



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Coordination des acteurs de santé
autour des personnes âgées en
territoire de santé n°5 (Ille et Vilaine)
: vers une filière gérontologique ?**

Estelle MARLOT

Remerciements

Je tiens ici à adresser mes plus sincères remerciements aux médecins des équipes mobiles de gériatrie et aux directeurs des ex-hôpitaux locaux, qui, au sein du territoire 5, en Ille-et-Vilaine, ont accepté de me recevoir et de m'apporter leurs si précieux témoignages, nourris de leurs expériences.

Je souhaite également saluer le mérite du professeur Jacques Orvain, épidémiologiste à l'EHESP, qui a accepté, en sa qualité de directeur de mémoire, de me guider dans l'élaboration de ce document.

Je remercie chaleureusement le Professeur Dominique SOMME, chef de service de médecine gériatrique, ainsi que Mme Frédérique BOUTHOU, directrice déléguée au pôle de gériatrie, pour les conseils utiles et éclairés qu'ils m'ont donnés au moment de débiter la réalisation de ce mémoire.

Enfin, il me tient ici à cœur de souligner que, sans l'aide de M. Guillaume LAURENT, Directeur des ressources médicales et des coopérations au CHU de Rennes, il m'aurait été impossible d'organiser, avec autant d'aisance et de facilité, l'ensemble des entretiens qui ont donné matière à ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1. Contexte général	5
1.1 La filière gériatrique ou l'institution d'un réseau sanitaire structuré autour de la personne âgée	5
1.2 Les EMG sont en théorie des interfaces entre les services de l'hôpital, les EHPAD et les médecins de ville.....	9
1.2.1 Les principes d'organisation et d'intervention des équipes mobiles de gériatrie sont définis avec précision par les circulaires de 2002 et de 2007.....	9
1.2.2 D'après les constats dressés au plan national, il apparaît que les EMG sont des unités en pleine expansion mais que leur fonctionnement reste hétérogène tant du point de vue de leurs missions, que de celui de leur organisation.....	11
1.3 Les Centres Hospitaliers ex-Hôpitaux Locaux sont des structures passerelles entre les acteurs extra-hospitaliers d'une part, et les autres établissements de santé, d'autre part	14
1.3.1 Les hôpitaux locaux sont des petits établissements ruraux, dépourvus de plateau technique, accueillant majoritairement des personnes âgées issues de leur région d'implantation	14
1.3.2 Au carrefour de tous les acteurs présents auprès des personnes âgées, les CH ex-HL réalisent leur mue tant au plan financier qu'au plan organisationnel	15
1.4 Méthodologie employée pour évaluer les potentialités des EMG et des CH ex-HL en matière de coordination	18

2. Observations et résultats	19
2.1 Les filières gériatriques du territoire de santé n°5 : un développement tardif, inachevé et sous « perfusion étatique »	19
2.2 Les équipes mobiles de gériatrie du territoire n°5 présentent des organisations peu structurées dont le champ d'action déborde difficilement le secteur sanitaire.....	23
2.3 En territoire de santé n°5, il existe un grand nombre de CH ex-HL dont le positionnement ne cesse d'évoluer pour prendre en compte leur environnement..	30
3. Analyse et conclusions	36
3.1 Les EMG et les CH ex-HL sont assez complémentaires : les unes disposent de compétences sans la structure, les autres sont des structures manquant de compétences	36
3.1.1 Les EMG ont encore du mal à trouver leur place dans le paysage hospitalier alors qu'elles présentent de grandes potentialités en termes de fluidification du parcours et d'acculturation des acteurs.....	36
3.1.2 Les centres hospitaliers ex-HL rencontrent des sources de dissension culturelle en interne mais demeurent, malgré cela, de puissants activateurs de réseaux locaux	40
3.2 Pour améliorer la fluidité du parcours de soins de la personne âgée, il convient d'articuler différemment les domaines de prédilection respectifs de ces organisations.....	45
3.2.1 Rééquilibrer l'intrication des différentes dimensions au sein de chacune de ces organisations.....	47
3.2.2 Exploiter les atouts de ces structures en articulant leurs complémentarités	49
3.2.3 Mieux articuler leurs actions communes avec celles des acteurs extra-hospitaliers	50

Conclusion.....	52
Bibliographie	I
Liste des annexes	IV

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CH ex-HL	Centre Hospitalier ex-Hôpital Local
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat local de santé
CNPS	Centre National de Prévoyance Sociale
CODEM	Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
CTS	Contrat Territorial de Santé
D3S	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DH	Directeur d'Hôpital
EHESP	Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EMS	Equipe Médico-Sociale
EPS	Etablissement Public de Santé
ETPT	Equivalent Temps Plein Travaillé
FIGAR	Filière Inter-hospitalière de Gériatrie dans l'Agglomération Rennaise
GVT	Glissement Vieillesse Technicité
HAD	Hospitalisation À Domicile
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstrétrique
PRS	Projet Régional de Santé
PU-PH	Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
SPH	Service Public Hospitalier
SPTS	Service Public Territorial de Santé

SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD	Services des Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suites et de Réadaptation
T2A	Tarifification À l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

D'après l'Observatoire national de la fin de vie¹, une personne âgée meurt toutes les quarante minutes aux urgences dans des conditions d'accueil qui ne sont pas toujours celles qui conviennent à la fin de vie. Toute personne visitant ce service à l'hôpital ne peut qu'être frappée, en effet, par l'omniprésence des personnes âgées qui y sont accueillies. D'après les chiffres officiels², ces dernières représentent actuellement un tiers des séjours et plus des deux tiers des admissions non programmées à l'hôpital.

Les séjours nombreux et prolongés des personnes âgées à l'hôpital s'expliquent par la complexité des pathologies qui les frappent. En effet, selon l'INSEE, les personnes de plus de 80 ans, déclarent en moyenne 8 maladies et sont davantage touchées que les autres classes d'âge par les maladies chroniques (cancer, diabète, maladies respiratoires etc). En conséquence, le sujet âgé est un gros consommateur de médicaments, ce qui entraîne pour lui de plus grands risques en matière d'iatrogénie médicamenteuse. Chez un sujet âgé fragile de +75 ans, un facteur mineur comme une pathologie relativement bénigne ou un stress extérieur est en outre susceptible de déclencher des maladies sévères et une perte d'autonomie fonctionnelle. C'est pourquoi dès les années 1970, la médecine s'est organisée afin de faire face aux défis posés par les caractéristiques propres du sujet gériatrique en créant, en son sein, une spécialité gériatrique³.

Cet afflux considérable de patients âgés, voire très âgés, dans les services hospitaliers ne fait par ailleurs que refléter, de façon grossissante, le phénomène actuel de vieillissement massif de la population française résultant de l'allongement de l'espérance de vie. La Bretagne ne fait pas exception à cette règle puisque l'indice de vieillissement⁴ y est de 75,3 et qu'elle compte, en 2008, une population âgée supérieure à 300 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Le territoire de santé qui concentre le plus grand nombre de personnes âgées de cette catégorie est le territoire de santé n°5. Toutefois, cette surreprésentation de personnes âgées est contrebalancée par la présence en grand nombre de personnes de moins de 20 ans. C'est pourquoi l'indice de vieillissement caractérisant sa population y est en effet relativement bas (57,2) tandis que la part des

¹ Observatoire national de la fin de vie, 2012, « Vivre la fin de sa vie chez soi », Rapport.

² BAS P., 27 juin 2006, « Plan solidarité grand âge », p. 28.

³ ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, Rapport de l'IGAS, « Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins », Mai 2005

⁴ L'indice de vieillissement est, d'après la définition admise par l'INSEE, « le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 60 ans ou plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées ».

personnes âgées dans la population totale s'élève à 17,5%, ce qui reste inférieur au chiffre de 22,5% relevé dans le reste de la région. La population vieillissante de ce territoire demeure en outre concentrée autour des centres urbains de Rennes et de Fougères, comme en atteste la carte jointe en annexe n°1. Si leur proportion est moindre au sein du territoire n°5, les personnes âgées y connaissent néanmoins une augmentation plus forte que dans le reste de la région, puisque celle-ci se monte à 1,8% contre 1,6% au plan régional.

Le directeur d'hôpital ne peut aujourd'hui se désintéresser des patients âgés accueillis au sein de son établissement, car ces derniers représentent un nombre sans cesse grandissant de patients hospitalisés. L'IGAS confirme ce point de vue en soulignant que l'évolution de la pyramide des âges entraîne "une augmentation de l'activité hospitalière"⁵. En effet, selon les analyses conduites par cette institution, l'évolution globale des séjours des plus de 80 ans se situe autour de +5% par an, entre 2009 et 2011, contre seulement 1,3% au global. Elle précise que « l'impact de la tranche d'âge sur l'évolution de l'activité est d'autant plus marquée en MCO ».

Mais, ces évolutions à la hausse des volumes d'activités hospitalières demeurent coûteux pour la société : les dépenses injustifiées générées par des hospitalisations inutiles ou inadaptées de personnes âgées représenteraient en effet une perte annuelle de 2 milliards d'euros, d'après les estimations chiffrées du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁶. Il appartient donc aux acteurs de la filière de soins gériatrique de trouver des solutions en amont et en aval de l'hôpital, susceptibles de prévenir et d'éviter les hospitalisations de cette nature.

L'enjeu financier réside également dans la capacité collective à retarder la perte d'autonomie fonctionnelle dont le coût global annuel est aujourd'hui estimé à 20 milliards d'euros. Il apparaît donc essentiel de parvenir à en limiter la progression notamment si celle-ci est fortement liée à des ruptures de parcours inhérentes au système de santé français. En effet, il a été démontré que « l'hospitalisation peut présenter un risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie »⁷.

Aujourd'hui la population gériatrique, en raison de son nombre croissant et de la complexité de ses pathologies, n'a donc jamais été autant au cœur du système de santé

⁵ MORET A., « L'Igas mise sur l'optimisation des parcours de soins pour réduire les dépenses imputables aux âgés », in HOSPIMEDIA, 10/03/14

⁶ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « Assurance maladie et perte d'autonomie », rapport adopté le 23 juin 2011, p.55.

⁷ BAS P., 27 juin 2006, « Plan solidarité grand âge », p. 28.

français et participe régulièrement à sa remise en cause en posant notamment la question de la coordination des différents acteurs présents autour d'elle. Les pouvoirs publics ont répondu à cette question de différentes façons depuis les années 70. Aujourd'hui, sous l'influence des réflexions liées au parcours de soins, les solutions préconisées recourent toutes la notion de filière de soins ou, autrement dit, celle de la structuration sur le territoire de l'offre de soins au moyen de la graduation, de la complémentarité et de la coordination de l'offre⁸.

Cette notion de filière gériatrique est une première étape à franchir avant la constitution, en la prenant pour support, d'un réseau plus large englobant les acteurs de l'aide à domicile (CLIC, SSIAD, aides ménagères, équipe médico-sociale, ADMR etc...), les acteurs du soin de ville (professions libérales de santé), et les acteurs médico-sociaux (EHPAD). Ce réseau, élargi, porte souvent le nom de filière gérontologique⁹.

La question qui se pose assez rapidement face à une telle problématique est donc de savoir quelles peuvent être, au sein de la filière gériatrique, les composantes dont les qualités intrinsèques les prédisposent à jouer ce rôle de passerelle entre les deux filières. Il est important que le directeur d'hôpital identifie ces acteurs clés de façon à s'appuyer sur eux pour élargir à de nouveaux acteurs la prise en charge coordonnée des personnes âgées et en améliorer ainsi la qualité finale. À cet égard et après analyse, il apparaît que deux entités sanitaires jouent actuellement un rôle clé en matière de coordination des autres acteurs et de structuration du parcours de soins des personnes âgées : l'ex-hôpital local d'une part, et les équipes mobiles de gériatrie, d'autre part. En effet, ces deux entités ont pour point commun de jouer un rôle d'interface et de plateforme entre les services internes et l'environnement de l'hôpital. C'est pourquoi elles apparaissent, à première vue, comme des sujets d'étude intéressants.

Afin de connaître précisément leur rôle, leurs atouts et leurs faiblesses en matière de coordination, le choix a donc été fait d'aller à la rencontre de ces acteurs en vue de recueillir leur expérience et de comprendre leurs représentations sur les questions relatives aux articulations à trouver entre des acteurs locaux complémentaires, mais fonctionnant, parfois, selon des règles et des logiques différentes.

Après avoir rappelé le contexte général dans lequel évoluent les EMG et les CH ex-HL (I), il sera fait une présentation des résultats auxquels a abouti ce travail d'observation et

⁸ ARS Bretagne, Projet régional de santé, Schéma d'Organisation des Soins, 2012-2016, p. 296 et suivants

⁹ ARS Bretagne, Projet régional de santé, Les prises en charge transversales au SROS et au SROMS, p. 172

d'écoute, en insistant plus particulièrement sur les caractéristiques propres à chacune de ces deux entités sur le territoire de santé n°5 (II). En fonction de l'étude du contexte local et des potentialités de ces deux structures, diverses préconisations tendant à améliorer le parcours des personnes âgées pourront être envisagées (III).

1. Contexte général

Les filières gériatriques, de par l'esprit que leur insufflent la réglementation, doivent pouvoir s'appuyer sur des structures d'interface solides pour poursuivre leur actuel développement (1.1). Parce qu'ils jouent précisément ce rôle, les équipes mobiles de gériatrie (1.2) et les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (1.3) peuvent dès lors être considérés comme des composantes stratégiques au sein de ce parcours, constituant autant de sujets d'étude intéressants (1.4).

1.1 La filière gériatrique ou l'institution d'un réseau sanitaire structuré autour de la personne âgée

La coordination des acteurs autour de la personne âgée a toujours été au cœur des politiques publiques de santé. Au gré des circulaires, celle-ci est passée du statut de la coordination institutionnelle des acteurs à celui de réseau. Face à un échec relatif de cette dernière forme de mise en synergies, le réseau a été articulé autour des services gériatriques de l'hôpital pour ne former qu'une seule filière de soins.

Depuis les années 1960, en France, **on assiste à une mise en valeur de la coordination dans les politiques publiques.** Celle-ci a pris différents visages tels que l'intercommunalité, la politique de la ville, l'aménagement du territoire, ou encore la planification sanitaire et sociale. Ce succès tient au fait que les pouvoirs publics espéraient par ce moyen améliorer la gestion de ressources devenues moins abondantes et répondre aux attentes égalitaristes de la société civile. La coordination prend des formes différentes selon qu'elle porte sur un système de relations libres ou organisées. Sur le marché économique par exemple, elle résulte de l'ajustement mutuel des comportements en fonction de l'offre et de la demande. Au sein d'une organisation, elle est en revanche subordonnée à une production collective. Aussi, elle ne peut, dans ce cadre être invoquée sans référence à des objectifs communs qui lui confèrent légitimité et pertinence. C'est ce que traduit Robert AXELROD, spécialiste de la théorie des jeux, lorsqu'il indique que « pour favoriser la coopération entre les membres d'une organisation, il faut structurer les rapports de sorte qu'il y ait des interactions fréquentes et durables entre les individus donnés »¹⁰. Plus généralement les sciences du management, notamment dans le secteur de la santé, ont mis en lumière qu'il était possible de mobiliser

¹⁰ R. AXELROD, « Comment réussir dans un monde d'égoïstes ? » cité dans MUNIER-DUBOIS N., 2004, « La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille-et-Vilaine, les conditions de sa réussite et de sa continuité : une complicité de compétences au service des personnes âgées dépendantes », mémoire pour le diplôme supérieur en travail social : école de service social de la CRAMIF, Université Paris XIII, page 18

trois formes différentes de coordination : la subordination hiérarchique, l'incitation économique et l'adhésion aux objectifs (**Denis 2010, Spencer 1994**). La première mention de la coordination gérontologique figure dans le rapport Laroque relatif à la « politique vieillesse », publié en 1962. Elle est portée par l'Etat et fait donc appel à deux déterminants traditionnels de la coordination à savoir la subordination hiérarchique et à l'adhésion à des objectifs communs. Suite à la parution de la circulaire du 29 juin 1981, le lien de subordination hiérarchique se distend puisqu'il revient aux collectivités locales de jouer le rôle de coordonnateur dans le cadre des lois de décentralisation. Si elle se rapproche du terrain, cette dernière continue cependant de relever d'un pouvoir incarné par une institution, qu'elle soit centrale ou décentralisée.

À partir des années 90, **on observe un transfert du pouvoir au profit du réseau**, ce qui revient à confier la responsabilité de la coordination aux acteurs eux-mêmes. En effet, en favorisant les réseaux, les pouvoirs publics attendent d'eux qu'ils formulent un projet commun et qu'ils articulent leurs pratiques dans l'intérêt des usagers (Leboeuf 2001). Il faut rappeler que le réseau est un mode d'organisation sans hiérarchie, aux incitations économiques faibles, fondées essentiellement sur l'adhésion des acteurs à des valeurs communes et aux objectifs de l'organisation. L'affirmation du réseau, par opposition à une organisation plus centralisée et hiérarchisée, est peut-être née en réponse à un environnement économique devenu plus concurrentiel. En effet, selon les chercheurs Hervé SERIEYX et Hervé AZOULAY¹¹, « Plus l'environnement devient évolutif, concurrentiel, imprévisible, plus se révèlent importantes les capacités de souplesse, de réactivité, de multiplication des intelligences en tant que facteurs d'innovation, et plus il devient nécessaire de « mettre du réseau dans sa pyramide » ». Dans tous les cas, plusieurs circulaires publiées dans les années 90 lui reconnaissent un rôle essentiel en matière de coordination et de maîtrise des dépenses de santé. En effet, conformément aux termes de la circulaire CNAV du 6 avril 1993 n°38/93, la coordination doit désormais être assurée par des réseaux gérontologiques répondant à un cahier des charges défini par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse en contrepartie de l'octroi de financement. Les ordonnances du 24 avril 1996 viennent ensuite reconnaître un rôle majeur aux différents types de réseau dans la maîtrise des dépenses de santé. Enfin, la consécration des bienfaits du réseau en matière de coordination sera poursuivie par la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux. Cette dernière définit, en effet, les grandes règles de fonctionnement propres au réseau et propose un cahier des charges type, en vue de leur application pratique.

¹¹ Hervé SERIEYX et Hervé AZOULAY, « Mettez du réseau dans vos pyramides », 1996, cité dans MUNIER-DUBOIS N., 2004, « La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille-et-Vilaine, les conditions de sa réussite et de sa continuité : une complicité de compétences au service des personnes âgées dépendantes », mémoire pour le diplôme supérieur en travail social : école de service social de la CRAMIF, Université Paris XIII, page 21

Cependant, les réseaux ne tiendront pas toutes leurs promesses notamment en matière de maîtrise des dépenses de santé. Au plan national, les représentants de la CNSA ont jugé que ces derniers n'avaient « pas réussi à intégrer » les secteurs sanitaires et médico-sociaux, en demeurant trop centrés sur « la médecine de ville et l'hôpital »¹². Par ailleurs, leur développement effréné peut conduire à rendre la prise en charge des personnes âgées totalement illisible et opaque, transformant, par effet de ricochet, l'offre diversifiée en un frein plutôt qu'en une richesse.

L'échec relatif des réseaux à remplir leurs objectifs en matière de coordination entre la ville, le social et l'hôpital conduit, dès le début des années 2000, à un retour de balancier en faveur **d'une nouvelle forme institutionnelle de coordination des acteurs**.

Tout d'abord, la coordination va trouver à s'incarner dans une nouvelle institution : le Comité local d'information et de coordination, institué par la circulaire de juin 2000. Celle-ci réintroduit en effet une focale au sein des réseaux existants, en mettant l'accent sur les partenariats et les conventions que ces structures doivent développer avec les différents intervenants. Puis, c'est au tour des établissements publics de santé d'incarner la coordination institutionnelle des acteurs autour de la personne âgée. Celle-ci est introduite par la circulaire DHOS/DGS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique qui trace les voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques. Comme l'indique le préambule de ce texte, « cette évolution repose sur un renforcement de l'accès aux soins de proximité, le choix de filières courtes, s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique et l'amélioration de réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. À tous ces niveaux, l'accent est mis sur une articulation ville-hôpital. ». Au cœur du dispositif se trouve donc la filière courte d'hospitalisation qui comprend :

- Un court séjour gériatrique¹³
- Des admissions directes des personnes âgées en gériatrie sans passer par les urgences
- Des équipes mobiles gériatriques (EMG)¹⁴

¹² G. POUTOUT « Articulation des filières gériatriques et des réseaux de santé », Centre National de l'Expertise Hospitalière, page 22

¹³ Définition du court séjour gériatrique donnée par le conseil national professionnel de gériatrie : « L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. » p. 102 du référentiel métier

¹⁴ Définition des équipes mobiles de gériatrie donnée par le conseil national professionnel de gériatrie : « Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs, les MAIA et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins

- La prise en charge des patients gériatriques relevant aussi de la compétence psychiatrique.

L'organisation du parcours de la personne âgée à travers la filière gériatrique s'élargit en 2007 à la notion de prise en charge continue entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. La solution trouvée en ce sens consiste à structurer l'offre territoriale présente autour des anciens hôpitaux locaux en s'appuyant sur la filière de proximité. C'est pourquoi, à cette date, les hôpitaux locaux ont été invités à intégrer les filières gériatriques hospitalières en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques.

En englobant les anciens hôpitaux locaux, la filière gériatrique s'est d'une certaine manière « médico-socialisée ». En effet, ces établissements sont dépourvus de plateau technique mais offre une prise en charge de proximité, répondant aux besoins sociaux et médico-sociaux du patient. Les intégrer dans une filière sanitaire hyper-équipée montre que l'approche à l'égard du parcours de soins des personnes âgées s'est étendue à la prise en compte de leur environnement.

Par ailleurs, l'articulation entre les différents services de santé spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées est précisée au sein de la filière gériatrique puisque celle-ci s'entend désormais comme le regroupement et la mise en synergie de différentes composantes. En effet, selon les termes de la circulaire de 2007¹⁵, une filière est « une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont :

- le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière,
- l'équipe mobile de gériatrie,
- l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique,
- les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques)¹⁶,
- les soins de longue durée¹⁷.(USLD)

non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé » p. 119 du référentiel métier

¹⁵ Circulaire DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques NOR SANH0730182C, Sous-direction de l'organisation du système de soins / Bureau de l'organisation régionale / des soins et populations spécifiques (O2), partie 1

¹⁶ Définition donnée du SSR par le conseil national professionnel de gériatrie «Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient. Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible. » p. 106 du référentiel métier

¹⁷ « Les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. » arrêté du 12 mai 2006

L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement. »

Le parcours de la personne âgée entre ces différentes composantes peut être représenté de façon schématique. Généralement, la personne âgée entre à l'hôpital par les urgences. Si le problème n'est pas particulièrement aigu mais qu'il n'a pu être traité au sein de l'établissement hébergeur faute de personnel médical sur place, l'EMG la renvoie vers cet établissement en programmant au préalable une consultation gériatrique en hôpital de jour pour faire un bilan de la situation sanitaire de la personne. Si le patient présente un problème médical aigu, il est orienté par l'EMG vers le court séjour gériatrique. Une fois que cette période aiguë a trouvé son terme, le patient est transféré vers un SSR ou une USLD dès lors que pathologie présentée nécessite encore une surveillance médicale continue ainsi qu'un accès à un plateau technique de soins. À ce stade et en fonction de l'endroit où vit le patient, les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux prennent souvent le relais des centres hospitaliers de référence. Il arrive même que le patient suive le même parcours sans passer par les urgences en étant directement admis dans le service de médecine de l'hôpital local. Après que son état a été stabilisé en SSR, le patient peut rejoindre un EHPAD ou son domicile en fonction de son degré d'autonomie. En aval de ce parcours, les deux passages critiques sont, d'une part, la sortie du court séjour vers le SSR et d'autre part, la sortie du SSR vers l'EHPAD, faute de places suffisantes dans ces deux unités respectives de prise en charge.

Les EMG et les CH ex-HL semblent donc jouer un rôle particulier au sein de ce parcours. Pour s'en convaincre, il va être procédé à une analyse institutionnelle et réglementaire des rôles que jouent chacune de ces deux entités au sein du parcours de la personne âgée afin d'identifier quels peuvent être les axes d'étude à privilégier à leur endroit.

1.2 Les EMG sont en théorie des interfaces entre les services de l'hôpital, les EHPAD et les médecins de ville

1.2.1 Les principes d'organisation et d'intervention des équipes mobiles de gériatrie sont définis avec précision par les circulaires de 2002 et de 2007

Circulaire du 22 mars 2002 : naissance des équipes mobiles de gériatrie

La première mention des équipes mobiles de gériatrie apparaît dans la circulaire du 18 mars 2002. Comme il l'a été dit précédemment, cette circulaire met l'accent sur la mise en place d'une filière courte et, en ce sens, porte une plus grande attention à toutes les

structures et acteurs qui permettent un accès renforcé à des soins de proximité. Au cœur du dispositif, la filière courte s'appuie notamment sur des équipes mobiles de gériatrie dont la cible est le patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique, psychique, ou sociale et qui ne relève pas des services de spécialité d'organes. La circulaire préconise à ce stade, d'instituer des EMG dans chaque CHU et CHR ou bien dans tout établissement justifiant d'une forte activité dans le domaine gériatrique. Cette circulaire ne fait état que des missions intra-hospitalières des équipes mobiles de gériatrie alors qu'elle insiste par ailleurs sur une logique de travail en réseau et d'ouverture à l'égard des partenaires extérieurs.

Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 : extension de leur champ d'action

La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique rappelle que l'équipe mobile de gériatrie constitue une des composantes incontournable de la filière de soins destinée aux personnes âgées.

La définition qu'en donne l'annexe III de la circulaire précitée est la suivante : « Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé».

L'annexe III de la circulaire précitée prend soin de définir la place de l'EMG au sein de la filière. Selon ses termes, celle-ci doit en effet être « adossée au court séjour gériatrique ». Elle n'intervient qu'à la demande des services, qu'ils soient internes (services de spécialités) ou externes (EHPAD, médecins libéraux). Le texte précise que « la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant. » Cela signifie concrètement que les médecins de l'EMG ne peuvent prescrire de traitements aux personnes âgées pour lesquelles ils donnent un avis. De même, la sortie du patient s'effectue sous la responsabilité du médecin du service d'hospitalisation, en tenant compte, si possible, des recommandations faites par l'EMG. Dans les faits, le courrier de sortie envoyé au médecin traitant n'est pas rédigé par l'EMG, ni même consigné par elle, ce qui peut faire obstacle à ce que ses recommandations soient bel et bien suivies d'effets.

Compte tenu de ce périmètre d'actions, l'équipe mobile de gériatrie a pour **mission** de réaliser des évaluations gérontologiques, de rédiger des avis gériatrique, de participer à l'élaboration du projet de soins, et d'orienter les patients au sein de la filière, notamment au moment de leur sortie. Au vu de l'expérience acquise à travers ses interventions multiples, les EMG sont fondées à dispenser des formations gériatriques aux autres

professionnels de santé. En fonction du contexte local, leurs missions peuvent être étendues à de nouveaux domaines d'activités telles que des consultations destinées à effectuer une première évaluation médico-psycho-sociale dans les hôpitaux locaux, ou bien des interventions dans un cadre expérimental, aux fins de conseils, au sein des EHPAD ou au domicile.

Limites posées à leur exercice : l'interdiction de la médecine foraine

Le fait que les équipes mobiles de gériatrie ne disposent pas d'une autonomie de prescription, ni même d'une indépendance en matière de communication externe est à mettre en regard de l'article 74 de l'ordre national des médecins. En effet, en vertu de cet article, et de l'article R.4127-74 du code de la santé publique, « la médecine foraine est interdite ». Cette dernière doit être entendue comme « l'exercice de la médecine sans lieu d'exercice permanent, sans moyen technique adapté. Les consultations sont données dans des lieux divers ». Il se trouve que ces conditions d'exercice recourent tout à fait celles des équipes mobiles qu'il s'agisse de la gériatrie ou des soins palliatifs d'ailleurs. Afin de permettre à ces équipes d'œuvrer en transversalité, l'ordre national des médecins a prévu qu'il puisse être dérogé à ce principe, quand « les nécessités de santé publique l'exigent ». Dans ce cas, le médecin peut être autorisé, par le conseil départemental de l'ordre, « à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance ». C'est donc le statut dérogatoire de l'exercice de la médecine « mobile » qui lui enlève une partie de ses prérogatives habituelles et qui, en conséquence, peut avoir une influence plus ou moins positive sur l'efficacité de ses interventions.

1.2.2 D'après les constats dressés au plan national, il apparaît que les EMG sont des unités en pleine expansion mais que leur fonctionnement reste hétérogène tant du point de vue de leurs missions, que de celui de leur organisation

Depuis l'année de leur fondation en 2002, les équipes mobiles de gériatrie ont connu une forte augmentation puisque leur nombre est passé d'une centaine en 2005 à 300 en 2011. Ce développement s'explique par le fait qu'elles sont compétentes en matière de fluidification des parcours à l'intérieur des différents services de l'hôpital et qu'en outre, elles bénéficient de crédits supplémentaires, attribués de façon fléchée.

En premier lieu, il faut rappeler en effet, que les patients âgés sont une source de complexification du processus de prise en charge des unités de soins hospitalières de spécialité car ils nécessitent des soins plus lourds, du « nursing » ainsi qu'un

accompagnement social important. En outre, ils occupent parfois des lits dans l'attente d'une place d'aval dans des structures d'accueil dédiées et gênent la fluidité du turn-over des lits au sein des services hospitaliers (phénomène de « bed blockers »). Face à ce phénomène, les EMG, parce qu'elles concourent à faciliter la sortie du patient, apparaissent comme des acteurs clés aux yeux des autres services. De même, leur rôle est reconnu au sein des établissements publics de santé en raison de l'expertise gériatrique qu'elles apportent et de leurs compétences en matière de détection des patients fragiles aux urgences, qui représentent par ailleurs 20% des plus de 75 ans¹⁸.

En deuxième lieu, il est important d'avoir à l'esprit que les EMG bénéficient de « crédits fléchés ». Avant la mise en œuvre de la T2A, leur financement était assuré par des crédits de l'assurance maladie au titre de la dotation de développement des réseaux. Avec l'instauration de la T2A, leurs besoins en fonctionnement sont désormais couverts par des crédits relevant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Des mesures ciblées telles que le « plan urgences 2004-2007 » permettent aussi de les financer.

L'IGAS relève dans son rapport de 2005¹⁹ que les EMG présentent une grande diversité tant du point de vue de leur organisation que de celui de leurs missions.

Du point de vue de leur organisation, l'inspection note en effet que ce sont généralement des équipes de taille réduite, multidisciplinaires, comportant entre 3 et 5 ETPT en moyenne. Les personnels de ces équipes sont souvent très motivés par l'aspect transversal de leurs missions et sont d'ailleurs pour partie recrutés sur ce critère. Leur point d'ancrage physique se situe souvent au sein du court séjour gériatrique qui met à leur disposition un ou deux bureaux pour leur fonctionnement courant (réception d'appels, envoi de courriels etc..). Leur mode opératoire repose presque toujours sur un binôme médecin-infirmière. Les enquêtes menées dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique coordonné par le Professeur BLANCHARD²⁰ mettent en lumière que les EMG ne présentent pas toute une composition conforme aux préconisations ministérielles. En effet, il arrive que l'EMG ne comprenne ni de gériatre attitré, ni d'assistante sociale, ni même de psychologue. L'absence observée de médecin gériatre au sein de l'EMG tient au fait que le personnel médical est mutualisé avec le service de court séjour, ce qui amène les médecins extérieurs à occuper les fonctions de gériatre de l'EMG à tour de rôle. L'absence d'assistante sociale procède quant à elle d'un choix réfléchi notamment en CHU. En effet, compte tenu du réseau étoffé d'assistante sociale existant dans les structures de ce type, il est difficile pour l'assistante sociale rattachée à

¹⁸ ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, Rapport de l'IGAS, « Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins », Mai 2005, page 2.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem page 32.

l'EMG de trouver sa place auprès des autres unités de soins. Enfin, l'absence de psychologue résulte d'une réserve partagée par les équipes quant au bien-fondé d'une évaluation neuro-psychologique de la personne âgée lors de son hospitalisation. Ce statut constituerait en effet un biais dans l'analyse du patient compte tenu du fait que l'hospitalisation serait un facteur de déstabilisation pour lui.

Du point de vue des missions, les priorités affichées par les EMG relèvent essentiellement du champ sanitaire car leurs objectifs sont, avant toute chose, de fluidifier le flux des patients aux urgences, offrir une expertise aux services de spécialité, et orienter le patient âgé dès son entrée aux urgences dans le service le plus adapté à sa pathologie. Cette posture s'explique par deux facteurs.

Premièrement, la reconnaissance réglementaire de leur champ d'action extra-hospitalier est assez tardive puisqu'elle n'apparaît qu'au moment de la parution de la circulaire de 2007, soit 5 ans après leur naissance juridique.

Deuxièmement, de nombreuses EMG se voient contraintes de définir des priorités entre les différentes missions intra-hospitalières qu'elles ont à honorer, tant l'ampleur de la tâche déborde les moyens dont elles sont les bénéficiaires au sein de l'hôpital.

Malgré cela, une partie des EMG étudiées par l'IGAS en 2005 avaient d'ores et déjà développé une activité extra-hospitalière en formant des acteurs du domicile ou des EHPAD, en coordonnant des réseaux regroupant les acteurs de la ville, en élaborant des procédures et référentiels à leur attention ou encore en proposant des consultations avancées ou de l'aide dans la gestion de projets aux hôpitaux locaux et aux EHPAD. Ces équipes considéraient en effet que leurs actions ne pouvaient se restreindre au seul périmètre de l'hôpital et qu'elles avaient en réalité pour objectif d'agir sur tout le parcours de soins de la personne âgée.

Compte tenu de leur petite taille et de la limitation de leurs moyens en personnel, chaque EMG est donc tenue de trouver un équilibre entre toutes les missions précitées. L'équation trouvée par chacune d'elle résulte des représentations liées à son rôle dans le parcours de la personne âgée mais également de l'environnement sur lequel elle peut s'appuyer (orientation de la direction d'établissement, soutien de la communauté médicale, sollicitation des partenaires de la ville et degré de maturité du maillage du réseau environnant). C'est pourquoi il n'est pas étonnant de constater que les EMG remplissent des missions très diverses. Une tendance peut être toutefois soulignée dès 2005 : un très faible nombre d'EMG œuvre à cette date sur les deux fronts (intra et extra-hospitalier).

Néanmoins, le fait même qu'elle dispose de ce panel de missions montre, s'il en était besoin, qu'il s'agit réellement de structures d'interface, situées au croisement de tous les

acteurs présents autour de la personne âgée et qu'en cela, elle tient une place particulière au sein de la filière gériatrique, tout comme l'hôpital local d'ailleurs.

1.3 Les Centres Hospitaliers ex-Hôpitaux Locaux sont des structures passerelles entre les acteurs extra-hospitaliers d'une part, et les autres établissements de santé, d'autre part

1.3.1 Les hôpitaux locaux sont des petits établissements ruraux, dépourvus de plateau technique, accueillant majoritairement des personnes âgées issues de leur région d'implantation

Aux termes de l'article R6141-18 du code de la santé publique, l'hôpital local est défini comme « un établissement public de santé qui a pour objet de dispenser des soins de courte durée en médecine, des soins de suite et de réadaptation (avec ou sans hébergement) ainsi que des soins de longue durée (avec hébergement) ». Depuis l'entrée en vigueur de la loi Hôpital Patient Santé Territoire le 21 juillet 2009, les établissements de cette nature, qui formaient jusqu'à cette date une catégorie à part, ont rejoint le droit commun et ont pris le nom de « centre hospitaliers ex-hôpitaux locaux » (CH ex-HL).

En France, les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux sont les héritiers des hôpitaux ruraux institués par l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958. Le choix de cet intitulé originel tient au fait que leur lieu d'implantation est très souvent rural : la Cour des Comptes notait ainsi dans son rapport sur la sécurité sociale en date de septembre 2013 que 63% des hôpitaux locaux en France étaient localisés dans des bassins de vie à dominante rurale. Cependant, leur répartition sur le territoire reste très inégale : près de 27% des départements ne comptent pas d'établissements de cette taille ou bien n'en compte qu'un seul. Malgré cela, les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux représentent aujourd'hui un tiers des établissements de santé en France. Ils ont pour caractéristique commune d'être de petite taille comptant en moyenne 14 lits en médecine, 23 lits en SSR, 36 lits en USLD et 145 lits en EHPAD²¹. Ce sont également les seuls établissements de santé qui n'offrent aucun accès à un plateau technique. Leur petite taille est parfois présentée comme un handicap en termes d'attractivité, ce qui expliquerait leur difficulté à recruter certains professionnels de santé tels que les ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, assistantes sociales... Afin de répondre à cette difficulté, les CH ex-HL n'ont d'autres de choix que de rechercher des rapprochements avec d'autres structures afin d'organiser des viviers de personnels mutualisés. Ils peuvent également

²¹ Cour des Comptes, septembre 2013, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre XI « L'avenir des hôpitaux locaux », Paris, page 309.

tenter de renforcer leur attractivité afin de faire venir un plus grand nombre de personnels soignants dans leurs murs.

Les établissements de cette catégorie ont par ailleurs pour spécificité d'accueillir majoritairement une population âgée, sur orientation et prescription du médecin traitant, de la famille, ou de l'hôpital de référence. D'après la Cour des Comptes²², « l'âge moyen des personnes hospitalisées y est en effet supérieur à 77 ans. La place des 81-90 ans est même prépondérante : ils représentent à eux seuls 44,6 % des séjours. ». En outre, les personnes âgées prises en charge au sein de ces structures sont essentiellement originaires de la région d'implantation de l'établissement. Pour cette raison, leur ère d'attractivité ne dépasse généralement pas un rayonnement de 20-30 kms.

1.3.2 Au carrefour de tous les acteurs présents auprès des personnes âgées, les CH ex-HL réalisent leur mue tant au plan financier qu'au plan organisationnel

Compte tenu du profil particulier des patients présents dans ces établissements, « la durée moyenne de séjour (hors soins palliatifs) est trois fois plus longue dans les anciens hôpitaux locaux, même par comparaison avec les centres hospitaliers de petite taille ». À une DMS supérieure à la moyenne, s'ajoute une taille des services souvent critique. En médecine, le seuil d'efficacité est généralement compris entre 20 et 30 lits. Or ces services comptent en moyenne 14 lits dans les CH ex-HL. A priori, selon les critères de rentabilité fixés par la T2A, ces établissements sont donc structurellement moins avantagés que d'autres catégories d'établissements. Le maintien d'un financement selon le principe de la dotation a permis aux centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux de conserver une situation financière assez équilibrée. En 2010, 237 des 285 CH ex-HL examinés par l'ATIH étaient excédentaires et 48 déficitaires²³. Néanmoins, même selon ce mode de financement, leur bonne santé financière tend toutefois à s'estomper puisque le nombre d'établissements déficitaires semble progresser (+46% entre 2010 et 2011). La Cour des Comptes rappelle à cet égard que les CH ex-HL devaient passer à la T2A en 2010 au titre de leur activité de médecine, mais que cette réforme a été reportée à de nombreuses reprises, fixant la date de la prochaine bascule à 2015. Elle demeure toutefois très prudente au sujet des gains qui pourraient en être potentiellement attendus. En effet, d'après les simulations réalisées sur ce point par les ARS et l'ATIH, seule une minorité d'établissements maintiendraient leur niveau de recettes en passant à la T2A à activité constante.

²² Ibidem, p. 311.

²³ Ibidem, p. 317

Les réflexions menées au sein des CH ex-HL au sujet de leur taille critique et du passage à un financement en T2A ont abouti à une recombinaison de leurs activités et à une évolution des modalités de recrutement du personnel médical.

Premièrement, il a été constaté que les CH ex-HL ont restructuré leur offre en diminuant la part de l'activité sanitaire au profit de l'activité médico-sociale. Au sein même du secteur sanitaire, le nombre de lits de médecine et de de long séjour a reculé tandis que les lits de soins de suite et de réadaptation ont progressé. La baisse des lits de long séjour s'est faite en réalité au profit des activités médico-sociales au titre de la réforme du long séjour tendant à distinguer, parmi les lits de long séjour, ceux qui relèvent des soins médicaux et techniques importants de ceux qui sont assimilables à de l'hébergement et doivent être rattachés à l'EHPAD.

Variations des activités dans les CH ex-HL entre 2000 et 2011		
Activités sanitaires		Activités médico-sociales
-30%		51%
dont SSR	15%	
dont médecine	-20%	
dont USLD	-75%	

Source : Cour des Comptes, septembre 2013, Rapport sur « L'avenir des hôpitaux locaux », Sécurité sociale, Paris.

En renforçant leurs capacités en soins de suite et de réadaptation, les centres hospitaliers ex-Hôpitaux locaux ont renforcé dans le même temps leur place d'aval par rapport aux autres établissements du territoire de plus grande taille, car ce sont précisément les lits en SSR qui font le plus souvent défaut dans le secteur sanitaire.

Deuxièmement, il faut rappeler que les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux sont singuliers dans leur fonctionnement puisqu'ils sont les seuls établissements dont le suivi médical est assuré majoritairement par des médecins libéraux agréés. En contrepartie de l'obtention de cet agrément, les médecins généralistes doivent en effet s'engager « à respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur » et à « exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique préalablement déterminée, permettant leur participation à la permanence des soins de l'établissement »²⁴. Cependant, ce mode de recrutement tend à se diversifier sous l'influence conjointe d'un besoin renforcé en médecins spécialisés en gériatrie et d'une démographie médicale déclinante localement. L'apparition d'équipes médicales partagées entre les CH ex-HL et les hôpitaux de référence permet d'envisager le recrutement de praticiens hospitaliers au titre des activités sanitaires de la structure. Cependant, la diversification des statuts de médecins au sein des CH ex-HL n'est pas dénuée de risque. D'après la Cour des Comptes,

²⁴ Article L.711-6 du code de la santé publique

«l'expérience montre en effet que les médecins libéraux se désengagent d'un établissements dont ils ne maîtrisent plus le recrutement des patients ». Compte tenu du fait que les médecins libéraux leur adressent une partie de leur patientèle et que ces établissements restent à leurs yeux attractifs en raison de la diversité des activités sanitaires qu'ils proposent, une telle évolution doit être accompagnée d'un certain nombre de précautions.

Enfin, les CH ex-HL sont souvent décrits comme des points d'ancrage dans des zones déshéritées du point de vue de la démographie médicale et paramédicale. En effet, ces structures sont en mesure d'offrir des locaux ainsi que des moyens mutualisés facilitant, par exemple, l'installation de maisons de santé disciplinaire, mais aussi l'hébergement des équipes de soins de tous ordres (médicale, odontologiste, paramédicale). La Cour des comptes considère ces solutions de mise en commun de moyens « de nature à offrir des conditions de travail et vie plus attractives pour les professionnels libéraux »²⁵, et, à ce titre, encourage leur développement.

De par leur organisation et leur implantation physique, les centres hospitaliers ex-HL sont donc à la croisée des différents acteurs présents autour de la personne âgée. En effet, non seulement, ils se reposent, pour leur fonctionnement quotidien, sur les médecins libéraux installés dans leur région d'implantation mais, par ailleurs, ils sont en contact quasi-quotidien avec les autres EHPAD et les SSIAD dans le cadre de leur activité d'orientation post-sortie, tout en nouant des liens étroits avec les autres professionnels de santé hébergés au sein de leurs bâtiments.

En conclusion de cette analyse générale sur le rôle joué, au sein de la filière de soins gériatriques, par les EMG, d'une part et les CH ex-HL d'autre part, il peut être considéré que ces deux structures ont pour point commun d'être une interface entre les secteurs sanitaire, médico-social et les acteurs de l'aide à domicile. Ils remplissent ce rôle selon des modalités particulières : les EMG sont en effet une sorte de coordonnateur du parcours intra-hospitalier de la personne âgée tandis que les CH ex-HL se trouve au carrefour de tous les acteurs présents en amont et aval de l'hôpital et peut, à ce titre être considéré comme un coordonnateur du parcours de la personne âgée entre la ville et l'hôpital. Compte tenu de la place particulière que ces deux structures occupent au sein de la filière, il est apparu intéressant d'étudier avec précision leurs actions au sein de celle-ci afin d'établir le rôle de l'une ou de l'autre dans la mise en synergie d'un réseau élargi aux acteurs non hospitaliers.

²⁵ Cour des Comptes, septembre 2013, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre XI « L'avenir des hôpitaux locaux », Paris, page 326.

1.4 Méthodologie employée pour évaluer les potentialités des EMG et des CH ex-HL en matière de coordination

Afin d'évaluer avec précision leurs potentialités en matière de coordination, il est vite apparu nécessaire d'aller à la rencontre des équipes médicales des EMG et des directeurs des CH ex-HL, présents au sein du territoire de santé n°5. Des rendez-vous ont donc été pris avec tous les directeurs des ex-hôpitaux locaux du territoire de santé n°5 ainsi qu'avec l'un des médecins gériatres des équipes mobiles de gériatrie des centres hospitaliers de Redon, Vitré, Fougères et du CHU de Rennes (voir la liste de contacts rendue anonyme en annexe 2).

Afin d'exploiter au mieux les informations recueillies lors de ces rencontres, une grille d'entretien a été élaborée. Celle-ci était composée, à part égale, de questions ouvertes et fermées portant sur les processus d'actions, les outils, les représentations psychologiques, les émotions, les ressources matérielles ou immatérielles, les modes de coordination existants et les innovations possibles (voir exemple de grille d'entretien en annexe 3). La méthode utilisée était inductive et visait à recueillir une parole riche et diversifiée. L'approche qualitative était toutefois aiguillée par l'utilisation de la grille d'analyse précitée permettant de comparer les différents témoignages des acteurs selon une présentation synoptique, facilitant l'exploitation des traits communs à toutes les informations recueillies. L'objectif de la démarche était de permettre aux acteurs immergés au sein des EMG et des CH ex-HL de s'exprimer librement au sujet des potentialités de leurs structures afin qu'apparaissent en creux la réelle plus-value de ces unités d'interface et de mise en relation. L'utilisation d'une grille commune permet en outre d'établir des comparaisons entre les deux formes de coordination.

Les entretiens, d'une durée moyenne de 1h30, ont été menés selon une méthode semi-directive, afin de préserver la richesse de la parole prononcée, et ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Toutes les personnes rencontrées, à l'exception d'une seule, ont accepté d'être enregistrées lors des échanges, sous réserve que des garanties leur soient apportées en matière d'anonymat et de confidentialité. C'est pourquoi les citations tirées de ce recueil ainsi que tout document en lien avec l'organisation des entretiens ne font mention, au sein de ce présent mémoire, ni du nom des personnes, ni du nom des lieux.

En complément de cette enquête de terrain, il a également été fait recours à la méthode de l'observation directe lors de la participation à différentes réunions organisées sur le

thème de la filière gériatrique. Les unes, animées par la délégation territoriale 35, avait pour objet le pilotage de la filière gériatrique. Les autres, présidées par des représentants du CHU de Rennes, portaient davantage sur l'amélioration du parcours de la personne âgée au moyen d'une meilleure articulation entre les établissements publics de santé du territoire

L'analyse des entretiens a permis de réaliser un certain nombre de constats sur la spécificité du territoire de santé n°5, d'une part, et sur les caractéristiques propres à chacune des deux entités que sont les EMG et les CH ex-HL de ce territoire, d'autre part.

2. Observations et résultats

Les observations permettent de constater que les filières gériatriques du territoire 5 se distinguent par un développement tardif et inachevé, malgré un accompagnement soutenu de l'Etat dans cette voie (2.1). En écho à cette situation, les équipes mobiles de gériatrie ne se sont constituées qu'assez récemment pour certaines d'entre elles et, en tout état de cause, demeurent concentrées sur des missions intra-hospitalières (2.2). Enfin, pour faire face à cet environnement, les centres hospitaliers ex-HL de ce territoire se démarquent actuellement par leur grand nombre et leur positionnement original (2.3)

2.1 Les filières gériatriques du territoire de santé n°5 : un développement tardif, inachevé et sous « perfusion étatique »

L'étude du développement des filières gériatriques en territoire 5 permet d'observer, en premier lieu, que ce dernier accuse un certain **retard** en comparaison des autres territoires bretons.

Le territoire de Bretagne est organisé en filières gériatriques depuis une dizaine d'années environ. Cependant, le développement territorial de ces parcours de soins coordonnés est très variable d'un territoire de santé à l'autre. D'après les témoignages recueillis auprès des acteurs de terrain, « le territoire de santé n°5 est l'un des rares territoires en Bretagne où les filières ont eu beaucoup de mal à se mettre en place ». L'observation sur le terrain laisse entrevoir en effet une constitution assez tardive de certaines composantes réglementaires des filières. Par exemple, l'EMG du CH de Vitré n'a été mise en place qu'en 2013. Le retard observé sur territoire de santé n°5 s'explique par le fait que les différents établissements concernés par la mise en place des filières ont mis quelque temps à coordonner leurs actions. Le Projet Régional de Santé Bretagne décrit cette évolution comme « un chevauchement important des filières ». Cependant, la naissance

d'une filière inter-hospitalière de gériatrie dans l'agglomération rennaise (FIGAR) a apporté une évolution très positive à ce niveau. Selon les termes de son fondateur, « avant la création de FIGAR, plusieurs établissements étaient, sur un même territoire, susceptibles d'être porteurs d'une filière gériatrique. Après sa création, la complémentarité entre différents établissements a été recherchée autour de projets communs, hors des zones d'attractivité de Fougères, Vitré et Redon ». La clé de la réussite de cette expérience réside dans son approche systémique matricielle, croisant une logique de structuration forte inter-établissement avec un mode de fonctionnement souple propre au réseau, qui permet une adhésion collective à des cibles communes. Cela rejoint l'idée qu'il faut désormais savoir trouver un bon point d'équilibre entre l'organisation en filière et son adossement à un réseau, qu'il soit interne ou plus périphérique. Cette idée fait d'ailleurs écho aux réflexions de professionnels sur le sujet tels le professeur Patrick Fournier qui indique qu'il nous faut « une filière de soins gériatriques structurée s'appuyant sur un réel réseau regroupant l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux. »²⁶

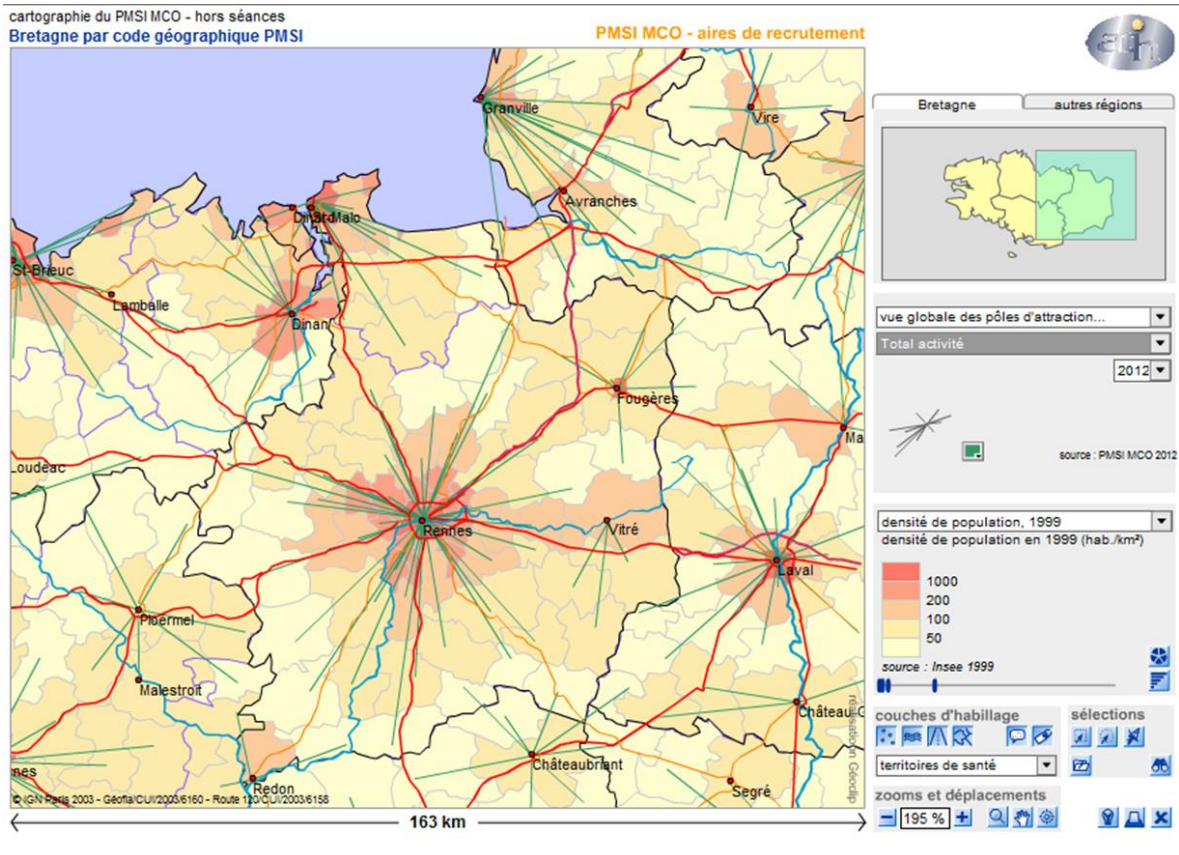
En deuxième lieu, les filières gériatriques du territoire de santé n°5 se distinguent par le fait qu'elles restent pour partie **centrées sur l'établissement support**, et qu'elles n'intègrent pas toutes de façon complète les CH ex-HL relevant de leur région d'implantation.

Le territoire de santé n°5 compte en effet 4 établissements hospitaliers potentiellement supports de filière gériatriques que sont le CHU de Rennes, le CH de Redon, le CH de Vitré et le CH de Fougères. Il dispose également de 6 centres hospitaliers anciens hôpitaux locaux (CH ex-HL), répartis aux 4 points cardinaux du territoire.

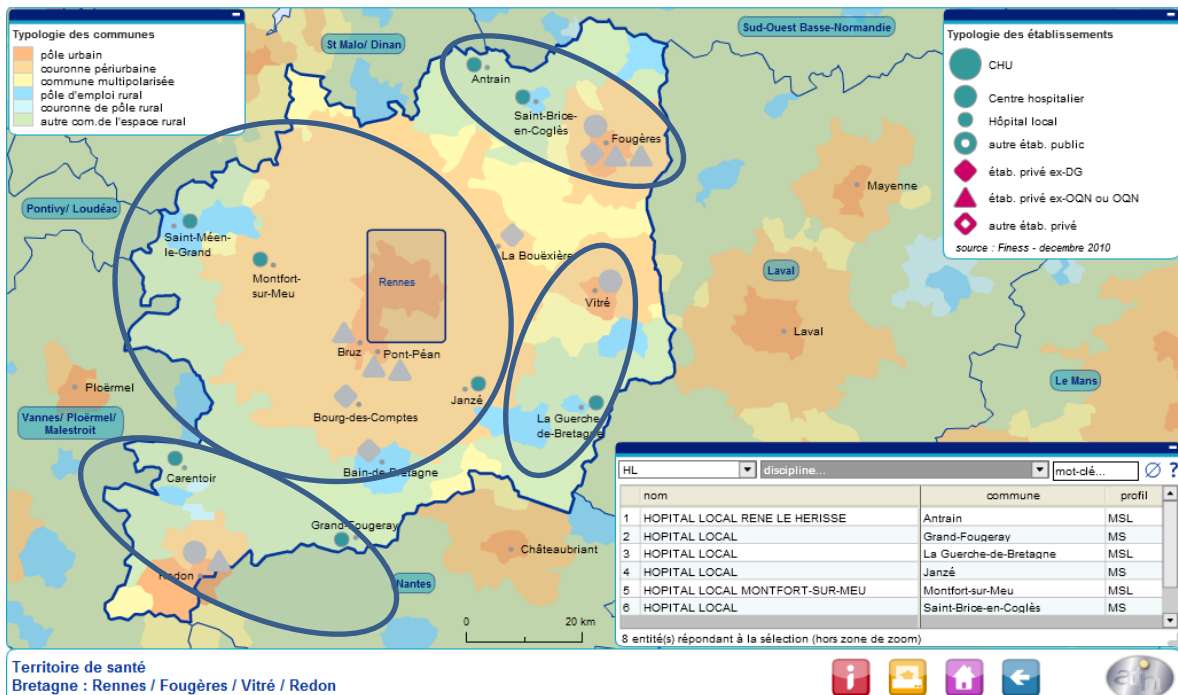
Or, si l'on confronte la carte de la demande (1 et 2) avec celle de l'offre administrative (3), on remarque que ces deux cartes ne sont tout à fait superposables.

Carte n°1 : Aires d'attractivité des établissements de santé du territoire n°5 représentant la répartition spatiale de la demande

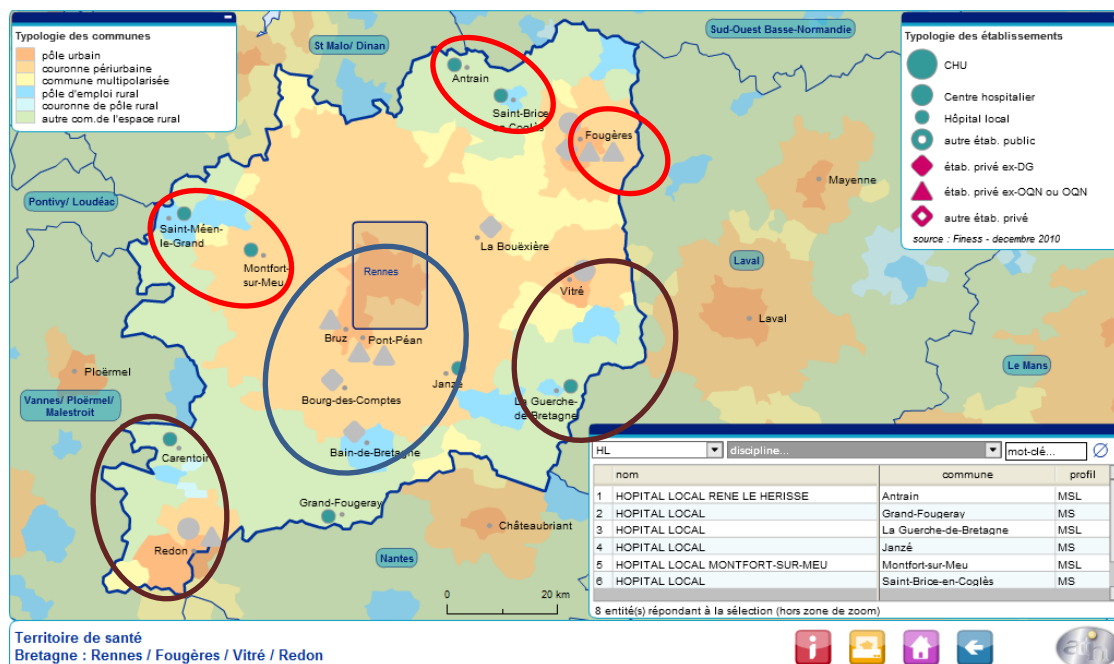
²⁶ FOURNIER P. « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », *Gérontologie et société*, 2002/1 n° 100, p. 131-147.



Carte n°2 : Projection du rayonnement des filières gériatriques en tenant compte de la demande représentée ci-dessus



Carte n°3 : Représentation territoriale des contacts existants entre les établissements, soit au moyen d'un déplacement de l'EMG (cercles marrons), soit au moyen de rencontres régulières (cercle bleu)



Il est intéressant de constater que, sur le terrain, une partie des filières reste centrée sur l'établissement support, ou n'intègre pas l'intégralité des CH ex-HL relevant de son aire d'influence (cercles en rouge). Cela peut s'expliquer par le fait que l'établissement support est souvent détenteur de la totalité des composantes réglementaires et qu'il peut donc être tenté de s'auto suffire. Il faut toutefois souligner qu'en réponse au développement des directions communes (2013), les filières gériatriques commencent à sortir progressivement des murs du centre hospitalier de référence pour s'étendre aux centres hospitaliers ex-HL de leur bassin d'implantation (cercles marrons).

Les filières gériatriques sont donc en train de se structurer pour mieux répondre à la demande. Ce processus de réorganisation est particulièrement encouragé et accompagné par l'Etat. La délégation territoriale 35 mène en effet un travail de mise en valeur des filières tout en réfléchissant, en parallèle, à la manière dont elles doivent s'ancrer au sein du territoire. À cette fin, le programme territorial de santé consacre une thématique entière à la mise en place d'un Comité de Pilotage dont la mission première est de rendre lisible les filières en organisant des rencontres régulières avec les EPS supports ainsi que tous les autres acteurs de terrain concernés par la prise en charge des personnes âgées (SSIAD, MAIA, EHPAD, ADMR, pôles de santé...). Sur le modèle de la démarche engagée par la FIGAR, le travail de structuration mené par l'Etat fait appel à deux leviers traditionnels de la coordination des acteurs qui sont : le levier structurel, par

l'intermédiaire du rapprochement encouragé des structures, et le levier culturel en tentant de forger une culture commune lors des réunions du COPIL. C'est pourquoi, ces travaux s'articulent autour de deux axes de travail. Il s'agit, dans un premier temps, de réaliser un rapprochement préalable des établissements sur le champ sanitaire uniquement, en s'assurant que toutes les composantes ont été mises en œuvre et que celles-ci ont été articulées avec les anciens hôpitaux locaux du territoire. Il convient, dans un second temps, d'associer les autres acteurs au projet de filière sous la forme d'un « réseau intégré ».

En conclusion, il ressort de ces observations que les établissements publics de santé ont aujourd'hui un rôle important à jouer dans la structuration et la segmentation de l'offre de soins sur le territoire. C'est pourquoi le directeur d'hôpital doit mener une réflexion approfondie sur le positionnement territorial de son établissement afin de participer à l'organisation d'une offre collective capable de mieux répondre aux besoins des patients âgés. La compréhension des potentialités respectives des EMG et des CH ex-HL en termes de coordination de l'offre participe de cette réflexion.

2.2 Les équipes mobiles de gériatrie du territoire n°5 présentent des organisations peu structurées dont le champ d'action déborde difficilement le secteur sanitaire

Afin d'établir les principales caractéristiques observables des EMG du territoire n°5, il est procédé dans un premier temps à un travail descriptif de leurs moyens et missions. Cette description est réalisée sous la forme de monographies afin qu'apparaissent les spécificités propres à chacune des équipes.

Equipe Mobile de Gériatrie A

Organisation :

L'EMG compte 1,5 médecins (100% et 50%) pour prendre en charge une file active d'environ 1000 patients et 1500 interventions. Elle comprend également 2 infirmières qui travaillent en binôme avec les médecins. Pour des raisons de positionnement à l'intérieur de l'établissement, cette équipe ne comprend pas d'assistante sociale.

Missions :

L'équipe intervient dans tous les services qui n'ont pas de compétences gériatriques, y compris les urgences. Elle réalise des évaluations gériatriques en hôpital de jour. Pour l'heure, elle n'effectue pas de consultations avancées bien qu'elle ait participé à une expérimentation pour intervenir en EHPAD. Cette dernière a toutefois été interrompue en

raison d'un manque de moyens médicaux. Elle participe actuellement à une expérimentation en matière de télémédecine (avis ponctuel pour des problèmes aigus).

Equipe mobile de gériatrie B

Organisation :

L'EMG B comprend 0,5 ETPT de médecin (dont une journée consacrée à un réseau professionnel), 1 ETPT d'infirmière, 0,5 ETPT d'assistante sociale. L'équipe suit 500 patients en filière active.

Missions :

L'équipe intervient à la demande du médecin qui a en charge le patient (en ville ou à l'hôpital). Elle réalise une visite aux urgences tous les jours, puis passe dans tous les services de l'hôpital à la demande des médecins. Elle peut également accueillir les patients âgés en hôpital de jour pour une évaluation gériatrique. Il est prévu qu'elle effectue des consultations avancées dans l'ex-hôpital local dépendant du CH dès le mois de mai 2014 à hauteur d'une demi-journée tous les 15 jours. Elle mène par ailleurs un projet d'accompagnement à la sortie en rappelant à J+7 et à J+30 les patients et les relais extérieurs de suivi à domicile. A priori, elle ne recherche pas de places à l'extérieur pour les patients âgés hospitalisés sauf s'ils le sont au sein de l'hôpital de jour.

En revanche, la recherche de places en interne lui incombe.

Equipe mobile de gériatrie C

Organisation :

Cette équipe est composée de 3 médecins dont 1 qui se déplace sur un autre site hospitalier (court séjour et SSR, EHPAD). Les médecins de l'EMG sont également ceux du court séjour gériatrique (en dehors du médecin posté sur le deuxième site). L'équipe se réunit tous les 3 mois pour éviter que le médecin du site distant soit exclu de fait. L'EMG compte également 0,8 infirmière en temps partagé sur les deux sites. Elle dispose enfin de temps en ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale, et esthéticienne mais elle ne compte pas d'ETPT en propre dans ces disciplines. Elle suit actuellement un peu moins de 500 patients en file active.

Missions :

L'équipe intervient, à la demande, dans tous les services, sauf à la maternité et en pédiatrie. Le matin, elle effectue une visite dans le service du court séjour et elle se déplace l'après-midi à la demande. Les urgences peuvent obtenir une visite à tout moment de la part de l'équipe, car ce service est considéré comme prioritaire. Afin de réduire les risques en péri-opératoire, les médecins tiennent par ailleurs une consultation pré-opératoire pour les chirurgies orthopédiques programmées, concernant les plus de 70 ans. Les consultations mémoire dans la filière sont, quant à elles, assurées par les

médecins de l'USLD, après visite en chirurgie. L'EMG ne dispose pas d'hôpital de jour. Cette équipe fonctionne uniquement en intra-hospitalier et ne se déplace pas dans les EHPAD autonomes.

Equipe mobile de gériatrie D

Organisation :

L'équipe ne dispose pas d'ETPT médicaux en propre en dehors du médecin coordonnateur qui consacre 50% de son temps à l'EMG. Pour le reste, elle peut bénéficier du temps de 4 gériatres qui se relaient pour répondre à ses besoins. Le responsable de l'EMG est également le responsable du court séjour gériatrique. Elle peut compter sur 1 poste infirmier permanent et peut faire également appel à un temps d'assistante sociale (0,2), ainsi qu'aux interventions d'une esthéticienne, d'un ergothérapeute, et d'un psychologue. Elle suit actuellement un peu moins de 500 patients en file active.

Missions :

Cette équipe intervient à la demande des services (spécialités organes, UHCD ou urgences). 4 gériatres ainsi que le médecin coordonnateur participent à la consultation mémoire. L'équipe projette de créer un pôle gériatrique qui regrouperait tous les éléments de la filière gériatrique et qui lui permettrait de créer un hôpital de jour (évaluation gériatrique, consultation mémoire, soins à apporter sans hospitalisation...). Pour le moment, l'évaluation gériatrique se fait en court séjour ou bien en SSR lors des admissions directes ou depuis les urgences. En l'état actuel des effectifs, l'équipe n'est pas en capacité d'assurer une « externalisation » de ses interventions.

La lecture de ces monographies permet de conclure à une certaine homogénéité des modes de fonctionnement des EMG. En effet, ces dernières présentent toutes les caractéristiques suivantes :

- Des contours flous
- Des coordinations lâches
- Un centrage sur l'expertise médical
- Un appui sur d'autres activités

Une organisation aux contours flous

Les modalités organisationnelles retenues par chacune des équipes mobiles de gériatrie sur le territoire 5 sont, en premier lieu, assez variables d'un établissement à l'autre et répondent assez peu fidèlement aux préconisations ministérielles. Généralement, les équipes mobiles de gériatrie rencontrées ont mentionné la présence de médecins gériatres (environ 0,5 ETPT en moyenne pour 500 patients en file active), d'infirmières

(environ 1 ETPT pour 0,5 ETPT de médecin) et d'une assistante sociale dans 50% des cas. Elles ont également fait part de l'intervention ponctuelle, au titre de leur activité de suivi, d'une esthéticienne, d'un ergothérapeute, d'un psychologue etc... Celles qui n'ont pas fait le choix d'avoir une assistante sociale en leur sein l'explique en mentionnant l'importance d'assurer un positionnement clair à cette unité au sein de l'hôpital afin de ne pas la cantonner à un rôle de gestionnaire de lits. En effet, selon un témoignage, le rôle des EMG peut demeurer très flou aux yeux des autres médecins si les contours n'ont pas été clairement définis. Cependant, force est d'admettre, que cette particularité n'est certainement pas étrangère à la taille de l'établissement considéré mais aussi à la présence, précieuse, d'un réseau interne étoffé d'assistantes sociales, qui peut être très différent d'un établissement à l'autre.

« Il est Important de se positionner : on fait du médical, dedans il y a la prise en charge globale et le projet de vie aussi. On n'est pas qu'une assistante sociale, c'est pour cela qu'il n'y en a pas dans l'EMG. On prend contact avec les Assistantes sociales et on leur confie le dossier. (...). En médecine, il faut éviter de devenir la super assistante sociale » un médecin gériatre

Une équipe dont la coordination interne reste assez lâche

De façon plus générale, il faut souligner qu'au sein des équipes mises en place tardivement, le temps de gériatre est mutualisé avec les autres composantes de la filière gériatrique au lieu d'être dédié à l'équipe mobile de gériatrie. Il en résulte une organisation souple sans définition préétablie des services pour lesquels chacun des médecins doit intervenir. Selon le médecin interrogé, un planning a été établi mais il est très peu respecté car les médecins « se relaient de façon souple selon la demande et leur disponibilité ». De même, les équipes les plus jeunes font état de l'absence d'un hôpital de jour, les privant des meilleures conditions pour réaliser l'évaluation gériatrique standardisée.

Lorsque le centre hospitalier est en direction commune avec un CH ex-HL, l'organisation des interventions réalisées par les équipes mobiles de gériatrie sur les différents sites est disparate. L'un des centres hospitaliers a mis en place une équipe en temps partagé en postant l'un de ses médecins, pour la totalité de son temps de travail, sur le site du CH ex-HL. Un autre établissement exige des équipes mobiles qu'elles mènent des consultations avancées, ponctuelles, dans l'ancien hôpital local rattaché à lui. Ces consultations, s'étalant sur une demi-journée, sont effectuées tous les 15 jours sur le site distant. Cependant, cette nouvelle organisation doit être mise en place en l'absence de moyen supplémentaire, ce qui fait craindre à l'équipe des difficultés d'application.

L' expertise médicale y est mise en avant au détriment de l'activité de liaison

Il convient tout d'abord de rappeler que le périmètre d'activité des EMG doit, en résumé, recouvrir trois types d'intervention²⁷ :

- l'évaluation au sein des urgences et l'orientation depuis ce service,
- l'évaluation gériatrique standardisée dans les services de spécialités,
- et l'évaluation médico-sociale dans le cadre de l'activité de coordination – liaison ville- hôpital.

Or, les observations sur le terrain montrent que les EMG du territoire 5 respectent assez scrupuleusement leurs missions d'évaluation sanitaire et d'orientation au sein de la filière. Toutes les équipes interrogées affirment qu'elles interviennent sur toutes les composantes existantes de la filière.

« On intervient dans tous les services qui n'ont pas de compétences gériatriques, y compris les urgences. ». Un médecin gériatre
« L'EMG intervient à la demande du médecin qui a en charge le patient (en ville ou à l'hôpital) (...).J'interviens sur beaucoup de points de la filière. » un médecin gériatre

Lorsqu'une des composantes de la filière est manquante, comme c'est le cas de l'hôpital de jour pour la moitié des EMG rencontrées, les médecins s'organisent pour réaliser les évaluations des patients âgés d'une autre manière, c'est à dire au sein d'une autre composante de la filière (USLD, SSR, Court séjour ou urgences).

« Les consultations mémoire dans la filière sont assurées par les médecins de l'USLD, après visite en chirurgie. On n'a pas d'hôpital de jour. » un médecin gériatre
« On veut par ailleurs créer un hôpital de jour (évaluation gériatrique, consultation mémoire, soins à apporter sans hospitalisation...). Pour le moment, l'évaluation gériatrique se fait en court séjour ou bien en SSR, lors des admissions directes, ou depuis les urgences. » un médecin gériatre

Si l'activité sanitaire des EMG est bien reconnue et ne cesse de prendre de l'ampleur, les missions de liaison semblent quant à elles moins investies, comme le confirment d'ailleurs d'autres études portant sur des expériences de ce type²⁸.

²⁷ COUTURIER P. et al. « Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France) », Volume 1, numéro 1, Octobre-Novembre-Décembre 2008, Annales de Gérontologie

Les EMG remplissant des missions extra-hospitalières sont inexistantes sur le territoire de santé n°5, comme dans l'ensemble de la région. En Bretagne,²⁹ en effet, « moins d'un tiers des EMG sont intervenues hors établissement, le plus souvent très ponctuellement et principalement en EHPAD. ». Seule l'EMG de Tréguier présente un périmètre d'intervention exclusivement tourné vers l'extra hospitalier : à ce titre, elle intervient en EHPAD (19 EHPAD en 2012) et à domicile (126 interventions en 2012). D'après les médecins interrogés, l'expérience menée à Tréguier est atypique : elle répond à un défaut de médecins libéraux dans cette région d'implantation, mais n'est en aucun cas la preuve que les EMG doivent, par nature, exercer des missions extra-hospitalières.

« Tous les fonctionnements d'EMG sont partis d'une histoire locale qui était plus ou moins différente. À Tréguier, il y avait historiquement un défaut de médecins coordonnateurs en EHPAD et de médecins généralistes. Donc on va faire le boulot en ville histoire que cela ne nous revienne pas sur l'hôpital. » un médecin gériatre

Interrogés au sujet des interventions de leur équipe en EHPAD et/ou à domicile, les acteurs répondent unanimement qu'ils n'ont pas aujourd'hui les moyens objectifs d'apporter ce type de prestations à l'extérieur. En réalité, la majorité des médecins interrogés ne semble pas convaincue du bien-fondé lui-même des missions extra-hospitalières des EMG. L'activité de liaison aurait, selon eux, pour finalité de pallier les déséquilibres connus dans la répartition des médecins libéraux sur le territoire sans véritablement parvenir à s'articuler avec les acteurs en charge du maintien à domicile. En d'autres termes, l'idée que des équipes hospitalières s'immiscent dans la vie quotidienne du patient leur apparaît saugrenue et sans lien avec les objectifs par ailleurs affichés de l'établissement. Il semble qu'une telle intrusion dans le secteur social et médico-social soit dictée par des injonctions extérieures à l'hôpital, sans trouver d'écho à l'intérieur de celui-ci, ni sur un plan financier, ni sur un plan culturel.

« L'intervention à domicile ferait doublon avec l'équipe APA. » un médecin gériatre
« Aller dans les EHPAD est inutile car il y a déjà des médecins sur place. On peut faire le relais autrement afin par exemple d'éviter que les personnes arrivent aux urgences en catastrophe. L'extra-hospitalier c'est pallier le manque des médecins libéraux sur les fonds de l'hôpital. (...). Mais il faudrait évaluer que cela ait un impact sur l'hôpital. » un médecin gériatre

²⁸ SALLES Nathalie, « Le service public hospitalier et la vulnérabilité : Les équipes mobiles de gériatrie », 17 janvier 2013, présentation du groupe de travail n°1 relatif au pacte de confiance, disponible sur le site du ministère de la santé, page 35

²⁹ ARS Bretagne « Enquête auprès des équipes mobiles de gériatrie, Principaux résultats », 11 Février 2014, Rencontre régionale des équipes mobiles de gériatrie, page 5

L'activité de liaison, dédiée aux équipes mobiles de gériatrie, est par conséquent peu développée sur le territoire de santé n°5 alors même qu'aux yeux des autres services hospitaliers, la sortie des personnes âgées, et la gestion afférente, constitue l'atout premier des EMG. En revanche, l'expertise, le suivi gériatrique et la détection des patients fragiles aux urgences ne figurent qu'en seconde place des besoins exprimés³⁰ à l'intérieur de l'établissement. En matière d'activité de liaison, les directeurs d'hôpitaux locaux manifestent également des attentes vis-à-vis des EMG. Ils aimeraient en effet pouvoir bénéficier d'une « expertise à la demande comme pour les équipes de soins palliatifs » ou bien mettre en place un hôpital de jour de soins de suite et de réadaptation en s'appuyant sur « une équipe mobile gériatrique qui passerait le relais à la ville » en se déplaçant à domicile. Certains directeurs ont par ailleurs fait part des attentes manifestées par les EHPAD à l'égard des EMG. Selon l'un d'eux, « Les collègues des EHPAD sont prêts à réfléchir pour organiser les transports en direction de l'EMG ».

Le choix de réaliser d'autres activités que celles prévues par la réglementation

Enfin, certains des médecins gériatres interrogés indiquent qu'à leur propre initiative, ils ont étendu ou bien souhaitent étendre le champ de leurs missions sanitaires, défini par la circulaire de 2007, à la consultation préopératoire.

« J'ai une activité de consultation préopératoire au titre des chirurgies orthopédiques programmées pour les +70 ans afin de réduire les risques en péri-opératoire. La pratique a été mise en place au regard de l'expérience acquise. » un médecin gériatre

« Maintenant, on intervient davantage en préopératoire pour donner un avis sur l'opérabilité du patient selon un regard gériatrique pour éviter les complications en post-opératoire (infectieuses, confusionnelles..). On souhaiterait intervenir pour les opérations programmées des personnes de +75 ans de façon systématique. » un médecin gériatre

En conclusion, il apparaît que les EMG du territoire de santé n°5 rencontrent actuellement des difficultés pour structurer leur action et se positionner clairement dans le champ de l'offre de soins proposés aux personnes âgées.

³⁰ ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, Rapport de l'IGAS, « Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins », Mai 2005, page 3.

2.3 En territoire de santé n°5, il existe un grand nombre de CH ex-HL dont le positionnement ne cesse d'évoluer pour prendre en compte leur environnement

À travers son maillage étoffé de centres hospitaliers ex-HL, le territoire de santé n°5 propose aux plus âgés une offre de soins de proximité riche et évolutive, comme on peut le constater à la lecture du tableau suivant :

ETABLISSEMENT	Lits	Places	SSIAD	Gouvernance	financement	DMS SSR
CH JANZE	37	149		autonome	dotation	NC
CH LE GRAND FOUGERAY	21	95		autonome	dotation	30 jours
CH LA GUERCHE De BRETAGNE	40	270		direction commune	dotation	28 jours
CH MONTFORT SUR MEU - SAINT MEEN LE GRAND	132	313	99	direction commune	dotation	35 jours
CH CARENTOIR	20	71	62	direction commune	dotation	30 jours
CH BAIN DE BRETAGNE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	78	252		autonome	T2A partiel	21 jours
CH LES MARCHES DE BRETAGNE ANTRAIN SAINT BRICE EN COGLES	37	292	27	fusion	T2A	NC

Source : Programme du territoire de santé n°5, Rennes, Fougères, Vitré, Redon, DT 35, 23 mars 2013 et recueil d'informations

Les CH ex-HL du T5 sont conformes à la description qui en est faite au plan national à savoir que ce sont des petits établissements, majoritairement implantés en milieu rural, et dont l'aire d'attractivité est limitée.

Les CH ex-HL de ce territoire comptent en moyenne 206 places d'EHPAD et 28 lits de SSR. La médecine est réduite à sa portion congrue puisque la moitié de ces établissements offre moins de 12 lits de médecine. Leur implantation est d'ailleurs, peu ou prou, conforme à la répartition des personnes âgées sur le territoire : ils sont en effet majoritairement présents en périphérie de la couronne périurbaine de Rennes, aux confins du département, de façon assez équilibrée, puisque l'on dénombre 2 établissements au Sud-Ouest, 2 établissements à l'Est, 2 établissements au Nord-Est et 2 établissements à l'Ouest (voir la carte jointe en annexe 4). Enfin, ces centres hospitaliers constituent des « hôpitaux gériatriques » dont le rayonnement n'excède pas 30 kms. Aux dires des directeurs rencontrés, au-delà de ce périmètre, il ne s'agit « plus du territoire de proximité ». Le territoire 5 se distingue tout de même par le fait qu'il héberge un nombre très élevé de structures de cette nature. Ce dernier compte en effet 6 centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux publics et un ex-hôpital local sans but lucratif. Or, la moyenne régionale se monte plutôt autour de deux centres hospitaliers par territoire de santé. Il

peut donc être estimé que le territoire 5 est particulièrement bien pourvu en structures de ce type, comme le montre le tableau ci-dessous :

	Population +75 ans en 2008	Nb CH ex-HL	Ratio pop/CH
T1	50680	4	12 670
T2	33870	0	-
T3	29160	1	29 160
T4	35710	4	8 928
T5	62250	6	10 375
T6	28990	1	28 990
T7	45210	2	22 605
T8	16440	1	16 440

source : ARS Bretagne

Conformément aux évolutions constatées au plan national, des CH ex-HL du T5 connaissent actuellement des transformations structurelles tant au plan financier qu'au plan organisationnel.

Au plan financier, seuls 28% des CH ex-HL du territoire n°5 ont à ce jour mis en œuvre le dispositif de tarification à l'activité. Les établissements restants demeurent financés par la dotation globale. Deux des sept directeurs rencontrés ont exprimé leur souhait de pouvoir disposer de la tarification à l'activité, se montrant convaincus que cette dernière pourrait leur apporter de nouvelles marges financières.

Au plan organisationnel, les hôpitaux locaux ont initié un lent mouvement de reconfiguration de leurs activités au détriment du secteur sanitaire et au profit d'une prise en charge médico-sociale. Les capacités en lits de médecine au sein des établissements observés sont réduites à des unités, dont le calibrage peut parfois perdre de son sens (voir l'annexe n°6 pour connaître le détail de l'offre en territoire 5). Seuls 6 établissements sur 8 préservent une activité de médecine, mais la moitié seulement de ces CH comptent à ce titre un nombre de lits supérieur à 12. Or, une unité de 10 lits ne peut être efficiente dans le système actuel³¹, qui plus est dans les établissements ayant mis en œuvre la T2A (soit 2 sur 7). Ces observations sont corroborées par les constats dressés au plan régional. Ceux-ci indiquent en effet que l'offre en médecine, apportée par ces structures, est en nette diminution au profit des activités SSR, pour lesquels la demande est actuellement très forte. Ainsi en 2004, avant le SROS 3, on dénombrait 22 HL pour 332 lits de médecine, en 2010, 19 HL pour 307 lits et, en 2012, 18 ex HL pour 296 lits. Les CH ex-HL du territoire de santé n°5, ont donc concentré leurs capacités sur

³¹ Voir le tableau récapitulatif de l'offre proposée par les CH ex-HL du territoire de santé n°5 joint en annexe 6 du présent mémoire

l'EHPAD et le SSR. Malgré ce renforcement, les informations recueillies à ce sujet font état d'une durée moyenne de séjour de 28 jours en SSR, allant d'un minimum de 21 jours à un maximum de 35 jours. Ce résultat est conforme à la DMS constaté au plan national qui se monte à 30 jours. Pour expliquer cette situation, les directeurs interrogés mettent en avant les difficultés à trouver des places en aval (EHPAD), ces structures présentant elles-mêmes des taux d'occupation proches de 100%, y compris dans les EHPAD relevant du centre hospitalier lui-même. Ils soulignent également qu'ils se heurtent à des incompréhensions de la part des patients et de leur famille quant à la durée à respecter au sein des services de SSR. Les patients ont généralement en tête qu'un séjour de « convalescence » doit durer 3 mois et que l'hôpital leur est redevable d'un séjour de cette durée. Afin de contredire cette perception, l'assistante sociale a par conséquent un travail pédagogique d'explication très important à mener auprès des patients et de leur famille. C'est pourquoi d'ailleurs l'absence d'assistante sociale au sein de certains établissements rencontrés est vécue comme un réel handicap par le directeur de la structure quant à la fluidification du parcours.

« Il y a des gens qui croient toujours qu'ils rentrent en SSR pour 3 mois et qui n'acceptent pas qu'on leur dise que ce sera plus court. On ne peut pas leur dire qu'ils vont sortir plus tôt. Il y a tout le côté humain derrière. Le travail de l'assistante sociale est énorme pour trouver des moyens de sorties pour la personne. » un directeur de CH ex-HL

Du point de vue de la gouvernance, l'offre est également en train de se restructurer depuis 3 ans dans le sens d'une diminution du nombre d'établissements autonomes. Sur les 7 hôpitaux visités, seuls 3 d'entre eux demeurent en effet indépendants. À l'occasion d'une vacance de poste du directeur, les hôpitaux locaux de la Guerche de Bretagne et de Carentoir ont été rattachés à leurs centres hospitaliers de référence respectifs en 2012. Un rapprochement entre des hôpitaux locaux a également eu lieu et a abouti, pour les uns, à une direction commune en juillet 2011 (Montfort-Saint-Méen) et pour les autres, à une fusion en janvier 2012 (Antrain-Saint-Brice). Ces restructurations font écho à toutes celles qui ont lieu au plan régional. À cet égard, le SROS³² établit que 68 % des structures relevant du statut d'ex-HL sont actuellement engagés dans une démarche de rapprochement structurel avec un autre établissement, dont la moitié avec un centre hospitalier de proximité. La direction commune peut, à certains égards, apparaître comme un prélude à la mise en œuvre d'une fusion des structures.

En premier lieu, elle représente une étape nécessaire dans la préparation des équipes à la mise en place d'une organisation fusionnée et intégrée. C'est pourquoi d'ailleurs certains établissements en direction commune demandent à pouvoir passer à la fusion.

« Il faut que l'ARS nous laisse aller vers la fusion sinon il y aura un blocage des équipes. La direction commune a rendu tous ses atouts au bout de 2 ans (qualiticiens mis en commun, ressources humaines mises en commun etc). Mais on ne peut maintenir deux sources de décisions séparées, sauf à perdre du temps délibérément en maintenant des dysharmonies entre les structures.» un directeur de CH ex-HL

En second lieu, les dernières avancées en matière de service public territorial de santé laissent entendre que la direction commune n'est pas l'étape ultime dans le cadre d'une restructuration de l'offre mais qu'elle n'est qu'une modalité organisationnelle de transition rendue nécessaire par l'obligation faite à chaque hôpital d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire d'ici fin 2015, contenue dans l'actuel projet de loi de santé.

Cette évolution de la gouvernance des CH ex-hôpitaux locaux constitue en tout état de cause une occasion historique de reconfigurer et de restructurer l'offre sanitaire du territoire de santé n°5 en rendant possible l'harmonisation des projets médicaux de territoire, la recherche de synergies dans les organisations au moyen, notamment de mutualisation des ressources humaines et médicales.

Les évolutions touchant au fonctionnement des hôpitaux locaux se traduisent également par **une modification du statut des médecins recrutés par ces établissements.**

L'hôpital rural local a traditionnellement fait appel aux médecins libéraux pour la prise en charge de ses patients. Face toutefois au déclin de la démographie médicale dans certains territoires et aux difficultés de recrutement qu'elle engendre, les ex-hôpitaux locaux se trouvent aujourd'hui contraints de diversifier le profil des médecins qu'ils emploient. En effet, l'étude de la répartition géographique des médecins généralistes sur le territoire de santé n°5 révèle que leur implantation ne recouvre pas exactement celle des personnes âgées de 75 ans et plus, ni même en conséquence celle des bassins d'implantation des CH ex-HL. Ainsi, les médecins se concentrent autour des grands et petits centres urbains et délaissent les zones périphériques à la couronne périurbaine de Rennes (voir carte en annexe n°5). De plus, les CH ex-HL rencontrent des difficultés à demeurer attractifs aux yeux des généralistes tant les rémunérations obtenues au titre du suivi de leur patientèle en SSR apparaissent peu concurrentielles. D'après les directeurs consultés, un lit de SSR correspondrait à « 1 consultation et demi par semaine sans les frais de déplacements », ce qui en conduit certains à considérer que leur activité à l'hôpital s'apparente à du « bénévolat ». La diversification précitée des modes de recrutement est également l'occasion de les professionnaliser en les orientant davantage vers des médecins diplômés en gériatrie afin de mieux prendre en compte le besoin des patients âgés de ces structures. En outre, s'agissant des transferts de patients en provenance des urgences des hôpitaux de référence, la présence d'un médecin sur place

apparaît comme un élément facilitateur. En réponse à cette situation le SROS préconise de constituer des équipes de territoire, regroupant des praticiens dont le temps de travail serait partagé entre le CH de référence et le CH ex-HL. L'instauration d'équipes de cette nature permettrait de conforter une prise en charge graduée du patient et garantirait par ailleurs le maintien d'une couverture médicale suffisante sur le territoire des CH ex-HL. Tous les directeurs rencontrés ont ainsi indiqué qu'ils avaient de plus en plus recours à des temps partagés de praticiens hospitaliers ou bien à des temps salariés de médecins libéraux. Ils sont en effet nombreux à considérer que la diversification du mode de recrutement médical est un levier d'attractivité pour leur établissement, à plus forte raison lorsque celui-ci est autonome.

« Recruter un médecin salarié permet de rendre l'établissement plus attractif. » un directeur d'un CH ex-HL autonome

« C'est intéressant pour eux au niveau de la protection sociale et au plan de la formation » un directeur d'un CH ex-HL autonome

« Je pense sincèrement que si on a une équipe médicale sur place, cela permet aux médecins libéraux de se "greffer" sur sa dynamique. Cela contribue à attirer les jeunes médecins. » un directeur d'un CH ex-HL autonome

Ces observations confirment les conclusions d'enquêtes portant sur les motivations des jeunes générations de médecins et montrent que ces derniers cherchent désormais à se rapprocher des plateaux techniques et des autres professions de santé afin de « pouvoir exercer leur métier dans les meilleures conditions »³³. En ce sens, les ex-hôpitaux locaux peuvent être considérés comme un instrument d'attractivité et de fidélisation des jeunes médecins libéraux au sein de leurs territoires d'implantation. Les directeurs interrogés mettent d'ailleurs l'accent sur le fait que l'hôpital local leur propose toutes les garanties attendues pour exercer leur métier dans un territoire rural, tout en les protégeant d'un exercice solitaire et isolé. Il s'agit véritablement de mener une campagne de réassurance en tenant compte des exigences des nouvelles générations de médecins.

« Ils apprennent plein de choses en étant à l'hôpital sur l'hygiène, sur les protocoles. Les internes disent qu'ils ont la vision CHU et ils ne sont pas rassurés à venir dans le monde rural. » un directeur de CH ex-HL

³³ Gael Sliman et al. « Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel », enquête BVA, 2007, commanditée par le conseil national de l'ordre des médecins, p.22

Enfin, les CH ex-HL connaissent une transformation dans la façon dont ils se positionnent sur le territoire. Leur stratégie est de diversifier les services de santé offerts en leur sein afin de constituer des points d'ancrages de l'offre sanitaire sur leur territoire d'attractivité.

En effet, la moitié des directeurs de CH ex-HL ont participé à l'adossement d'une maison de santé à leur établissement. Cela rejoint les observations réalisées au plan national constatant que leur nombre a crû de 82% en 2013 passant de 240 en mars 2013 à 436 en mars 2014.³⁴ Il est intéressant d'observer par ailleurs que les anciens hôpitaux locaux cherchent à attirer des professionnels de santé dans leurs murs afin de compléter la « gamme » de services offerts à leur patientèle. Cette stratégie n'est pas sans rappeler celles qui peuvent être mises en œuvre dans le milieu concurrentiel privé présidant à la constitution de pépinière d'entreprise ou encore de centres commerciaux. Le patient étant captif, il s'agit de lui donner la possibilité d'accéder à une offre multiple en un seul endroit. Inversement, les professionnels attirés dans ces locaux savent qu'ils peuvent bénéficier des retombées de l'activité quotidienne du CH et que celui-ci leur offre la meilleure vitrine pour attirer de nouveaux patients.

« Nous avons essayé de faire venir ce que nous n'avons pas. Nous avons fait venir une antenne du CHGR. (...). L'antenne de l'HAD est basée chez nous. J'essaie de compléter l'offre de territoire en faisant venir les professionnels quand on ne peut pas faire. On va faire venir un laboratoire, des médecins de ville, des infirmières libérales... » un directeur

« L'idée est de faire de l'hôpital local une plaque tournante d'un certain nombre de services sanitaires, en mettant par exemple en place un service bucco-dentaire (expérience pilote pour la Bretagne), un projet d'imagerie... » un directeur

« Le décroissement des acteurs, on essaie de le porter.(...) Nous, établissement, on essaie de se positionner et de rayonner sur le territoire. (...) On est prestataire, on fait toute la restauration scolaire (...). On arrive aussi à trouver des activités pour avoir des ressources annexes. » un directeur

En conclusion, malgré l'existence de certaines spécificités locales, les CH-ex HL et les EMG du territoire de santé n°5 demeurent assez proches dans leur fonctionnement des structures types qui ont été préalablement décrites par l'inspection générale des affaires sociales et la Cour des comptes au plan national. Il reste à voir désormais quelle est l'une ou l'autre de ces entités, qui en raison de ses potentialités intrinsèques, doit être

³⁴ GERVAIS J.B, « Avec 82% de croissance en 2013, les maisons de santé entament la révolution du premier recours », article Hospimedia, 24/03/14

privilegiée par le directeur d'hôpital dans la recherche d'une meilleure articulation entre la filière gériatrique et la filière gérontologique.

3. Analyse et conclusions

L'analyse des forces et des faiblesses de ces deux organisations laisse entrevoir l'existence de complémentarités, dont l'exploitation peut se révéler stratégique dans le futur (3.1). Le manager hospitalier a donc le devoir d'exploiter ces possibilités de mise en synergie afin d'améliorer, à terme, l'efficacité de l'ensemble de la trajectoire de la personne âgée sur le territoire (3.2).

3.1 Les EMG et les CH ex-HL sont assez complémentaires : les uns disposent de compétences sans la structure, les autres sont des structures manquant de compétences

3.1.1 Les EMG ont encore du mal à trouver leur place dans le paysage hospitalier alors qu'elles présentent de grandes potentialités en termes de fluidification du parcours et d'acculturation des acteurs

Les EMG souffrent d'un manque de structuration et ont, par conséquent, des difficultés à se voir reconnaître une légitimité institutionnelle et médicale.

Comme cela a été souligné par le rapport de l'IGAS, les équipes mobiles de gériatrie manquent aujourd'hui de moyens en personnel pour remplir toutes les missions qui leur ont été conférées par les instructions ministérielles. En conséquence, certaines tâches qui leur sont dévolues, au premier plan desquelles se trouve l'activité de liaison avec les acteurs au domicile et les EHPAD, sont actuellement sacrifiées au profit de la fluidité du parcours de la personne âgée à l'intérieur de l'établissement employeur. C'est ce qui fait dire aux directeurs de CH ex-HL que ce ne sont en réalité que des équipes « immobiles » qui se trouvent dans l'incapacité de faire face aux attentes du réseau local, de faire de l'évaluation rapidement, de former les autres personnels, voir simplement de diffuser la culture gériatrique. De l'aveu même des médecins gériatres présents dans ces équipes, il leur est difficile de s'acquitter aujourd'hui de toutes leurs obligations réglementaires. Ils expliquent cette situation en indiquant que le soutien institutionnel n'est pas non plus au rendez-vous des besoins exprimés, compte tenu des contraintes financières pesant plus généralement sur l'hôpital.

« De la formation, il faut qu'on fasse de la formation auprès du personnel qui manque d'une culture gériatrique. L'EMG sert à cela aussi. On n'est pas tellement soutenu par la direction car la situation financière est difficile. » un médecin gériatre

Face à des difficultés structurelles de cette nature, certaines EMG peuvent avoir à souffrir d'un manque de reconnaissance de la part de leurs pairs. En effet, leur faible réactivité due essentiellement au peu de moyens dont elles disposent a pour conséquence de rallonger leurs délais de réponse. En réaction, les sollicitations de la part des services de spécialité deviennent plus rares et les médecins des EMG se trouvent confrontés à des difficultés pour voir reconnaître leur rôle en interne.

« Pour être efficace, il faut intervenir dans les 48h. Donc il faut qu'on ait une réactivité importante. Quand on y parviendra, les services auront davantage le réflexe de faire appel à nous. » un médecin gériatre

L'inspection souligne à ce titre qu'en vue d'éviter cet écueil, il est crucial de communiquer au préalable sur les activités des EMG au sein de l'établissement afin que les autres services puissent évaluer tous les bienfaits tenant à leurs interventions et qu'ils ne soient pas tentés d'instrumentaliser cette équipe afin de satisfaire des finalités propres. En effet, les constats relevés sur le terrain montrent qu'afin de rendre leur travail « visible », les EMG peuvent être amenés à remplir des fonctions délaissées par leurs collègues, qui ne se trouvent pourtant pas au cœur de leurs missions réglementaires. Ainsi, certaines EMG investissent des champs d'activité délaissés par les autres corps de métiers afin de justifier leur présence et leur valeur ajoutée au sein de l'établissement. Il en est par exemple ainsi au sein des services de chirurgie.

« L'émergence de l'EMG est apparue pour compléter la filière. Et les chirurgiens étaient très demandeurs. Souvent les anesthésistes prennent en charge les aspects médicaux. Cela n'intéresse pas les anesthésistes de prendre en charge médicalement les personnes âgées. On rend des avis gériatriques globaux et on propose des traitements.» un médecin gériatre

« En interne, tous les collègues sont unanimes pour reconnaître qu'on a un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées, à plus forte raison dans les services de chirurgie où il y a peu de prise en charge médicale. » un médecin gériatre

Ce besoin de justifier leur rôle et leur présence aux yeux de leurs pairs est sans doute à mettre en lien avec le fait que les médecins des EMG n'ont pas le pouvoir de prescrire et d'organiser la sortie. En réinvestissant un champ médical délaissé par les anesthésistes,

les médecins gériatres des EMG retrouvent une forme de pouvoir et d'autonomie médicale, qu'ils avaient perdue de fait dans le domaine de la prescription et de l'orientation du patient. Il semble que les médecins gériatres des EMG aient par ailleurs à souffrir d'un manque d'efficacité dans le respect des recommandations qu'ils formulent, ces dernières n'étant pas toujours suivies d'effets par les médecins traitants. C'est pourquoi d'ailleurs certains gériatres interrogés estiment qu'il devient nécessaire de retrouver une voix auprès des médecins traitants dans l'intérêt de la personne âgée.

« On n'a pas de retour de la part des médecins traitants. Mais on va éventuellement leur envoyer un petit courrier. Mais il s'ajoute à tout le reste. Lorsque le patient est ré-hospitalisé, on s'aperçoit que les recommandations n'ont pas été suivies. » un médecin gériatre

« Les prescriptions ne sont pas toujours suivies car les chirurgiens ne prennent pas le temps de lire nos avis (...). C'est davantage l'infirmière qui s'y intéresse. Dans les services de médecine, cela dépend du bon vouloir des médecins. On a décidé de ne pas faire de courrier à l'attention du médecin traitant(...). Les internes citent nos avis mais nous n'envoyons pas directement de courriers. Il faut qu'on réévalue cela. » un médecin gériatre

Malgré cela, les EMG présentent de réels atouts en matière de fluidification des parcours et peuvent, en outre, contribuer à résoudre des conflits de rationalité.

À ce stade, il est en effet incontestable que les équipes mobiles de gériatrie ont joué un rôle majeur en matière de structuration de la filière en intra-hospitalier. Or, ce travail est un préalable nécessaire à toute extension au secteur gérontologique. C'est ce qui fait dire à l'ARS que les EMG pourraient devenir « un rouage plus important »³⁵, sur le territoire de la filière gériatrique, notamment si leurs interventions dans le champ extra-hospitalier étaient financièrement encouragées. En effet, les admissions directes se trouvent souvent accrues à la suite de leur création, révélant par là-même combien il est important de créer un lien entre le médecin traitant et l'hôpital. Aux yeux de certains professionnels, l'augmentation des admissions directes peut être considérée comme un indicateur de l'apport de l'EMG pour la structure tant il reste compliqué d'atteindre la ville et d'établir une relation de confiance entre les médecins généralistes et l'hôpital.

« Avant j'étais au court séjour gériatrique mais je ne pouvais pas en sortir. La filière gériatrique était complètement cloisonnée : chaque médecin était dans son service. Il existait également un cloisonnement avec la ville et aucune entrée directe n'était

³⁵ ARS Bretagne « Enquête auprès des équipes mobiles de gériatrie, Principaux résultats », 11 Février 2014, Rencontre régionale des équipes mobiles de gériatrie, page 3

envisageable. Depuis que j'ai quitté le court séjour, il y a plus de coordination intra filière et extra filière». un médecin gériatre

En outre, l'existence des EMG permet d'envisager un dépassement des divergences idéologiques existant actuellement entre le champ sanitaire et le champ social et médico-social car ces dernières recèlent des potentialités en matière d'acculturation des acteurs. En premier lieu, les EMG utilisent des outils d'évaluation (évaluation gériatrique standardisée, projet individuel de santé) qui sont communs aux deux secteurs, ce qui permet, au moins sur ce plan, une approche commune et harmonisée.

En deuxième lieu, l'arrivée au sein de ses équipes de praticiens hospitaliers gériatres, ayant exercé préalablement des fonctions de médecin généraliste, constitue un deuxième levier de rapprochement entre le sanitaire et le social. En effet, parmi les médecins interrogés, 40% présentaient un profil de cette nature et il est intéressant de noter que ces médecins se montrent plus curieux à l'égard de l'environnement de l'hôpital et plus enclins à ce que l'EMG développe une activité extra-hospitalière.

En troisième lieu, l'approche du médecin gériatre, parce qu'elle prend la personne âgée dans sa totalité pour répondre à ses besoins, permet également un rapprochement culturel avec les médecins libéraux et les médecins coordonnateurs d'EHPAD. D'après l'IGAS, la gériatrie est encore considérée comme une « sous-spécialité »³⁶ dans le milieu sanitaire. Sa logique s'inspire en effet d'un paradigme pluridisciplinaire et collégial, ce qui peut apparaître en nette rupture avec la médecine moderne, vantée pour son hyperspécialisation. Mais ce qui fait sa faiblesse en milieu strictement sanitaire se transforme en réelle force en milieu médico-social et ambulatoire. En effet, cette vision d'ensemble, imprégnée de considérations environnementales, la rapproche du champ culturel des secteurs extra-hospitaliers.

« La formation en gériatrie est encore insuffisante. On nous apprend à réfléchir par spécialité avec le même raisonnement pour réussir : symptômes, résumé syndromique, hypothèses diagnostiques, examens, on infirme les hypothèses, on traite. Pour les personnes âgées, cela ne marche pas. On ne peut pas prendre une pathologie sans prendre tout l'environnement de la personne. (...). Les généralistes n'ont pas de plateau technique et réfléchissent comme des gériatres. On écoute un peu plus les gens. Un généraliste explique toujours ce qu'il fait. Ce qui n'est pas le cas à l'hôpital. Tout est orienté en fonction du médical et du scientifique dans le sanitaire. L'hôpital est très découpé par organe. Or la personne âgée est interservices. » un médecin gériatre.

³⁶ ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, Rapport de l'IGAS, « Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins », Mai 2005, page 2.

Cependant, l'action des EMG est somme toute assez complémentaire de celle des anciens hôpitaux locaux.

3.1.2 Les centres hospitaliers ex-HL rencontrent des sources de dissension culturelle en interne mais demeurent, malgré cela, de puissants activateurs de réseaux locaux

Les centres hospitaliers ex-HL manquent aujourd'hui de moyens pour fonctionner et ils doivent en outre faire face à des difficultés de management du corps médical.

Du point de vue de l'attribution des moyens, les directeurs de CH ex-hôpitaux locaux n'ont rien à envier à leurs collègues gériatres. À leur tour, une partie d'entre eux est confrontée à des difficultés de financement de leurs activités, en raison parfois d'une sous-dotation durable du forfait soins destiné au SSR. D'autres admettent que, faute de moyens suffisants, ils ne peuvent réaliser une « humanisation » de leurs bâtiments, ni même de leurs conditions d'accueil ou bien qu'ils se trouvent contraints de faire signer aux familles des obligations de caution solidaire pour limiter les admissions en non valeurs. Afin de soutenir l'équilibre financier de leur établissement qui « ne tient parfois qu'à un cheveu », certains directeurs interrogés font preuve de créativité afin de proposer des activités annexes de nature à renflouer les comptes de l'établissement. Par ailleurs, les directeurs auditionnés sont unanimes pour déclarer que le nombre d'accueils alternatifs, tels que l'hébergement temporaire et l'accueil de jour, est aujourd'hui trop réduit pour faire face à la demande alors même qu'ils offrent des solutions intermédiaires entre l'institution et le domicile. En effet ces dernières permettent, en un sens, de pallier les dysfonctionnements inhérents au parcours de la personne âgée, comme la saturation des services de SSR et des EHPAD, tout en répondant à un besoin de répit manifesté par la famille lors des vacances par exemple. L'ARS reconnaît d'ailleurs dans le SROMS³⁷ que « ce type d'accueil reste peu développé en Bretagne ». De même, elle admet que le nombre de places de SSIAD sont « limitées au regard de la densité d'infirmiers libéraux de la région (127.2) qui s'avère beaucoup plus important que la moyenne nationale (93.7) ». Pour combattre ces difficultés, il paraît souvent nécessaire de se rapprocher des autres établissements du territoire. Cependant, la recherche de synergies structurelles pour des motifs financiers peut à terme rentrer en contradiction avec l'inscription dans un projet de filière gériatrique dynamique et ambitieux. En effet, la disparition de l'ex-hôpital local comme entité autonome peut aussi l'ancrer comme un simple aval de la filière, lui faisant perdre, par là-même, ses capacités créatrices et son énergie en tant que plateformes de services au plan local. Il est de ce point de vue instructif de noter que les hôpitaux locaux adossés à des CH se sont ainsi montrés moins pro-actifs en matière

³⁷ ARS de Bretagne, Schéma régional de l'offre médico-sociale, 2012-2016, p.406

d'initiatives locales. En revanche, la coopération ou le rapprochement entre ex HL paraît plus judicieuse et porter moins préjudice à cet esprit entrepreneurial. À titre d'illustration, il peut être fait mention ici de l'expérience envisagée par l'un des CH ex-HL de tirer avantage des consultations avancées organisées par le CHU dans l'enceinte d'un autre CH ex-HL.

Les CH ex-HL se heurtent également **à des difficultés liées aux outils**. Selon les directeurs d'ex hôpital local « La fluidification de la filière passera aussi par l'accès aux données informatiques propres aux patients, et on ne peut avoir une vraie coordination fluide tant qu'on ne dispose pas d'un dossier médical partagé commun ». Aussi, les ex-hôpitaux locaux ont mis conjointement en œuvre l'informatisation du dossier du patient. Pour ce faire, ils ont communément choisi de se doter du logiciel « OSIRIS » et de donner aux médecins un accès distant à cet outil. Il n'existe cependant aucune possibilité de partage avec les médecins coordonnateurs des EHPAD puisque ces derniers se sont munis d'un autre logiciel portant le nom de « PSI ». À leur tour, pour réaliser le suivi de leurs patients, les centres hospitaliers de référence ont retenu des logiciels distincts (SILLAGE, DXCARE etc), dont les particularités techniques font obstacle à un échange standardisé des données en intra-hospitalier. À cette segmentation logicielle de l'offre sanitaire s'ajoutent d'autres lignes de partage entre les outils développés par l'ARS et ceux mis en place par les différents conseils généraux. Comme certains CH ex-HL sont situés à la frontière de deux départements voire de deux régions, il leur arrive de pâtir de cette situation sur le plan fonctionnel dès lors qu'ils émargent à des systèmes d'informations qui peuvent être radicalement différents d'un territoire à l'autre.

Force est de constater qu'il demeure par ailleurs difficile, au sein de ces mêmes structures, de faire travailler ensemble des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers. Selon la lecture de la Cour des Comptes, les médecins libéraux craignent en effet de se voir cantonnés à des tâches secondaires ou bien de jouer le rôle de personnel d'appoint en cas de besoins en matière de permanence des soins. Toutes les observations recueillies sur le terrain semblent effectivement indiquer que les médecins libéraux considèrent l'hôpital comme leur territoire et que ce territoire peut difficilement faire l'objet d'un partage avec des personnels extérieurs à leur réseau local.

Lorsque le directeur d'un CH ex-HL a entrepris de recruter des praticiens hospitaliers au sein de son établissement, «Cela s'est passé très difficilement avec les libéraux car ils se sont sentis chassés de l'hôpital alors que ce n'était pas du tout le cas. » Deux autres directeurs confrontés à des logiques similaires de « chasses gardées » témoignent : « Le spécialiste des pansements du CH vient donner des conseils aux équipes soignantes. Mais les autres médecins voient d'un mauvais œil cette intrusion. Il est à prévoir un

désaccord potentiel sur les prescriptions. ». « La position des médecins anciennement était de dire : si vous recrutez un salarié, on n'interviendra plus. »

Il est en outre très souvent ressorti que cette incompréhension mutuelle pouvait trouver racine dans les différences de cultures existant entre les deux corps. Schématiquement, selon cette vision, les médecins généralistes seraient, en raison de leur activité libérale, moins enclins à se « plier » à une logique institutionnelle, tandis que les praticiens hospitaliers auraient davantage « intériorisé » les intérêts et les besoins de la structure employeur. Tout l'enjeu réside donc dans la capacité des hôpitaux locaux à trouver le moyen d'accroître la part des médecins salariés au sein de leurs équipes, tout en fidélisant les médecins libéraux en place. Le maintien de ces derniers dans ces établissements peut en effet se révéler stratégique pour faire face aux défis posés par la démographie médicale déclinante.

Plus généralement, de nombreuses tensions, héritées de l'histoire, aboutissent à opposer des communautés entières de médecins généralistes d'un territoire à l'autre ou bien au sein du même territoire. Le CH ex-HL est par conséquent le lieu où ces tensions trouvent à s'exprimer. D'après les témoignages recueillis, ces sources de conflits sont à l'œuvre dans plus de la moitié des établissements interrogés. Elles peuvent toutefois prendre diverses formes. La plus grave consiste à empêcher toute collaboration entre deux CH ex-HL par des actions régulières de « sabotage » visant toute initiative de rapprochement institutionnel. Mais elles peuvent également se traduire par une stratégie d'évitement donnant lieu à un accroissement du taux de fuite des patients en provenance des communes les plus proches.

Il n'en reste pas moins vrai qu'en raison de leurs capacités d'adaptation et de leur ancrage territorial original, les CH ex-HL sont des établissements qui présentent de très grandes potentialités en matière de coordination du parcours de soins des personnes âgées.

Le principal atout des centres hospitaliers ex-HL est de nourrir des relations privilégiées avec tous les acteurs extra-hospitaliers locaux et d'être une passerelle entre l'inter-hospitalier et l'extra-hospitalier.

En effet, en tant que premier niveau de prise en charge de ces populations, ils entretiennent des liens privilégiés avec les professionnels libéraux puisque l'hospitalisation reste souvent coordonnée par le médecin traitant. Ils nourrissent également des relations très étroites avec les EHPAD par rapport auxquels ils se positionnent comme des « grands frères ». Dans 28% des cas, la collaboration entre les ex-hôpitaux locaux et les EHPAD prend la forme de conventions précisant les articulations professionnelles entre le service de SSR et l'hébergement en EHPAD. Ces

conventions prévoient par exemple dans quels cas les patients peuvent être admis directement dans le service SSR de l'hôpital en provenance de l'EHPAD. 28% des établissements interrogés ont également déclaré avoir mis en place une commission d'admission commune avec l'ensemble des EHPAD relevant de leur territoire d'implantation. Cette commission se réunit toutes les semaines ou tous les 15 jours pour établir la répartition des résidents entrants au sein des différents établissements d'hébergement en tenant compte de critères objectifs et partagés collectivement, tels que le profil de la personne considérée ou encore les capacités de prise en charge de l'EHPAD concerné. Enfin, 57% des directeurs rencontrés rapportent qu'ils organisent ou bien qu'ils participent à des réunions informelles avec les directeurs d'EHPAD. Certains mentionnent qu'une « relation de confiance s'est instaurée » grâce notamment à la capacité des acteurs du sanitaire et de ceux du médico-social à trouver entre eux des complémentarités et à se positionner les uns par rapport aux autres en fonction de ces dernières.

« On leur apporte la télémédecine et des soins (ex: bucco-dentaires). Ils nous apportent la vision sociale de la personne âgée. Nous on est assez « sanitarisés ». Les EHPAD sont dans « l'humanité » et ont un autre regard sur le soin. Tout y est personnalisé. » un directeur d'ex-hôpital local

Leur positionnement en tant que plateforme de services pour les médicaux, paramédicaux et autres services techniques de la santé en fait actuellement des interfaces précieuses entre tous les acteurs concernés par le sujet gériatrique et les aide à devenir des activateurs de réseaux locaux. Ainsi les directeurs cherchent à établir une bonne collaboration avec les élus afin que leurs projets puissent également être portés par les représentants politiques. Cette complémentarité répond à un principe de réciprocité et relève de la logique « gagnant-gagnant ». Elle participe par ailleurs d'un travail plus général de communication au sujet de l'établissement.

« On doit également être en lien avec les élus. Ils nous achètent des terrains et construisent sur ces terrains pour établir la maison de santé pluridisciplinaire. On est vraiment partenaires avec les communautés de communes. Je les aide à monter des projets au plan financier. On est tout le temps lié. C'est un passage obligé en termes de méthode pour être repéré et avoir l'observation sur le terrain de la coordination des parcours. Cela fait partie de la communication. On est pas repéré d'emblée car on n'est pas proche de Rennes. » un directeur d'un ex-hôpital local

Les directeurs interrogés ont également conscience que l'avenir médical de leur établissement dépend, en grande partie, de la politique de communication qu'ils auront eu

l'audace de mettre en œuvre à l'adresse des internes des CH et des CHU. En effet, les internes font encore aujourd'hui peu de stage en médecine ambulatoire dans certains territoires. À titre d'illustration, seuls 55% des maisons de santé accueillent actuellement des étudiants en médecine. Aussi, certains directeurs organisent des campagnes de communication afin de recruter davantage d'étudiants et de les convaincre du dynamisme des petites structures rurales.

La communication autour de leur établissement vise également à l'inscrire et à l'ancrer dans le paysage politique, social, sanitaire et médico-social local. Les directeurs interrogés sont dans une démarche de communication portée par l'incarnation : participer à l'administration du CLIC, à celle du CODEM, être présents aux réunions inter-EHPAD sont des bons moyens de représenter son établissement et de le faire vivre aux yeux des autres, préparant ainsi les coopérations et les partenariats futurs.

Décloisonner les différents secteurs autour de la personne âgée passe également, aux yeux de ces dirigeants, par la démarche qualité. Celle-ci a pour but d'analyser les événements indésirables pointés par leurs partenaires de manière à y apporter des mesures correctrices, selon une politique itérative d'amélioration de l'offre.

« Le CLIC anime une réunion mensuelle entre les acteurs du domicile et de l'hôpital. Il s'agit d'une réunion trimestrielle de coordination : on se présente pour donner des indications sur les évolutions de différents cas. Une fiche de signalement d'évènement indésirable a été rédigée de façon concertée (SSIAD, ADMR...). Souvent, les gens se plaignent de l'hôpital de façon générale. On identifie quel est l'établissement dont il est question et on met en œuvre des mesures correctrices. » un directeur

Leur gage de réussite tient à leur bonne intégration au sein du paysage sanitaire et ce, grâce à la signature, avec les structures de deuxième recours, de conventions de coopération. Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant de constater que les directeurs des CH ex-HL multiplient aujourd'hui les conventions de coopérations avec les hôpitaux de référence.

En premier lieu, la recherche de complémentarités portent souvent sur du partage d'expertise avec le CHU : il est ainsi prévu que les établissements de Montfort sur Meu - Saint-Méen le Grand et de Marches de Bretagne (Antrain-Saint-Brice en Coglès) et de Bain de Bretagne bénéficient de consultations de télé-médecine ou de consultations mémoire réalisées par les médecins du CHU.

En deuxième lieu, des accords sont trouvés avec les hôpitaux de référence afin de fluidifier le parcours de la personne âgée au plan inter-hospitalier. C'est pourquoi les conventions de coopération portent souvent, à ce niveau, sur une meilleure articulation avec le service des urgences, la mise en place de temps partagés de médecins,

l'organisation de consultation mémoire de la part des praticiens hospitaliers ou encore l'organisation de soins palliatifs. Le souhait de mettre en commun des compétences administratives semble également se dessiner, ce qui n'est pas sans rappeler que la coopération peut constituer un préalable à un regroupement structurel.

Compte tenu des qualités et faiblesses propres à chacune de ces structures, la question est dès lors de déterminer quelle peut être la meilleure manière de les positionner et de les articuler pour que les filières gériatriques du territoire n°5 puissent s'en trouver élargies et renforcées.

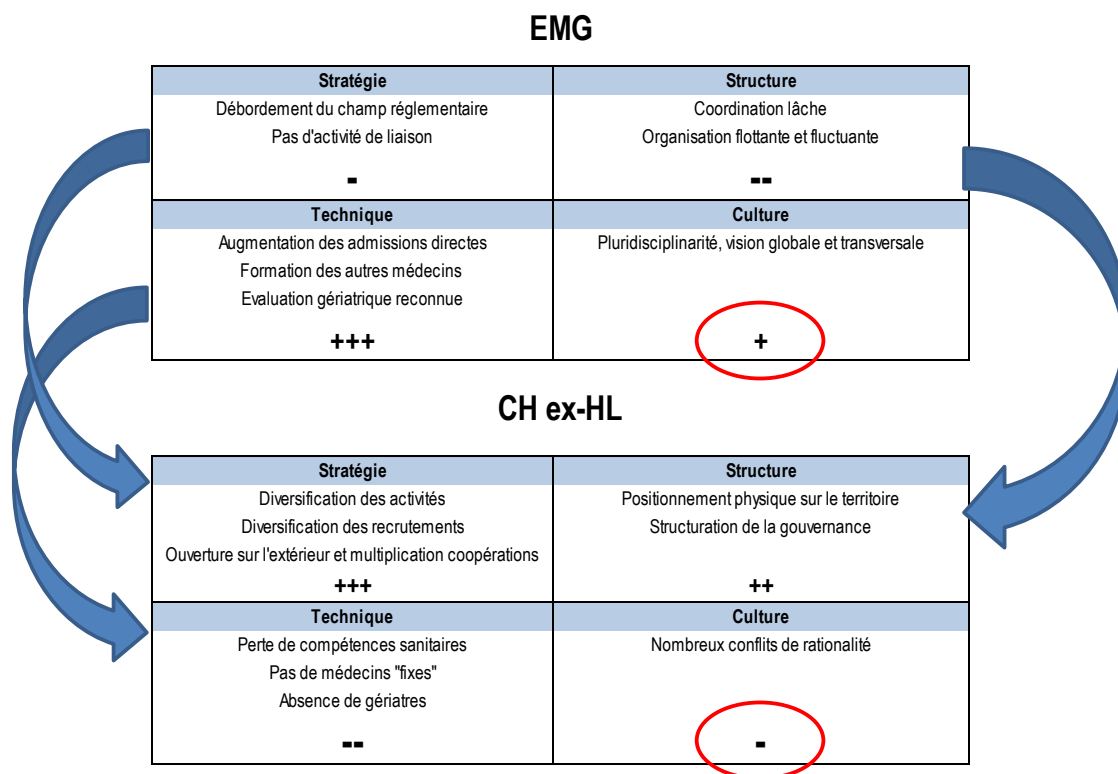
3.2 Pour améliorer la fluidité du parcours de soins de la personne âgée, il convient d'articuler différemment les domaines de prédilection respectifs de ces organisations

Les forces et faiblesses des EMG et des CH ex-HL décrites supra peuvent être représentées schématiquement au moyen du cadre conceptuel de la qualité en santé mis au point par Shortell³⁸. Ce cadre permet de mettre en valeur les 4 dimensions qui sont à l'œuvre dans l'amélioration de la performance au sein d'une organisation à savoir :

- La dimension stratégiques (orientations, caps, cibles)
- La dimension structurelle (coordination, référent, pouvoir d'arbitrage)
- La dimension technique (savoir-faire, compétences, connaissances)
- La dimension culturelle (valeurs, normes, croyances collectives)

Selon cette classification fonctionnaliste, les forces/ faiblesses des EMG et des CH ex-HL peuvent être schématiquement représentées de la façon suivante :

³⁸ Shortell, S.M., Bennette, C.L., & Byck, G. R. (1998). "Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : what it will take to accelerate progress"



Les flèches apparaissant sur ce schéma représentent les points de complémentarités à exploiter. Les cercles rouges identifient, quant à eux, les points de faiblesses pour lesquels l'intervention d'un manager pourrait éventuellement apporter un changement. Face à une telle situation, ce dernier en effet peut prendre le parti d'agir à différents niveaux.

Dans un premier temps, il lui est possible d'engager une dynamique au sein de chacune des structures afin d'y rééquilibrer les différentes dimensions entre elles en fonction des faiblesses connues.

Dans un second temps, il peut être procédé à une exploitation des complémentarités entre les deux types d'organisation en recherchant une articulation dans leur fonctionnement qui puissent en maximiser l'utilité.

Enfin, dans un troisième temps, il serait opportun de réfléchir à une meilleure coordination des EMG et des CH ex-HL avec le reste des acteurs de la filière afin que ce travail qualitatif préalable puisse, en dernier ressort, avoir une influence sur l'efficacité du parcours de soins de la personne âgée.

3.2.1 Rééquilibrer l'intrication des différentes dimensions au sein de chacune de ces organisations

Le manager hospitalier doit avoir en tête qu'un défaut de positionnement stratégique et de structuration, comme c'est aujourd'hui le cas pour les EMG, peut engendrer des processus sous-optimaux, en raison d'un transfert de la valeur par les équipes sur les mauvais objets. À cet égard, des études³⁹ touchant d'autres processus de santé ont montré que les infirmières pouvaient être tentées de porter leur attention professionnelle à l'acte technique de soins plutôt qu'à la prévention de la pathologie, faute d'être valorisée par l'institution et les médecins dans les actions qu'elles pouvaient réaliser en ce sens. Les acteurs auraient ainsi tendance à se replier sur des éléments de leur action professionnelle qui leur confèreraient un rôle incontournable pour compenser le manque de considération managérial. Afin de rééquilibrer l'attention portée à l'acte technique, il revient donc au manager hospitalier de redonner de la valeur et du sens aux actions professionnelles comportant le plus grand bénéfice pour le patient. En repositionnant ainsi le professionnel de santé sur les étapes du processus de soins apparaissant comme les plus performantes, il améliore le service rendu au patient tout en légitimant le professionnel dans son action.

S'agissant des EMG, on voit clairement apparaître des transferts de ce type faute de valorisation de leur activité médicale par ailleurs. Ces dernières ont en effet tendance à investir des champs d'action techniques qui les rendent incontournables (consultation préopératoire, suivi post-opératoire) au détriment d'activités de liaison pourtant essentielles dans la gestion et l'amélioration du parcours du patient âgé. La solution pour limiter les effets pervers liés aux transferts est donc de réinvestir de la valeur institutionnelle dans les activités délaissées de façon à ce que les EMG déplacent leurs efforts sur l'objet le plus en phase avec l'intérêt du patient. À cette fin, le manager hospitalier doit en échanger avec elles ainsi qu'avec les autres médecins. Il doit en outre rappeler régulièrement aux différents acteurs le rôle central que joue l'EMG en matière de fluidification du parcours de personnes âgées depuis le domicile jusqu'à son admission en EHPAD. Ce travail pédagogique doit être porté par le tiers manager car l'EMG n'est pas fondée à prôner l'intérêt de ses propres interventions pour répondre à une finalité d'intérêt général, sauf à être considérée comme juge et partie par ses pairs. Les actions de repositionnement de l'EMG doit donc émaner en interne des directeurs d'hôpital et des médecins chefs de service ou chefs de pôle.

Ce travail managérial aurait pour effet de délimiter le rôle et la mission des EMG aux yeux des autres acteurs de santé, et, par effet de ricochet, de structurer les contours de son

³⁹ Orvain J., « Les mécanismes de structuration de l'activité des équipes de soins : Etude de cas sur la gestion des ulcères de pression », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013, Vol. 31, N°2-3

champ d'intervention et de son organisation propre. Le sachant, les autres unités de soins se positionneraient différemment dans leurs attentes et leurs sollicitations, en comprenant que la plus-value des EMG réside davantage dans son rôle de « fluidifiant » de la filière plutôt que dans son rôle proprement médical. Dans un tel contexte, l'inaptitude à prescrire ne serait plus vécue, ni perçue comme un handicap par le corps médical.

Une fois ce travail de repositionnement accompli, le manager pourrait s'efforcer d'obtenir des moyens supplémentaires au bénéfice de cette équipe, non pas pour répondre à des besoins réels d'effectifs supplémentaires mais pour signifier sa reconnaissance symbolique à l'égard de cette structure, relativement jeune dans le champ hospitalier. La valorisation de ses nouveaux objectifs par l'attribution de moyens supplémentaires pourrait en effet l'aider à se détourner de missions médicales traditionnelles qui risquent de demeurer, sinon, un secteur de repli très tentant.

S'agissant des Centres hospitaliers ex-HL, les difficultés se posent dans des termes inverses par rapport à celles rencontrées par les EMG. En effet, ces structures font preuve d'une capacité d'adaptation et de ciblage de leurs objectifs prioritaires qui semble tout à fait satisfaisante. Malgré cela, elles se trouvent aujourd'hui déstabilisées par un brouillage de leurs compétences techniques du fait d'une absence de médecins à demeure dans des spécialités devenues pourtant stratégiques (gériatrie). Il en résulte un affaiblissement de leur dimension culturelle dont le maintien dans le temps pourrait devenir préjudiciable à terme. Afin de retrouver un meilleur équilibre entre leurs différentes dimensions en interne, ces organisations peuvent compter sur une évolution rapide et brutale de leur environnement tant financier, politique que démographique. En effet, ces transformations exogènes constituent pour le manager hospitalier autant d'opportunités dont il peut tirer profit aux fins de modifier les schémas d'action des équipes en place. En effet, en se donnant collectivement l'obligation de s'adapter à un environnement nouveau sous la houlette du manager hospitalier, les équipes seraient en capacité de redéfinir leurs schémas d'actions, donnant par suite un sens nouveau à la structure elle-même. Il s'agirait, pour reprendre les mots d'un sociologue, de faire de la structure « une inscription dans le moment de l'action » (Giddens, 1979). Cette liberté retrouvée a toutefois besoin de s'inscrire dans un cadre d'action issu de la vision stratégique du manager hospitalier. Concrètement, cela signifie que les directeurs des CH ex-HL doivent aujourd'hui trouver le moyen de recruter des médecins salariés, spécialisés en gériatrie, tout en œuvrant au profit de la définition d'un projet commun entre ces derniers et les médecins libéraux. Seul le creuset de ces apprentissages organisationnels collectifs pourra permettre une bonne entente entre ces deux catégories de médecins et donner naissance à une culture commune.

3.2.2 Exploiter les atouts de ces structures en articulant leurs complémentarités

Le schéma exposé ci-avant montre que les EMG et les CH ex-HL sont effectivement complémentaires au titre des dimensions stratégique, structurelle et technique.

Les équipes mobiles de gériatrie présentent des capacités de fluidification du parcours de la personne âgée en intra-hospitalier et recèlent des atouts en termes d'harmonisation du champ technique entre le secteur sanitaire et social puisqu'elle utilise des outils communs aux deux, et pratique une médecine pluridisciplinaire et intégrale la rapprochant de la médecine de ville et des coordonnateurs d'EHPAD. Elle peut donc être l'instrument de l'harmonisation du champ culturel entre la filière gériatrique et gérontologique, sous réserve que ses interventions puissent être effectuées en dehors des murs de l'établissement support.

Les CH ex-HL jouent quant à eux le rôle de passerelle entre la médecine de ville et les EHPAD d'une part, et entre les acteurs extra-hospitaliers et les centres hospitaliers de référence d'autre part. Ils sont par ailleurs intégrés dans un maillage inter-institutionnel étoffé au moyen des nombreuses coopérations mises en œuvre tant avec le CH de référence qu'avec le CHU. Enfin, ils se positionnent comme une plateforme de services ouverte sur l'extérieur, s'érigeant ainsi en l'incarnation physique d'un réseau d'acteurs sanitaires et médico-sociaux œuvrant autour de la personne âgée.

Il peut donc être constaté que, dans l'environnement actuel, les atouts des CH ex-HL et des EMG sont tout à fait complémentaires au sein de la filière gériatrique.

Afin de rééquilibrer l'intrication de leurs différentes dimensions fonctionnelles respectives, il paraît nécessaire de trouver une articulation entre ces organisations qui optimise leurs complémentarités.

En ce sens, le passage ou la présence des EMG au sein des CH ex-HL permettrait de consolider l'affichage des compétences proposées par cet établissement et de renforcer son attractivité sur le territoire. En outre, compte tenu de leur forte spécialisation en gériatrie, les EMG pourraient tenir lieu de vecteur culturel et technique entre les médecins hospitaliers nouvellement recrutés et les médecins libéraux, facilitant ainsi l'élaboration du projet professionnel collectif en interne.

À l'inverse, les CH ex-HL pourraient faire bénéficier aux EMG de leur force structurelle, et, ce faisant, participer au processus de leur structuration. En effet, en leur assurant un cadre physique d'action, les CH ex-HL leur confèreraient une plus grande visibilité sur le territoire ce qui aurait pour conséquence indirecte de renforcer leur légitimité médicale et institutionnelle en interne.

3.2.3 Mieux articuler leurs actions communes avec celles des acteurs extra-hospitaliers

A périmètre constant, les actions communes des CH ex-HL et des EMG doivent pouvoir être articulées avec celles des autres acteurs du territoire en respectant deux axes d'analyse : le flux entre l'intra et l'extra-hospitalier, les liens entre le social et le sanitaire. De ces deux points de vue, un rapprochement resserré entre les CH ex-HL et les EMG au sein de chaque filière devrait permettre aux CH ex-HL d'aider les EMG à sortir du « tout sanitaire ». À l'inverse, lors de ces collaborations rapprochées, les EMG pourraient capitaliser sur son savoir-faire en matière de « plateforme relationnelle » interne afin d'aider les CH ex-HL à fluidifier les relations entre l'intra et l'extra-hospitalier. Cependant, ces mises en synergies se sont valables qu'à court terme. À moyen terme leur environnement de travail risque en effet de connaître une transformation considérable.

Il faut rappeler en effet qu'à cette échéance, l'offre sanitaire du territoire de santé n°5 devrait évoluer dans le sens d'une plus grande intégration de l'organisation des établissements publics de santé sous l'effet conjugué de la mise en œuvre du service public hospitalier territorial de santé et des groupements hospitaliers de territoire.

Le service public hospitalier de santé est né des analyses conduites par Mme Bernadette Victor dans un rapport consacré au sujet. D'après ses conclusions, il devient nécessaire de modifier les pratiques des professionnels afin qu'il ne travaille plus individuellement mais en coopération⁴⁰. C'est pourquoi le rapport préconise de définir le service public territorial de projet comme étant « l'offre de service, résultant d'une organisation contractuelle entre les "offreurs en santé" (sanitaire, médico-social et social) du territoire sous la régulation de l'ARS". En ce sens, le territoire est ici un "territoire de projet", défini en concertation avec les acteurs et les usagers. En conséquence, le Contrat territorial de santé (CTS) viendrait prolonger la notion de Contrat local de santé (CLS), sans pour autant rendre caducs les contrats locaux existants

Lors de son discours du 19 juin 2014 relatif au service public public territorial de santé, Mme Marisol Touraine, ministre de la santé et des affaires sociales, annonçait en outre que l'hôpital allait être doté « d'une responsabilité nouvelle vis-à-vis de son territoire » et qu'à cette fin, il était prévu que la prochaine loi de santé rende « obligatoires les groupements hospitaliers de territoire qui permettront la mutualisation de certaines activités » et « l'adoption d'un projet médical commun. ».

Si, conformément aux déclarations des pouvoirs publics, le contrat territorial de santé et les groupements hospitaliers de territoire venaient à voir le jour, cela aurait pour effet de

⁴⁰ VICTOR B., Rapport sur le Service public territorial de santé (SPTS) et le Service public hospitalier (SPH) remis ce 22 avril à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine

limiter les atouts des CH ex-HL en matière de coopération, d'offres de services de santé et d'articulation entre les différents acteurs locaux. En effet, la coordination des acteurs porteurs de l'offre inter et extra-hospitalière dans le territoire de santé n°5 pourrait dans cette hypothèse faire l'objet d'un contrat territorial de santé. Ce dernier viendrait se substituer, ou à tout le moins, renforcer les filières gériatriques existantes en leur attachant, par voie contractuelle, des offreurs de santé extra-hospitaliers. La filière gériatrique élargie pourrait constituer un préalable à la construction d'une filière gérontologique, obérant toute autre forme d'ententes.

Dans un tel contexte, il deviendrait nécessaire de trouver des dimensions fonctionnelles performantes et complémentaires au sein de structures nouvelles, afin de retrouver un équilibre au plan territorial. À cette fin, il serait envisageable de trouver une nouvelle articulation entre :

- la dimension structurelle portée par les CH ex-HL,
- la dimension technique mise en avant par les EMG,
- la dimension stratégique conceptualisée et défendue par l'ARS.

Il resterait toutefois à développer un champ culturel commun trouvant un écho favorable au sein de chaque organisation. Ce travail d'harmonisation des perceptions entre acteurs distincts pourrait être porté par l'ARS dans la droite ligne du travail de coordination qu'elle a d'ores et déjà engagée, il y a quelques mois, au sujet des filières du territoire. Dans cette perspective, la mise en cohérence culturelle des acteurs prendrait la forme de rencontres régulières, assorties d'une réflexion commune sur ceux des apprentissages organisationnels dont le bénéfice pour le patient pourrait être partagée.

Conclusion

Le recueil de témoignages auprès des directeurs de CH ex-HL et des EMG du territoire n°5 a permis d'établir que ces structures sont des composantes clés au sein des filières gériatriques, alors même que le développement de ces dernières reste aujourd'hui à renforcer.

À cette fin, il semble inutile de rechercher des leviers d'actions du côté des spécificités locales des CH ex-HL et des EMG, car il semble que leur organisation sur le territoire de santé n°5 ne se distingue pas réellement de celle dont le portrait type a pu être brossé au plan national par les corps d'inspection dédiés (IGAS, Cour des comptes).

En revanche, l'étude de leurs dimensions fonctionnelles respectives révèle que ces deux organisations présentent des atouts tout à fait complémentaires. Les CH ex-HL sont en effet des « plateformes » structurées, porteuses d'une vision stratégique dynamique et réactive. À l'inverse, les EMG sont des organisations floues et peu structurées, présentant en revanche d'importantes qualités techniques, dont les potentialités culturelles sont significatives.

Fort de ce constat, le manager hospitalier aura donc à cœur de s'efforcer de modifier l'équilibre des différentes dimensions fonctionnelles à l'intérieur de ces structures. Cela pourrait se traduire par un accompagnement de la restructuration des EMG et une diversification des compétences au sein des CH ex-HL, encadrée par la refonte du projet médical.

Une fois ce rééquilibrage accompli, le manager pourra porter toute son attention au moyen de trouver une meilleure articulation entre eux. À cette fin, il apparaît que la meilleure combinaison possible de leurs complémentarités serait de faire profiter aux EMG de la vitrine des CH ex-HL et de faire bénéficier aux CH ex-HL des compétences des EMG, notamment du point de vue de la fluidification du parcours.

Il n'est toutefois pas exclu que le maillage de l'offre sanitaire territoriale évolue profondément dans le sens d'une plus grande intégration des organisations, sous l'effet conjugué de la mise en place du service public hospitalier territorial et des groupements hospitaliers de territoire. Face à ce contexte renouvelé, le manager hospitalier se trouvera contraint de retrouver un équilibre entre toutes les dimensions fonctionnelles des EMG et des CH Ex-HL en les replaçant, cette fois, dans un cercle élargi à tous les acteurs du territoire. En menant la même réflexion au plan territorial, il apparaît possible de réaliser

une mise en synergie des acteurs en tablant également sur les potentialités stratégiques inhérentes à l'échelon politique (Délégation territoriale de territoire). L'Etat pourrait en effet animer le rapprochement culturel de l'ensemble des acteurs de l'offre sanitaire et médico-social du territoire, et ce, dans le plus grand intérêt du patient âgé.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Agence régionale de santé Bretagne, Projet régional de santé Bretagne 2012-2016, II Prises en charge transversales, III - Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), IV Schéma régional de l'organisation médico-sociale Disponible sur internet :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.125092.0.html>

Conférence de territoire 5 Rennes, Redon, Fougères, Vitré, Programme Territorial de Santé du territoire n° 5. Disponible sur internet :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/8-territoires-de-sante-en-Bret.123372.0.html>

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, Texte non paru au Journal officiel. Disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique. Texte non paru au journal officiel. Disponible sur internet :

http://www.synerpa.fr/sites/default/files/contributeur/BIBLIOTHEQUE2/CIRCULAIRE%2007/15%20circulaire_filiere_geriatrique_28_03_07.pdf

BAS P., Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité grand âge 2007-2012, présenté le 27 juin 2006. Disponible sur internet :

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf

Ville de Rennes, Contrat local de santé, 2013-2015. Disponible sur internet :

http://www.google.fr/url?url=http://metropole.rennes.fr/politiques-publiques/culture-education-vie_sociale/lasante

Département d'Ille et Vilaine, Schéma départemental des services de maintien à domicile, 2011-2015, publié le 26 mai 2011. Disponible sur internet :

<http://www.calameo.com/books/0005290099330d12e3ae8>

Articles (de périodiques)

ORVAIN J., « les mécanismes de structuration de l'activité des équipes de soins : Etude de cas sur la gestion des ulcères de pression », Journal de Gestion et d'Economie Médicales, Vol 31, n°2-3.

FOURNIER P., 2002, « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », Gérontologie et société, 2002/1 n° 100, p. 131-147.

MINO J.-C., LERT F., « Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile », Sciences sociales et santé, mars 2003, Vol.21, n°1.

MARTINEZ M., 2002, « La filière sanitaire et sociale », Revue Hospitalière de France, n°489 Novembre-Décembre 2002, p. 45

Rapports

Cour des Comptes, septembre 2013, Rapport sur « L'avenir des hôpitaux locaux », Sécurité sociale, Paris.

TRILLARD A., Sénateur de Loire Atlantique, juin 2011, Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées, Paris.

ROUSSEAU A.-C., BASTIANELLI J.-P., Rapport de l'IGAS, Mai 2005, « Les équipes mobiles de gériatrie au sein de la filière de soins », Paris.

FOUQUET A. TREGOAT J.J., SITRUK P., Rapport de l'IGAS, mai 2011, « Impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge », Paris.

Dr DE STAMPA M., Dr SOMME D., 2011, « Expertise MAIA, 2ème phase expérimentale 2010-2011 », Paris.

ARS Bretagne, 11 Février 2014, « Enquête auprès des équipes mobiles de gériatrie, Principaux résultats », Rencontre régionale des équipes mobiles de gériatrie, Rennes.

Thèses et mémoires

MUNIER-DUBOIS N., 2004, « La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille-et-Vilaine, les conditions de sa réussite et de sa continuité : une complicité de compétences au service des personnes âgées dépendantes », mémoire pour le diplôme supérieur en travail social : école de service social de la CRAMIF, Université Paris XIII, 125 p.

BRUNET J., 2012, « La filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir pour les CH de proximité », mémoire EHESP.

Conférences

Pr SALLES N. (CHU Bordeaux), étude sur les EMG, 2008 « Fonctionnement des unités mobiles de gériatrie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France) », groupe de travail organisé par la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie, (2008). Annales de Gériatrie

BOUBET-RIVIERES F., LEFAY V., , 30 janvier 2007, « L'EHPAD dans le réseau », Colloque filières gériatriques FHF, Centre Gériatrie, CNEH

Sites internet

Articles issus du site HOSPIMEDIA

Dr MÜLLER C, président de la Conférence des présidents de CME de CHS, 28/10/13 "Les urgences et la prise en charge des personnes âgées font partie des priorités de la psychiatrie"

10/03/14 « L'Igass mise sur l'optimisation des parcours de soins pour réduire les dépenses imputables aux âgés »

24/03/14 « Les négociations pour mieux organiser la ville en lien avec l'hôpital entrent dans le vif du sujet »

15/05/14 « L'observatoire 2014 KPMG pointe les nouvelles activités des Ehpads et leur ouverture sur l'extérieur

Articles issus du site APM

17/03/2014 « Avec 82% de croissance en 2013, les maisons de santé entament la révolution du premier recours » in Le quotidien des médecins

Liste des annexes

Annexe 1 : Répartition du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine en 2009

Annexe 2 : Liste anonyme des personnes rencontrées

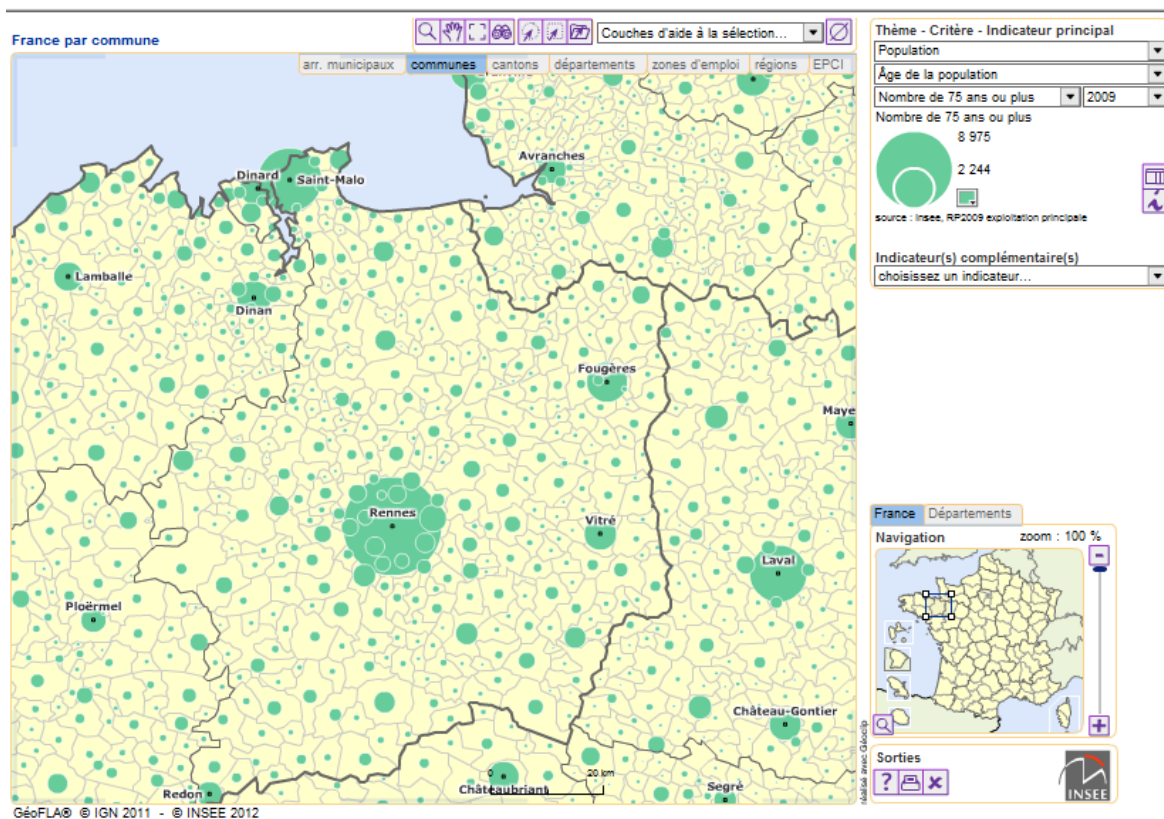
Annexe 3 : Grille d'analyse utilisée lors des entretiens

Annexe 4 : Répartition des hôpitaux locaux sur le territoire 5

Annexe 5 : Densité des médecins généralistes (nombre de médecins pour 10 000 habitants) en Ille et Vilaine

Annexe 6 : Capacités offertes par les CH ex-hôpitaux locaux sur le territoire 5 en 2013

Annexe 1 : Répartition du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en Ile-et-Vilaine en 2009



Annexe 2 : Liste anonyme des personnes rencontrées

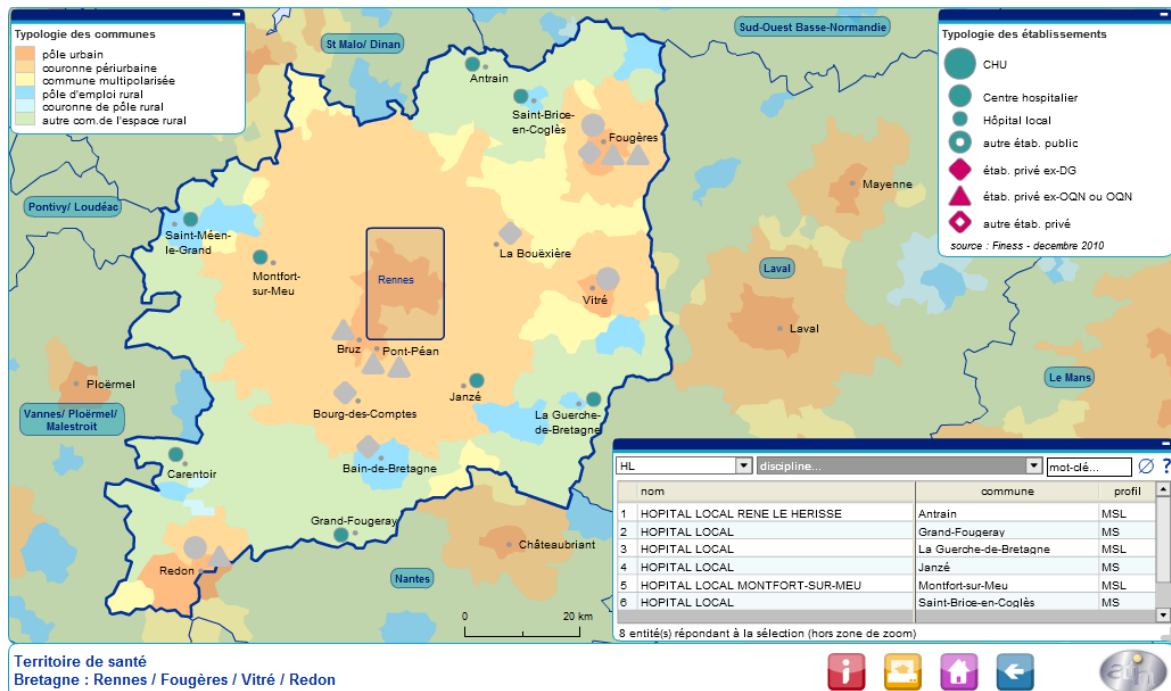
Zone	Nom de l'établissement	Fonction	date Rdv
Fougères	CH Fougères	Médecin de l'EMG	10/07/2014
Fougères	CH de Marches de Bretagne	Directeur du CH	17/06/2014
Redon	CH de Redon	Médecin de l'EMG	07/04/2014
Redon	CH ex-HL de Carentoir	Directeur adjoint, référent de site	15/04/2014
Redon	CH ex-HL de Grand Fougeray	Directeur du CH	06/06/2014
Rennes	CHU Rennes	Médecin de l'EMG	31/03/2014
Rennes	CH ex-HL de Bain de Bretagne	Directeur du CH	01/04/2014
Rennes	CH ex-HL de Janzé	Directeur du CH	24/04/2014
Rennes	CH ex-HL de Saint-Méen le Grand-Montfort sur Meu	Directeur du CH	10/06/2014
Vitré	CH de Vitré	Médecin de l'EMG	27/06/2014
Vitré	CH ex-HL de Guerche de Bretagne	Directeur adjoint, référent de site	30/06/2014

Annexe 3 : Grille d'analyse utilisée lors des entretiens

EMG	Questions
1	Quelle est votre champ d'action ?
2	Quelles sont vos pratiques (projet thérapeutique, accompagnement à la sortie...) ?
3	Quid de l'accompagnement psychiatrique des personnes âgées ?
4	Etat des lieux et constats : qu'est-ce qui peut être amélioré (admissions directes) ?
5	Avec qui travaillez-vous ?
6	Quels sont vos constats par rapport à ces liens professionnels ?
7	Comment, selon vous, la coordination des acteurs peut-elle être améliorée ?
8	Pour vous, quelle est la plus-value pour l'établissement de disposer d'une EMG hospitalière ?
9	Connaissez-vous l'origine et le profil de vos patients ?
10	Que pensez-vous de certaines expérimentations hors-normes (EMG exclusivement externe, urgences gériatriques..) ?
11	Comment, selon vous, l'EMG est-elle perçue par ses partenaires dans l'établissement ?
12	Comment, selon vous, l'EMG est-elle perçue par ses partenaires en dehors de l'établissement ?
13	pas d'ouverture des EMG le WE : est-ce un pb ?
14	Pensez-vous avoir un rôle particulier à jouer dans la mise en place d'une meilleure articulation entre secteurs au profit du patient âgé, voir très âgé ?
15	Comment percevez-vous la filière gériatrique ? Les EMG ont-elles un rôle à jouer dans la structuration des filières de soins ?
16	Que pensez-vous du travail mené sur les filières par l'ARS ?

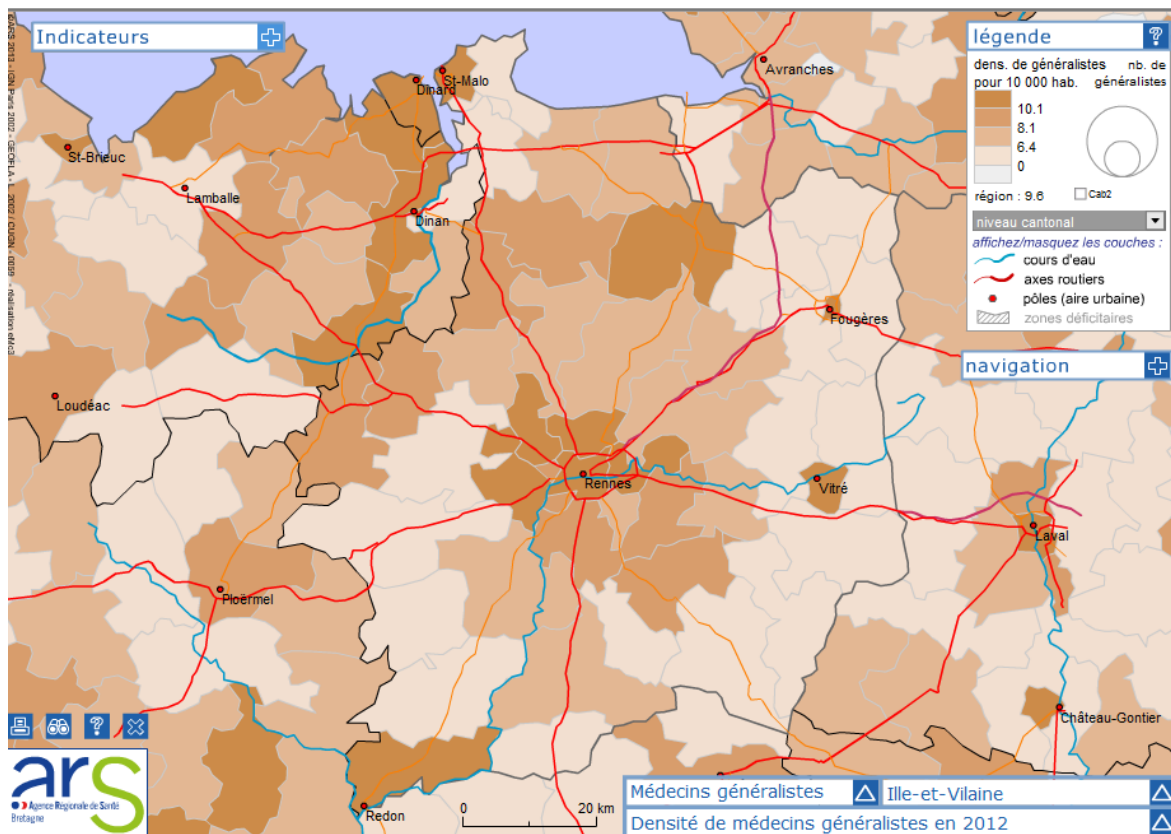
CH ex-HL	Questions
1	Quelles sont vos pratiques par rapport au parcours de soins de la personne âgée (projet thérapeutique, accompagnement à la sortie, visite post-sortie..) ?
2	Quels sont vos outils de suivi ?
3	Quels sont vos moyens ?
4	Quel accompagnement offrez-vous au PA souffrant de problèmes psychiatriques ?
5	Où se trouvent vos files d'attente ?
6	Quelles sont vos relations avec l'hôpital de référence ? Qu'attendez-vous de lui ?
7	Avez-vous des attentes à l'égard des EMG hospitalières ? Que pensez-vous de ces structures ?
8	Quelles sont vos relations avec les EHPAD ? Qu'attendez-vous d'eux ?
9	Quelles sont vos relations avec les médecins libéraux ? Avez-vous un fonctionnement mixte avec médecins salariés ? Si oui, comment cela se passe ?
10	Travaillez-vous avec le CLIC et les structures de coordination du conseil général et/ou avec un réseau pour personnes âgées ? Avec les MAIA ?
11	Quelle est votre politique de fidélisation et de montée en compétences gériatriques des médecins ?
12	Que pensez-vous des filières (gériatrique/ proximité) : cette forme d'organisation apporte-t-elle qqc en termes de coordination des acteurs ?
13	Faites-vous un travail d'analyse du territoire et si oui, selon quelle méthode ?
14	Que pensez-vous des travaux de l'ARS sur le territoire et la coordination des acteurs ?
15	Comment, selon vous, l'hôpital local est-il aujourd'hui perçu par ses partenaires ?
16	Quels sont pour vous les freins d'ordre psychologique ou culturel qui empêche un bon dialogue entre ville/hôpital et entre sanitaire et médico-social ?
17	Comment, selon vous, faciliter le rapprochement entre l'hôpital et les autres acteurs locaux (visite pré-sortie par ex) ?
18	Direction commune et impact sur la coordination ?

Annexe 4 : Répartition des hôpitaux locaux sur le territoire de santé n° 5



Source : ARS

Annexe 5 : Densité des médecins généralistes (nombre de médecins pour 10 000 habitants) en Ile et Vilaine



Annexe 6 : Capacités offertes par les CH ex-hôpitaux locaux sur le territoire 5 en 2013

ETABLISSEMENT	MEDECINE		SSR			USLD	EHPAD			SSIAD
	MEDECINE	dont lits identifiés soins palliatifs	Spécialisé	Polyvalent	dont lits coma végétatifs		EHPAD	dont hébergement temporaire	dont unité Alzheimer	
CH JANZE	12	3		25			149	4		
CH LE GRAND FOUGERAY				21	5		95	3		
CH LA GUERCHE De BRETAGNE	20			20	3		270			
CH MONTFORT SUR MEU	11			31	6	30	138	5	25	42
CH SAINT MEEN LE GRAND	20			40			175			57
CH CARENTOIR				20			71		15	62
CH BAIN DE BRETAGNE SAIN THOMAS DE VILLENEUVE	38		24	40			252			
CH LES MARCHES DE BRETAGNE ANTRAIN SAINT BRICE EN COGLES	12	2	40	25			292	19	20	27

Source : Programme du territoire de santé n°5, Rennes, Fougères, Vitré, Redon, DT 35, 23 mars 2013

MARLOT

Estelle

Décembre 2014

Directeur d'hôpital

2013-2015

Coordination des acteurs de santé autour des personnes âgées en territoire de santé n°5 (Ille et Vilaine) : vers une filière gériatologique?

Résumé :

L'hôpital accueille aujourd'hui un nombre croissant de patients très âgés, polyopathologiques et en perte d'autonomie, générant pour lui une augmentation d'activité. Cependant, il faut veiller à ce que cette hausse ne soit pas synonyme d'hospitalisations injustifiées ou inutiles car celles-ci entraînent souvent une accélération de l'entrée en dépendance des personnes âgées. C'est pourquoi l'hôpital doit réussir le double défi d'adapter son organisation en vue d'accueillir un nombre croissant de personnes âgées et de veiller à la continuité permanente de leurs parcours de soins. Sur le territoire, cela a notamment pour traduction une meilleure articulation entre la filière gériatrique (acteurs hospitaliers) et la filière gériatologique (acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers).

Afin de comprendre comment améliorer la qualité du parcours à travers une meilleure coordination des acteurs, le parti a été pris d'étudier les potentialités de deux composantes clés de la filière gériatrique que sont : l'équipe mobile de gériatrie (EMG) d'une part, et le centre hospitalier ex-hôpital local, d'autre part. Dans ce but, les représentants de ces structures sur le territoire de santé n°5 ont tous été interrogés afin de comprendre comment ces deux composantes, si elles étaient différemment articulées ou positionnées, pourraient contribuer à améliorer la fluidification et l'extension de la filière gériatrique sur le territoire.

Cette enquête a permis de mettre en exergue que les EMG présentent généralement une organisation peu structurée dont le champ d'action dépasse difficilement le cadre sanitaire. À l'inverse, les CH ex-HL font preuve d'une stratégie et d'un positionnement original leur permettant de s'adapter en permanence aux évolutions de leur environnement. En étudiant de plus près leurs potentialités intrinsèques, il apparaît que ces organisations en santé présentent des atouts tout à fait complémentaires. En effet, les EMG ont des atouts techniques mais se montrent plus faibles au plan de la structure et de la stratégie. Inversement, les CH ex-HL sont des structures très réactives mais leurs compétences sont actuellement remises en question.

Pour améliorer la fluidité du parcours de soins de la personne âgée sur le territoire, le manager hospitalier se doit donc de consolider les points de faiblesses de ces deux organisations avant d'articuler leurs complémentarités afin qu'elles se renforcent réciproquement. Une fois ce travail accompli, des synergies pourront être utilement développées avec les autres acteurs du territoire, dans l'intérêt du patient.

Mots clés :

Filière gériatrique – filière gérontologique – équipes mobiles de gériatrie – centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux – coordination – personnes âgées – parcours de soins – dimensions fonctionnelles – territoire de santé n°5

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