

CONSEIL DE FILIÈRE

La filière gériatologique doit se réinventer

Dr **Éric KILEDJIAN**

Médecin gériatre  
Centre Hospitalier Lucien Husel  
Plateforme de santé Visage-MRSI  
[e.kiledjian@ch-vienne.fr](mailto:e.kiledjian@ch-vienne.fr)

**Océane COCHET**

Assistante de filière  
04 58 17 17 31  
[o.cochet@mrsi.fr](mailto:o.cochet@mrsi.fr)

**Virginie GIRAULT**

Assistante sociale CH Vienne  
Plateforme de santé Visage-MRSI

**Isabelle CALARD**

IDEL, CPTS Vienne

**Jérôme FOURCADE**

Directeur ADPAH

**Pauline SCHECK**

Directrice de Mamie Paulette

**Pauline SENS**

Directrice Ehpad V. Hugo

**Elise SEVERI**

Directrice SIAD Vienne

Des évènements traversés depuis quelques années dans le champ du soin à la personne âgée ont été contemporains d'une dégradation de la dynamique de coopération sur notre territoire entre les professionnels, services, établissements. Le trio d'animation de la filière s'est d'abord rapproché d'un certain nombre d'autres filières de la région Rhône-Alpes, pour y retrouver la même tendance, puis deux réunions ont été organisées avec les animateurs des 4 filières en Isère. Parallèlement un conseil de filière a été constitué pour accompagner une étape « de labourage et de réamorçage », à savoir un diagnostic territorial partagé.

**Appel à la sociologie clinique**

Le contexte particulièrement défavorable au regard des « manques » nous a poussé à préférer une approche qualitative selon les principes de la sociologie clinique dont la méthode d'enquête repose sur des entretiens semi-directifs individuels ou en petits groupes homogènes, pour l'observation d'un *phénomène* constitué d'*évènements* dont l'organisation complexe compose une *crise* :

1. **Le phénomène** est donc le constat d'un désamorçage des coopérations dans le champ de la gériatologie, voire d'un repli. C'est ce phénomène que le diagnostic territorial a pour objet de décrire à la dimension de notre territoire.

2. **Les évènements** ou cascades d'évènements sont presque exclusivement des faits de portée nationale, mais peut-être d'autres évènements auront une dimension géographique plus restreinte. Ceux qui sont évoqués le sont à la suite des premières consultations, cette liste est donc encore soumise à l'approximation :

- La crise sanitaire en 2020-22 demeure une somme de faits majeure, avec la surcharge et le débordement de l'offre de soins hospitalière, la peur mortelle pour les soignants d'être en première ligne, la confrontation massive à la mort, premièrement des patients et souvent dans des conditions difficiles, la réorganisation de l'accès à l'hôpital privilégiant la régulation par les urgences, les confinements et les nécessités de distanciation sociale au travail, la dégradation des atmosphères de travail, des directives contraignantes ayant bousculé les valeurs professionnelles de nombreux acteurs.
- La « grande démission » dans le milieu de la santé, qui a mis à jour de nouvelles relations au travail et des postures de défiance vis-à-vis des hiérarchies et des procédures, une qualité de vie au travail qui est d'autant plus une aspiration qu'elle est très dégradée au regard des aspirations des professionnels.
- Les vacances de postes et des recrutements parfois qualitativement dégradés dans de nombreux services et institutions, tels que les SAAD, les SIAD, les Ehpad et les établissements de santé. Les difficultés d'accès aux médecins généralistes tout particulièrement, pour tous les actes, programmés, urgence et à domicile. Un mouvement similaire pour les kinésithérapeutes libéraux, impactant surtout les patients âgés car la rééducation à domicile est désormais exception.

- La crise de confiance dans la gestion financière de certains groupes privés d'établissements comme les Ehpad, pourrait-elle nourrir la défiance des usagers vis-à-vis des établissements d'hébergement et de soins ?
3. **La crise** est probablement révélatrice et aussi déclencheuse, elle n'est pas spécifique du champ de la gériatrie mais son impact y est plus important. Ira-t-on vers une régression de cette crise *statut quo ante*, ou bien une transformation ? Quoi qu'il en soit elle semble devoir durer plusieurs années si bien qu'il n'est pas acceptable d'attendre sa résolution pour reprendre des réflexions et des coopérations dans une animation territoriale.

### **Quelque chose de partagé entre les professionnels, les patients et les aidants**

D'emblée, émerge une triade d'interdépendance, à la faveur de la crise du système de santé :

- Pour les *patients dépendants* il s'agit d'une plus grande difficulté d'accéder aux soins et aux aides.
- Pour les *proches aidants*, un fardeau accru à cause du manque de disponibilité de nombreux services à domicile. Ils sont sur-sollicités et insuffisamment soutenus, poussés à la résignation.
- Pour les *professionnels de santé* une tension, faite de frustration voire de souffrance, par l'incapacité conjoncturelle de répondre normalement aux nécessités de santé publique.

Cette crise rapproche patients, soignants et proches aidants et nous oriente vers la nécessité d'un soutien multifocal. Il y a quelque chose de partagé entre les professionnels, les patients et les aidants.

Parmi les deux premiers termes, on identifie *le groupe des (in)visibles*, au risque d'être exclus des soins : ces personnes âgées dépendantes ne bénéficient presque plus de consultations médicales à domicile, n'ont parfois pas de médecin traitant, peu d'aides à domicile et de soins infirmiers, recourent au service d'urgence avec retard et sans courrier du médecin traitant. Leurs proches aidants sont poussés à la résignation, ils sont globalement silencieux – mutiques par sidération ou par fatalisme –. Ces personnes âgées pèsent néanmoins dans une sorte d'inertie, la gestion des sorties d'hospitalisations est d'autant plus laborieuse, les ré-hospitalisations précoces sont en augmentation ce qui est un marqueur défavorable ; ceci est un exemple d'explicitation du terme ambivalent : invisibles ou trop visibles selon les temps.

### **La promotion de valeurs cardinales**

On le comprend aisément, à la frustration doit correspondre un vrai projet de soutien, la connaissance mutuelle et la coopération pour des valeurs partagées nous paraissent prioritaires. Ces valeurs cardinales de l'approche des propositions à développer consisteraient à s'approprier *une éthique du care dans la coordination*. Cette éthique engloberait donc les professionnels dont il faut désormais prendre soin. Il pourrait s'agir de se soucier de la condition de « patient – proche-aidant – professionnel », de s'engager, de recevoir une considération. Ainsi, nous tenons l'exigence de :

- Se placer dans une perspective de soutien, de bienveillance et de respect entre les acteurs professionnels ou non.
- Faciliter les rencontres et le dialogue, avec l'enjeu de (re)faire connaissance.
- Être prêts à des approches ouvertes, transversales, créatives.

Dr Eric KILEDJIAN et le conseil de filière