnels, sans relations hiérarchiques, et sur des valeurs éthiques partagées afin d'innover et de changer à petite échelle. Les changements effectués doivent donner de l'expérience pour questionner le système dans son ensemble.

Le modèle d'intervention s'est développé sur une organisation dite agile, avec un management de type holistique et humaniste basé essentiellement sur la motivation rationnelle des ressources humaines. L'équipe de soins et d'accompagnement est de petite taille et elle cherche à impliquer au maximum la personne âgée. Elle possède une grande réactivité face à une situation complexe en raison de l'autonomie de chacun des professionnels. L'apprentissage est itératif et les processus de soins (protocoles formels et informels) sont en amélioration continue selon les besoins d'ajustement aux situations rencontrées. L'interaction entre les membres de l'équipe, la personne âgée et son entourage modélise de manière unique chaque prise en charge. Il existe une perpétuelle adaptation aux évènements et aux particularités des situations complexes (sociales, médicales, techniques, besoins d'hébergement).

Devant la nécessité d'adaptation et de communication instantanée, plusieurs logiciels opérationnels ainsi qu'un outil de type WhatsApp ont été adoptés. Dans ce modèle, la collaboration, la coordination sont des évidences et la continuité des soins devient une préoccupation constante. Satisfaire la personne prise en soins, s'adapter, accueillir favorablement le changement, utiliser de nouveaux outils de communication, faire simple, plus proche, plus pertinent, plus ciblé.

L'importance du portage de repas

Ce puzzle d'interventions et de coordination autour du parcours de santé s'articule également sur une approche quotidienne de proximité et de confiance. Coordonner un parcours de santé nécessite un visuel régulier sur les situations et l'établissement d'un lien interpersonnel entre l'organisation et la personne accompagnée, construit sur un fort soutien affectif. Une activité « simple et quotidienne » peut alors servir de support à la mise en place de ce lien : le portage de repas.

En effet, considérer le portage de repas comme un « rôle social » auprès d'un public fragilisé plutôt que comme un simple service permet de mailler un tissu social communautaire fort (liens de quartier au sein d'une même population fragile) et de poser une base affective et de confiance avec l'organisation et ses professionnels, terreau nécessaire à la cohérence future de l'ensemble du parcours. En contact permanent avec les professionnels en charge de la cohésion de ce parcours, les porteurs de repas, intégrés aux dimension humanistes et agiles de l'organisation permettent d'avoir, de manière professionnelle et adaptée, un retour quotidien sur la situation clinique et émotionnelle des personnes prises en soins.

L'émergence de la fonction de coordinateur de parcours est essentielle au dispositif mis en place. Ce case manager apporte le lien, garantit la continuité des soins et la mise en œuvre d'un programme (plan de soins individualisé et partagé). Il coordonne l'ensemble du parcours de santé et dispose d'une boîte à outils offrant un large éventail de solutions possibles soit à domicile soit en hébergement d'urgence ou de transition. Finalement, il facilite et optimise les interactions entre les prestataires de services des champs sanitaire, médico-social et social.

Un parcours décloisonné

Développer un parcours de santé cohérent assurant l'autonomie nécessite plusieurs adaptations structurelles. En premier lieu, s'ancrer dans la communauté et mutualiser compétences et financements. En second lieu, déroger aux règles de facturation, de tarification en vigueur et décloisonner les rôles professionnels notamment ceux répondant à l'accompagnement social (care).

L'émergence de nouveaux métiers, notamment, celui de coordinateur (gestionnaire) de parcours représente, également, un axe central. Ce nouveau professionnel doit être investi d'une autorité prioritaire et posséder une formation dédiée. Il exerce sur un territoire (quartier) qu'il connait bien et il anime une équipe pluri-professionnelle qui évolue dans un environnement organisationnel agile et autonome.

Ces principes soutenus par les nouvelles technologies de communication développent de manière naturelle et en permanence de la continuité et de la coordination. Les interventions en deviennent adaptées, synchrones, plus simples et se centrent sur les besoins des parcours individualisés de nos aînés.

[1] Les deux auteurs de cet article ont présenté la méthode et l'approche issue d'une collaboration entre Arsanté et l'EMS Beauregard dans un atelier lors de la deuxième édition du Congrès intercantonal sur les enjeux du vieillissement organisé le 6 juin 2019 à Lausanne par l'Institut et Haute école de santé La Source. Compte rendu du Congrès par REISO.

[2] La publication de la CDS en ligne

[3] Le site internet de Arsanté