



**Directeur d'établissement sanitaire,
social et Médico-social**

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

La filière gériatrique de proximité :
**Une réponse d'avenir pour les centres
hospitaliers de proximité**

Illustration avec le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand

Julien BRUNET

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire :

Je remercie tout d'abord, Monsieur Bruno Hervio, directeur du centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand, pour son accueil, son partage d'expérience et ses conseils avisés. J'ajoute mes remerciements à Monsieur Frédérique Brive, directeur adjoint, qui, arrivé au cours de mon stage, m'a tout de suite fait confiance et considéré comme un membre à part entière de l'équipe de direction.

Aucun établissement ne saurait fonctionner sans ses agents, aussi, je remercie l'équipe administrative pour son accueil, son professionnalisme et sa bonne humeur. Je ne peux oublier l'ensemble des agents de l'établissement, toujours ouvert au partage de leur profession.

Enfin, je remercie l'ensemble des personnes (que je ne saurais citer de peur d'en oublier une), qui m'ont aidé, conseillé et soutenu dans la réalisation de ce mémoire et au cours de ces deux années de formation.



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1^{ÈRE} PARTIE : La filière gériatrique de proximité, réponses aux multiples enjeux des « ex hôpitaux locaux »	5
I. DU CONCEPT DE FILIÈRE GÉRIATRIQUE À CELUI DE FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ	5
II. LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ : UNE RÉPONSE AUX ENJEUX DE QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES.....	10
III. LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ : LEVIER IMPORTANT POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX STRATÉGIQUES DES CENTRES HOSPITALIERS DE PROXIMITÉ	14
2^{ÈME} PARTIE : Le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand, diagnostic pour la mise en place d'une filiere geriatrique de proximite	19
I. UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ JUSTIFIÉE PAR LES CARACTÉRISTIQUES DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND.....	19
II. DE VÉRITABLES ATOUS SUR LESQUELS APPUYER LA CONSTRUCTION D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ	27
III. UNE NOUVELLE ORGANISATION DEVANT PRENDRE EN COMPTE CERTAINES CONTRAINTES	36
3^{ÈME} PARTIE : Plan d'action pour le développement d'une filière gériatrique de proximité	43
AXE 1 : ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE FILIÈRE.....	43
AXE 2 : PERFECTIONNEMENT DE L'ORGANISATION INTERNE	49
AXE 3 : CONSTRUCTION UNE FILIÈRE EXTERNE.....	56
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	73



LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ANHL	Association Nationale des Hôpitaux locaux
ARS	Agence régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAUDHEM	Coordination de l'AUtonomie, de la Dépendance, du Handicap Et de la Médiation en Brocéliande
CH	Centre Hospitalier
CH SMG	Centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CME	Commission Médicale d'Établissement
CRG	Centre Régional de Gériatrie
D3S	Directeur d'établissements Sanitaire, Social et Médico-social
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG	Équipe Mobile de Gériatrie
ENC	Étude Nationale des Coûts
EPRD	État prévisionnel des recettes et des Dépenses
EPS	Établissement Public de Santé
ETP	Équivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de séjour
GIP	Groupe d'Intérêt Public
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	Gir Moyen Pondéré



HL	Hôpital Local
HPST	loi Hôpital Patient Santé et Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National des Statistiques et Études Économiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LISP	Lit Identifié Soins Palliatifs
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
ORIS	Outil de Régulation des Inscriptions en Ssr
ORSB	Observatoire Régional de Santé de Bretagne
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RORLIN	Réseau opérationnel Rennais de Lutte contre les Infections nosocomiales
SEP	Sclérose En Plaques
SSIAD	Service de Soins infirmiers A Domicile
SSR	Service de Soins de suite et de Réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
USLD	Unité de soins de longue durée



INTRODUCTION

Parfois présenté comme inutile, mal appréhendé par les usagers, souvent peu considéré par les grands centres hospitaliers et leurs praticiens spécialisés, l'hôpital local, devenu centre hospitalier de proximité (Loi Hôpital Patient Santé Territoire¹), occupe une place particulière dans le système de santé français. Confronté aujourd'hui à de nombreux défis, il devient essentiel, pour lui, de penser et imaginer ses évolutions et ses mutations, afin de répondre à ces nouveaux enjeux.

Héritier des anciens hospices, les ex-hôpitaux locaux sont spécifiques par leur taille et les services qu'ils développent. En effet, ils ont souvent la taille d'un seul service hospitalier classique (30-40 lits), ont des établissements pour personnes âgées dépendantes fréquemment rattachés et ne possèdent que de petits plateaux techniques. Ces hôpitaux ont souvent une vocation gériatrique même si certains d'entre eux ont développé d'autres activités (addictologie, suivi psychiatrique...). Les centres hospitaliers de proximité ont une place particulière dans le système de soins. Ils sont souvent implantés dans des zones rurales et représentent une offre hospitalière de premier recours. De plus, la pratique de médecins généralistes au sein de ces structures leur donne un ancrage territorial et permet l'exercice d'une offre de soins de proximité. Les ex-hôpitaux locaux ont également un rôle de pivot entre médecine libérale et médecine hospitalière, qui ont toutes deux des cultures différentes. Ils sont donc des intermédiaires entre la médecine ambulatoire et l'hôpital. Pour reprendre l'expression de Bernard Sportès², les centres hospitaliers de proximité apparaissent comme des : « institutions hybrides et pour tout dire bizarres [...] mais ces établissements laissent entrevoir une évolution possible de la médecine et de l'hôpital ».

Les ex-hôpitaux locaux, comme l'ensemble du système hospitalier, sont confrontés à d'importants défis auxquels les établissements doivent s'adapter. Le premier est le vieillissement de la population. Décrit dans de nombreux ouvrages et études, ce phénomène entraîne une augmentation des besoins tant médicaux que médico-sociaux. Le deuxième enjeu, lié au vieillissement, concerne les caractéristiques de la personne âgée. Le patient âgé est fragile, poly pathologique, apeuré par le monde hospitalier, a des problèmes médicaux souvent couplés à une problématique sociale ou psychologique. Le système hospitalier doit donc prendre en compte et répondre à ces caractéristiques. Au-delà de la problématique des soins ou des prises en charge, les centres hospitaliers de proximité sont également confrontés à une contrainte budgétaire et à une recherche, de la part des pouvoirs publics, d'efficience du système de soins. Cet enjeu

Le lecteur est informé que les notes de bas de page en caractère **gras** font référence à des précisions de l'auteur, celles en caractère normal concerne des références bibliographiques.

¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

² SPORTES B., Juin 2009, « L'hôpital des généralistes », *Médecine*, Volume 5, Numéro 6, p. 278

consiste à garantir des prises en charge optimales (correspondant aux besoins du patient) à un coût le plus faible disponible dans l'ensemble du système de soins. Les ex-hôpitaux locaux devront donc veiller à répondre à cette exigence et ainsi justifier la pertinence de cet échelon hospitalier. Enfin, les hôpitaux locaux sont confrontés à des défis stratégiques. Ils devront s'adapter à des problématiques telles que la mise en place de la tarification à l'activité, garantir leur attractivité sur leur territoire d'influence ou encore assurer la pérennité de leurs différents services (de médecine et médico-sociaux) à travers leur activité et la concordance des services proposés avec les besoins de la population.

Pour garantir leur avenir, les centres hospitaliers de proximité doivent donc évoluer et justifier leur rôle dans le système de santé. L'une des réponses possibles, qui fait l'objet de ce mémoire, est la filière gériatrique de proximité.

La filière gériatrique est devenue l'un des paradigmes de la prise en charge des personnes âgées. Elle s'entend comme : « un dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé »³. La filière est donc une évolution organisationnelle qui vise à développer la connaissance et les coopérations entre les différents acteurs, afin de garantir une prise en charge optimale pour l'ensemble des patients âgés. Cependant, ce concept reste encore « hospitalo-centré » autour de grands centres hospitaliers sur un espace géographique très large (souvent le territoire de santé), et peinant à faire la jonction entre hôpital et médecine de ville. Aussi, en l'absence de filière sur le territoire, ou pour améliorer son fonctionnement, il peut être envisagé de « décentraliser » le concept et de créer une filière gériatrique de proximité.

Le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand est un ex-hôpital local, situé à 40 km des principales villes du département. Reconnu sur son territoire pour la prise en charge des personnes âgées, il dispose de services de médecine, de soins de suite et de réadaptation et dispose de trois résidences pour personnes âgées dépendantes. Il gère également un service de soins infirmiers à domicile. Enfin, il propose un service de prise en charge pour patient atteint de scléroses en plaques.

L'hôpital semble présenter un triple intérêt à développer une nouvelle organisation. Premièrement, ses caractéristiques le positionnent aux deux bouts de la chaîne hospitalière : en amont pour prévenir les hospitalisations et leurs conséquences, en aval pour fluidifier les sorties des patients de son territoire. Son premier intérêt est donc d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées sur son territoire d'influence. Ensuite, sur cet espace géographique, il peut être opportun d'organiser et de coordonner les offres disponibles, notamment avec le secteur médico-social et les professionnels libéraux. Enfin, d'un point de vue interne, le centre hospitalier

³ JEANDEL C, PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, Un programme pour la gériatrie, objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, Paris, p.4.

de Saint-Méen-le-Grand est confronté à certains enjeux stratégiques, notamment la mise en place de la tarification à l'activité, la pérennisation de ses différents services ou prestations ou encore le développement de l'attractivité de l'établissement vis-à-vis des usagers et des professionnels de santé.

La réflexion menée tout au long de ce travail découle de l'observation d'une situation précise, celle du centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand. Cet établissement réfléchit actuellement aux moyens d'améliorer la prise en charge de ses usagers tout en prenant en compte les différents enjeux énoncés précédemment. Tout l'intérêt de ce travail sera donc de proposer une réponse professionnelle, pratique et viable, découlant de l'observation et de l'étude d'un terrain particulier et pouvant être mise en place par l'hôpital. Cependant, les actions proposées peuvent avoir vocation à être adaptées à d'autres établissements.

Ce mémoire s'attachera à montrer l'intérêt, pour le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand, de développer une filière gériatrique de proximité. Pour cela, il sera opportun de répondre à quatre points complémentaires. Qu'est ce qu'une filière gériatrique de proximité ? Comment peut-elle apporter une réponse aux enjeux des ex-hôpitaux locaux ? Quels sont les atouts et contraintes qu'elle doit prendre en compte ? Enfin, comment mettre en place une telle organisation ?

Dans la première partie, nous verrons que la filière gériatrique de proximité est un concept organisationnel visant à structurer et coordonner l'ensemble des offres de soins et offres médico-sociales, destinées aux personnes âgées (I). Cette organisation aura comme principal objet, d'apporter des réponses aux enjeux liés à la qualité de la prise en charge d'usagers spécifiques, que sont les personnes âgées (II). En outre, ce concept apporte des solutions d'ordre stratégique aux établissements qui le mettent en place (III).

Ensuite, nous verrons que le développement d'une filière gériatrique de proximité est tout à fait justifié par les caractéristiques du centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand (I). Celui-ci possède des atouts dans son organisation, sur lesquels la mise en place d'une telle organisation pourra s'appuyer (II). Néanmoins, l'établissement doit également prendre en compte certains obstacles pouvant freiner les évolutions souhaitées (III).

Enfin, la troisième partie présentera un plan d'actions permettant le développement d'une filière gériatrique de proximité par le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand. Ce plan sera décliné en trois axes : l'élaboration d'une stratégie de filière (I), l'amélioration de l'organisation interne (II) et la construction d'une filière externe (III).

MÉTHODOLOGIE

La réalisation de ce mémoire se base sur le recueil et le traitement d'information recueillie de différentes façons. Ces informations sont la base de la réflexion menée dans ce mémoire

- **La recherche bibliographique :** La maîtrise des termes demande une recherche bibliographique d'ouvrages, d'articles traitant du sujet. Il s'agit également d'appréhender des expérimentations réalisées, la publication de plan ou texte législatifs en lien avec le sujet, afin de posséder une vision des publications existantes sur le sujet. Cette étape est indispensable pour délimiter les contours du mémoire. Cette recherche de documentation s'est également faite sur les documents internes du centre hospitaliers et notamment les rapports d'activités, projet d'établissement ou documents budgétaires. Chaque apport bibliographique fera l'objet d'une note de bas de page.
- **Les entretiens semi-directifs :** Pour recueillir les avis, interrogations et propositions des différents professionnels de terrain, l'utilisation de ce type d'entretien paraît requise. Ont été interrogés sous cette forme : Un directeur, une cadre de santé, une assistante sociale, un médecin coordonnateur⁴. L'annexe I présente les guides d'entretiens. Ces entretiens ont duré entre 30 minutes et une heure, ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une retranscription écrite.
- **Le carnet de note :** les entretiens semi-directifs peuvent paraître impressionnants (enregistrement, peur de se voir citer dans le mémoire...) et limiter la parole de certains interlocuteurs. Ainsi, la parole est plus « libre » lors de réunion, groupe de travail ou discussions informelles. Pour pouvoir capter et enregistrer ces informations, observations et avis, je possédais un carnet de note me permettant de noter les réflexions intéressantes, leurs auteurs et le contexte. Ce recueil d'information se rapproche fortement du type de collecte d'un directeur sur le terrain. Ce carnet de note me permettait également de noter l'ensemble des observations de terrains en rapport avec le sujet du mémoire.
- **Démarche participative :** La réalisation d'un stage de professionnalisation a été l'occasion de pouvoir participer à différents projets, réunions et groupes de travail, parfois en lien direct avec le sujet. Ont enrichi ce mémoire : la réponse d'un appel à projet de l'agence régionale de santé en liens avec le parcours de soins des personnes âgées, la participation à un groupe de travail sur la sortie de services de soins de suite, des réunions sur la préparation au passage de la tarification à l'activité ou encore la participation à des réunions des professionnels du territoire.

⁴ L'anonymat ayant été garanti lors des entretiens, seules les fonctions des personnes interrogées seront indiquées

PREMIÈRE PARTIE :**LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ, RÉPONSES AUX MULTIPLES ENJEUX DES « EX HÔPITAUX LOCAUX »**

Depuis plusieurs années, la constitution de filières gériatriques est préconisée par les pouvoirs publics dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées. Ce modèle organisationnel (I), répond à la fois à des enjeux de réponse aux besoins du patient âgé (II) mais aussi à des enjeux stratégiques pour les nouveaux centres hospitaliers de proximité (III).

I. Du concept de filière gériatrique à celui de filière gériatrique de proximité

La filière gériatrique est un mode d'organisation visant à graduer, lier et coordonner les différentes prestations et services destinés à la personne âgée (A). Les « ex-hôpitaux locaux » en sont des acteurs essentiels (B) et peuvent transposer ce modèle sur leur territoire de proximité (C).

A) La filière de soins gériatriques

Reprenant un concept industriel et commercial, la filière de soins peut être définie comme : « l'ensemble des unités élémentaires, fonctionnelles ou géographiques, intervenant dans la prise en charge médico-sociale des patients »⁵. Dans le cadre de la gériatrie, la notion de filière est pertinente pour plusieurs raisons : diversité des besoins, adaptabilité indispensable de l'offre à ces besoins, multitude des acteurs intervenants et enfin caractère de fragilité de la personne âgée qui impose un parcours de soins efficient.

Les circulaires du 18 mars 2002⁶ et du 28 mars 2007⁷ sont les deux principaux textes détaillant l'organisation d'une filière gériatrique. Même si ces textes n'ont pas de valeur impérative, ils contiennent une définition du concept de filière, des composantes de cette organisation ainsi que des préconisations en matière d'offres disponibles, fonction de la population âgée de plus de 75 ans. Ainsi, la circulaire du 28 mars 2007 définit la filière gériatrique comme : « une modalité d'organisation cohérente et graduée de soins gériatriques, sur un territoire donné et a pour objet

⁵ DRUNAT O., HOLSTEIN V., LUTZLER, janvier 1997, « Intérêt du concept de filière de soins pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie », *Gestions hospitalières*, N°362, p.45

⁶ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

⁷ Circulaire DHOS/O2 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé, en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé »

Cette définition donne les éléments importants, qui permettent la concrétisation d'une filière de soins gériatriques. Tout d'abord, elle est un concept organisationnel. Il est important de noter qu'il ne s'agit pas d'une entité supplémentaire mais bien de la structuration de dispositifs, acteurs et établissements existants. Cette organisation doit permettre de développer une coordination, des partenariats et des synergies, garantissant une prise en charge globale, adaptée et continue de la personne âgée.

Ensuite, la filière gériatrique s'impose sur un territoire et notamment sur un territoire de santé. Elle doit être organisée autour d'un centre hospitalier (CH) de référence, possédant des services et une expertise à vocation gériatrique. Autour de cet établissement référent, des partenariats doivent être mis en place avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès de personnes âgées. Par ailleurs, devront être associés dans cette organisation, l'ensemble des CH du territoire et notamment ceux de proximité, les établissements et services médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, les services d'orientation et notamment les Centres locaux d'Information et de coordination (CLIC).

La filière gériatrique doit également couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en garantissant un accès à l'ensemble des maillons de la filière. Elle devra être composée de différentes structures de soins, dont : un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie (EMG), une unité de consultation et d'hospitalisation de jour, des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), des unités de soins de longue durée (USLD), des services médico-sociaux et principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La filière gériatrique est donc une organisation qui permet de lier et de coordonner l'ensemble des acteurs et des prises en charge à destination des personnes âgées. Cette filière devra orienter sa politique selon trois axes majeurs⁸ : L'accès aux soins de proximité, le développement de courts séjours gériatriques et l'organisation de structures d'aval sanitaire et médico-sociale.

B) Les centres hospitaliers de proximité, acteurs essentiels de la filière gériatrique

Héritier des anciens hospices, destinés à accueillir les indigents, l'hôpital local (HL) a vu son rôle évolué tout au long des soixante dernières années, pour devenir aujourd'hui un acteur spécifique et essentiel du système de santé français.

⁸ BARTHE MONTAGNE C., 2009, *L'évolution de la politique institutionnelle d'un hôpital local dans la spécificité gériatrique, l'expérience de l'hôpital local de Lunel*, Mémoire EHESP, p.17

D'abord dénommé hôpital rural⁹, il se voit confier une activité de médecine et parfois de maternité en sus de celle d'hospice. En 1972, l'hôpital rural devient hôpital local¹⁰, mais les missions de ces établissements demeurent floues face aux nombreux types de population qu'ils accueillent (personnes âgées, personnes handicapées, mère/enfant...). Aussi, la loi du 31 juillet 1991¹¹ consacre l'HL comme établissement public de santé (EPS), mais n'évite pas que l'activité des hôpitaux locaux se recentre sur l'hébergement de personnes âgées. La circulaire du 28 mai 2003¹² entend donner une nouvelle place aux hôpitaux locaux en définissant ses missions et activités et consacrant ainsi l'HL comme premier niveau de prise en charge sanitaire. Enfin, la loi du 21 juillet 2009¹³, supprime le régime juridique des hôpitaux locaux qui deviennent des centres hospitaliers de proximité¹⁴. Cependant, malgré cette volonté de convergence de l'ensemble des EPS, l'histoire de ces hôpitaux leur a donné une physionomie particulière, leur donnant aujourd'hui un rôle central dans le fonctionnement des filières de soins gériatriques.

La circulaire du 18 mars 2002, reconnaît la place des centres hospitaliers de proximité dans les filières gériatriques. En effet, ces établissements possèdent des caractéristiques et spécificités qui peuvent permettre d'améliorer le fonctionnement et la réussite de la filière, notamment en permettant la fluidité du parcours de l'usager, en garantissant une prise en charge graduée, en évitant certaines hospitalisations, en se situant en amont des urgences ou encore en se positionnant comme réponse d'aval¹⁵.

La première de ces caractéristiques est définie par la circulaire du 28 mai 2003 et donne les missions et activités privilégiées des ex-HL. Ceux-ci ont pour objet de : « dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée, des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée comportant un hébergement »¹⁶. Ces établissements sont ainsi marqués par une double vocation : sanitaire avec des services de médecine et SSR et médico-sociale avec des services tels les EHPAD ou services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les CH de proximité disposent d'un bouquet de services généralistes et polyvalents, principalement à vocation gériatrique et représentent le premier niveau de recours aux soins hospitaliers.

Le territoire d'implantation est également caractéristique des ex-HL, spécialement marqué par la notion de proximité. Ces établissements s'adressent à des bassins de vie au rayon

⁹ Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière et Décret n°59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics.

¹⁰ Décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier.

¹¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹² Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁴ Les « ex hôpitaux locaux », sont soumis aux mêmes règles juridiques que l'ensemble des EPS

¹⁵ Cf. II de la première partie

¹⁶ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

géographique limité¹⁷ et la grande majorité des centres hospitaliers de proximité sont implantés sur des zones rurales. Ainsi, selon l'association nationale des hôpitaux locaux (ANHL), 85 % des ex-hôpitaux locaux se situent en zone rurale¹⁸ et s'adressent à des populations éloignées des CH ayant des plateaux techniques plus développés. De plus, ces établissements se localisent le plus souvent sur des territoires à faible densité médicale, voire en zone médicale fragile¹⁹. Ainsi, pour la population concernée, les centres hospitaliers de proximité représentent une composante importante de l'accessibilité à une offre de soins de premier recours.

La dernière caractéristique importante est le mode d'organisation de ces établissements. Du point de vue médical, les établissements fonctionnent principalement avec les médecins généralistes autorisés à exercer dans la structure. Même si certains établissements emploient des praticiens hospitaliers, la part de ces médecins salariés reste faible. Les ex-HL ont donc un rapport privilégié avec la médecine libérale et plus globalement avec le secteur ambulatoire (infirmiers, kinésithérapeutes, laboratoires...). Ensuite, n'ayant pas de plateaux techniques développés, les CH de proximité ont l'obligation et la nécessité de développer des partenariats avec d'autres centres hospitaliers, notamment en termes d'accès au plateau technique. Ainsi, par leur mode d'organisation, les centres hospitaliers de proximité ont une réelle expérience des collaborations et partenariats avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient âgé.

Les centres hospitaliers de proximité sont des acteurs essentiels d'une filière gériatrique, faisant le lien entre secteur sanitaire, médico-social et ambulatoire. Ayant un territoire de proximité identifié, un panel de service de prise en charge gradué et développé en gériatrie ainsi que des relations spécifiques avec les acteurs de santé du territoire, les centres hospitaliers de proximité peuvent avoir intérêt à élaborer une filière gériatrique de proximité.

C) Vers une décentralisation de la filière de territoire : la filière gériatrique de proximité

Étant principalement élaboré au niveau du territoire de santé, le concept de filière peut être décliné au niveau local par les centres hospitaliers de proximité. Cette organisation peut être mise en place pour plusieurs raisons et notamment pour pallier l'absence de filière de territoire, améliorer l'organisation et la coordination des services de l'établissement ou encore pour améliorer optimiser le fonctionnement de la filière mise en place au niveau du territoire de santé²⁰.

¹⁷ 20 communes en moyenne. Source : LORSON P., novembre-décembre 2006, « Hôpital local, l'équipement sanitaire des pôles ruraux », *Revue hospitalière de France*, N°513, p.53.

¹⁸ ANHL, AGHL, octobre 2010, *Hôpital local, vers un centre hospitalier de santé communautaire*, p.15

¹⁹ Si l'on regroupe les données de l'assurance maladie et des territoires d'implantation des hôpitaux locaux, 25% de ces derniers se situent en zone médicale fragile.

²⁰ Cf. II et III de la première partie

La filière gériatrique de proximité est une adaptation de l'organisation en filière. L'annexe II présente le schéma de ce fonctionnement. La filière s'inscrit sur un territoire, pouvant être qualifié de proximité. Proximité au niveau géographique, le rayon d'influence est limité au canton d'implantation de l'établissement ainsi qu'aux cantons limitrophes. Proximité populationnelle, la filière gériatrique de proximité concerne un bassin de vie identifié. Enfin, la proximité concerne également les acteurs de la prise en charge, la filière permet d'organiser les relations avec les différents professionnels et établissements présents sur le territoire de proximité.

Le fonctionnement de la filière est composé de deux sous-organisations. La première, la filière interne permettra de lier l'ensemble des séjours, prises en charge et services propres à l'établissement. Elle devra permettre un accès gradué à l'ensemble de la population du territoire et garantir une fluidité et une coordination du parcours entre les services sanitaires, médico-sociaux et tout autre service que pourrait proposer l'établissement (consultations avancées, évaluations gériatriques...)

La filière externe développe les liens, les coopérations et les actions avec les partenaires du territoire. Il s'agit de créer des échanges bilatéraux, permettant de mettre en place des stratégies « gagnant-gagnant ». En premier lieu, il s'agit d'accentuer les liens avec les CH ayant un plateau technique plus développé, voire avec le CH de référence lorsque la filière de territoire existe. Ces échanges pourront concerner l'accès au plateau technique, les solutions d'aval, ou encore la prise en charge en amont. Le deuxième type d'échange concerne les partenaires de proximité et principalement les professionnels libéraux et les structures médico-sociales. Les partenariats concerneront les solutions d'aval pour le CH de proximité, les modalités d'admissions et de coordination ainsi que les stratégies communes sur le territoire.

La filière gériatrique de proximité représente une décentralisation du concept de filière gériatrique de territoire. Même si cette dernière ne dispose pas de l'ensemble des services destinés aux patients âgés, elle permet d'organiser une offre de soins et de prise en charge de proximité. De plus, avec sa filière externe elle garantit l'accès à des services plus spécialisés mais aussi une meilleure coordination avec l'ensemble des acteurs. La mise en place d'une telle organisation peut permettre aux centres hospitaliers de proximité de répondre à des enjeux essentiels que ce soit en termes de qualité de prise en charge ou de stratégies pour l'avenir.

II. La filière gériatrique de proximité : une réponse aux enjeux de qualité de la prise en charge des personnes âgées

Le développement d'une filière gériatrique a pour principal objet d'améliorer la prise en charge du patient âgé. Elle permet d'offrir une offre de soins de proximité, globale et graduée (A), garantit un parcours de soins fluide et sans rupture (B) et cherche à éviter les hospitalisations inappropriées (C).

A) Proposer une offre de soins globale, graduée et proche du patient

La définition, que donne la circulaire du 28 mars 2007²¹, du patient âgé montre bien les spécificités propres à ce patient. Celui-ci est marqué par la présence de plusieurs pathologies chroniques (profil polyopathologique) dont des pathologies neuro-dégénératives, par un risque de dépendance majeur et par l'intrication de problèmes sociaux. Ces spécificités imposent une prise en charge transversale, reposant sur une approche pluridisciplinaire et permettant de prendre en compte les besoins médicaux et sociaux.

La filière gériatrique de proximité doit s'attacher à proposer une offre globale de services permettant d'intégrer l'ensemble des parcours possibles et prenant en compte le caractère évolutif et peu prévisible des besoins de santé du patient âgé. La filière permettra l'accès à différentes compétences et expertises, que ce soit par l'intermédiaire des services propres à l'établissement²² (filiale interne) ou par celui de partenariats et coopérations entre les différents acteurs du territoire²³ (filiale externe).

La filière gériatrique permet un accès gradué à l'offre de soins. Cette graduation a pour objectif de garantir une prise en charge optimale, c'est-à-dire possédant le meilleur équilibre entre les bénéfices attendus de la prise en charge et les risques ou difficultés qui pourraient en découler, notamment en cas d'hospitalisation. Cette organisation propose une offre de services sanitaires et médico-sociaux qui peuvent intervenir à différents degrés de besoins (médicaux, sociaux, psychologiques...). Cependant, son efficacité ne peut être atteinte qu'avec la mise en place d'évaluations, notamment gériatriques, permettant de déterminer les besoins requis par l'état de santé de la personne âgée.

²¹ Annexe II de la circulaire

²² Il s'agit des services de l'établissement (court séjour, SSR, SSIAD, EHPAD, consultations avancées...) mais aussi des compétences (Kinésithérapeute, ergothérapeute, assistant social, nutritionniste...)

²³ Notamment dans les domaines suivants: neurologie, cardiologie, psychiatrie, rhumatologie, pneumologie...

La filière gériatrique renforce également une offre de soins de proximité. Cette proximité peut être définie par trois critères dits d'accessibilité²⁴. Tout d'abord, une accessibilité géographique, particulièrement important chez les personnes âgées qui évite toute rupture avec l'environnement habituel. Une accessibilité culturelle, où les patients du territoire doivent connaître l'offre et savoir en bénéficier²⁵. Enfin, financière, qui permet de garantir un accès égal quels que soient les revenus, notamment pour le secteur médico-social. Cette offre de proximité, dont le médecin généraliste est le pivot répond à trois objectifs de qualité : une offre de soins polyvalente, une amélioration de l'orientation dans le système de santé et une réponse à la diversité des besoins propres à la prise en charge des patients âgés.

La filière gériatrique permet de proposer aux personnes âgées une offre de soins qui correspond à leurs besoins et proche de leur environnement. Cependant, pour garantir une qualité optimale, la filière devra être capable de coordonner le parcours entre les différentes offres et éviter toute rupture de prise en charge.

B) Garantir un parcours de soins fluide et sans rupture

Le parcours de soins peut être défini comme : « L'ensemble des étapes que va suivre le patient tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation »²⁶. Dès lors, la filière devra garantir une fluidité de ce parcours, mais également l'absence de rupture dans celui-ci. Le premier terme, montre la nécessité d'enchaîner les différents maillons du parcours de façon coordonnée et individualisée en fonction des spécificités du patient. Le deuxième terme peut être illustré par la phrase du Dr Trunkey²⁷, la filière doit s'attacher : « à amener le bon patient, au bon endroit, au bon moment ». Ainsi, par son organisation, la filière gériatrique doit empêcher toute « perte de chance » pour le patient en lui garantissant une prise en charge optimale dans le système de soins et une réactivité face à l'évolution de ses besoins.

La fluidité du parcours de soins peut être entravée pour plusieurs raisons. La première, est le manque de solution d'aval qui se traduit par un encombrement des lits d'hôpitaux par les patients âgés. Ce phénomène de « bed-blocker »²⁸ est aggravé par trois facteurs. Le premier, social, est dû à l'isolement de certains patients âgés et à l'impossibilité d'un retour à domicile. En l'absence de solution d'aval il reste hospitalisé. Le deuxième, est un facteur financier, les familles

²⁴ HUBERT E., 2010, *Médecine et soins de proximité*, Collectif Inter associatif sur la santé, p.7

²⁵ Plus l'offre de soins est éloignée, spécialisée et massive, moins cette offre est accessible pour un patient âgé

²⁶ CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, *Le parcours de soins du patient: un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire*, Mémoire élève Directeurs des soins, EHESP, p.5

²⁷ . Initialement destinée à définir la médecine d'urgence

²⁸ FOUQUET A., SITRUK P., TREGOAT J.J., 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Inspection générale des affaires sociales, p.45

peuvent avoir une préférence pour le maintien à domicile voire pour le maintien en hospitalisation, pour des raisons de coûts²⁹. Enfin, le phénomène peut être accentué par l'absence de filière gériatrique et de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge. La fluidité du parcours peut être également gênée par l'absence de préparation de la sortie ou de sorties non anticipées. Dans cette hypothèse, le futur du patient n'est pas programmé, l'orientation n'est pas indiquée, ce qui limite la fluidité du parcours de soins.

La coordination des acteurs de la filière est le principal levier permettant un parcours fluide pour le patient âgé. Cette volonté de travailler ensemble peut prendre différentes formes allant de l'engagement moral ou de la convention au groupement de coopération en passant par les différents réseaux et associations. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)³⁰ a quantifié l'impact de cette coordination sur la prise en charge des personnes âgées. Il en ressort que dans les territoires ayant mis en place des actions coordonnées, les durées moyennes de séjour (DMS) sont en moyenne 1,7 fois moins élevées, il est constaté une réduction de 36 points du pourcentage de personnes âgées admises aux urgences et une amélioration des transferts intra-hospitaliers. Néanmoins, il est important de noter que la coordination ville-hôpital ainsi que la coordination sanitaire et médico-sociale reste difficile à organiser.

Le degré d'efficacité du parcours de soins du patient âgé dépend de trois points essentiels de l'organisation en filière (ou de toute autre organisation des soins) :

- ❖ **L'entrée dans la filière** : fonction de l'évaluation des besoins, l'accès à la filière doit correspondre à la bonne graduation des soins garantissant une prise en charge optimale
- ❖ **L'orientation au sein de la filière** : Celle-ci doit permettre une adaptation de l'offre de soins en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et de ses besoins
- ❖ **La sortie de la filière** : Celle-ci doit s'organiser dès l'entrée afin d'être la plus rapide possible et compatible avec l'état de santé du patient.

La filière gériatrique permet d'améliorer la coordination des acteurs et d'optimiser le parcours de soins du patient. Au-delà de l'amélioration du parcours de soins, cette organisation peut également permettre de réduire les passages inappropriés aux urgences.

²⁹ Le reste à charge d'un patient hospitalisé reste faible comparé aux coûts d'un hébergement en EHPAD, oscillant autour des 2000€ par mois (moyenne).

³⁰ FOUQUET A., SITRUK P., TREGOAT J.J., 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Inspection générale des affaires sociales, p 33-37.

C) Réduire le nombre de passages inappropriés aux urgences

L'hospitalisation des personnes âgées est souvent un passage inévitable, due à l'augmentation du nombre de pathologies avec l'âge. Cependant, l'organisation hospitalière peut être néfaste pour le patient âgé, notamment à cause du passage obligé et parfois inapproprié par les urgences. En effet, 76 % des hospitalisations de personnes âgées sont non programmées³¹, or, pour la majorité des CH cela signifie une orientation du patient par le service d'urgences. Selon une étude de la revue de gériatrie³², 36 % des passages aux urgences sont inappropriés³³ et 33 % de ces passages se traduisent par une mauvaise orientation³⁴.

Les passages inappropriés aux urgences ont des conséquences pour les différents protagonistes. Pour les patients âgés, cela peut se traduire par des angoisses, des décompensations de pathologies associées (troubles cognitifs), des risques accrus de perte d'autonomie et enfin des risques de dénutritions, escarres ou encore de pathologies infectieuses. Pour le médecin traitant, qui est l'adresseur dans 83 % des cas, si le passage aux urgences ne se traduit pas par une hospitalisation, il n'obtient aucune réponse que ce soit en termes de bilans médicaux, d'expertise gériatrique ou de réponses médico-sociales. Enfin, pour les services d'urgences les passages inappropriés accentuent les effets d'encombrement et de délais d'attente et se traduisent par des coûts « inefficent ».

La filière gériatrique peut répondre à cette problématique en s'appuyant sur trois axes. Tout d'abord, elle doit diminuer le nombre de passages inappropriés aux urgences, que ce soit en nombre ou en temps. Pour cela, elle peut proposer des solutions d'amont, visant à orienter les patients ne relevant pas d'une urgence vitale et à répondre aux demandes des médecins et des familles. Des solutions d'aval peuvent également permettre d'écourter les séjours hospitaliers ou d'orienter le patient vers des services moins anxiogènes (proximité des proches, service spécialisé en gériatrie...). Ensuite, la filière doit permettre une prise en charge adéquate des patients âgés, notamment en spécifiant leur accueil aux urgences et en formant les professionnels à la prise en charge gériatrique. Enfin, la filière doit apporter des réponses aux médecins traitants tant en analyse qu'en aide à l'expertise.

La mise en place d'une filière de soins gériatriques a comme principal objet d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Cependant elle représente également un levier puissant pour les établissements pour répondre à différents défis stratégiques.

³¹ ARFEUX-VAUCHER G., BESSON I., GAUSSENS J., et al., décembre 2006, *Recours à l'hôpital des personnes âgées en charge à domicile*, (Synthèse), Fondation nationale de gérontologie, p.25

³² ONREFOY M., CHAPUIS F., FOURNIER G., et al., novembre 2008, « Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire, une enquête prospective », *La revue de gériatrie*, Tome 33, N°9, p 761-770.

³³ Passages ne correspondant pas à une urgence vitale et pouvant être traités par une autre entité

³⁴ Contre 6% pour les passages appropriés

III. La filière gériatrique de proximité : Levier important pour répondre aux enjeux stratégiques des centres hospitaliers de proximité

La filière gériatrique est une organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale, destinée en premier lieu à améliorer la qualité de la prise en charge. Néanmoins, elle s'avère être un levier puissant pour les « ex-hôpitaux locaux », notamment pour : pérenniser l'offre de soins de ces établissements (A), développer l'attractivité et l'activité des CH de proximité (B) et enfin offrir de nouvelles opportunités à ces hôpitaux (C).

A) Pérenniser l'offre sanitaire des « ex-hôpitaux locaux »

L'offre sanitaire des CH de proximité est une offre de premier niveau, modeste et composée principalement de service de médecine à vocation essentiellement gériatrique (13 lits en moyenne³⁵) et de SSR (23 lits en moyenne³⁵). Ces activités sont financées par une dotation globale, révisée annuellement. Ce mode de tarification représente une dérogation au principe de la tarification à l'activité (T2A) auxquels sont soumis tous les autres établissements de santé³⁶. Cependant, la disparition du statut d'hôpital local, entraîne la disparition automatique de cette dérogation et ainsi un passage automatique à la T2A. Ce passage est prévu en mars 2013 pour les activités de médecine et a été repoussé en 2016³⁷ pour les activités de SSR afin de permettre la préparation de ces établissements. La transition vers ce nouveau mode de tarification, constitue bien un véritable enjeu stratégique pour les CH-ex-HL³⁸.

La T2A, mise en place en France en 2004, consiste à lier l'activité, que génère un établissement, aux recettes qu'il perçoit. Pour cela, est créée une classification de catégories de séjours aux caractéristiques similaires, les groupes homogènes de malades (GHM). Chaque groupe est déterminé en fonction de variables descriptives (actes, pathologies, âge, durée de séjour). Ensuite, à chaque groupe est appliquée une tarification que l'on retrouve dans la classification des groupes homogènes de séjours (GHS). Dès lors, lorsque l'établissement pratiquera un séjour de la classification, il recevra le tarif en recette. Ainsi, les ex-HL vont passer d'une tarification certaine, déterminée à l'avance (la dotation) à un financement fonction de leur activité et du fonctionnement de cette activité³⁹.

³⁵ Chiffre de l'ANHL, 2011

³⁶ Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2003

³⁷ Communication Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), dépêche APM, 29 juin 2012

³⁸ Il faut noter que 80% des HL dispose d'une activité de médecine et seront concernés par la T2A dès 2013

³⁹ Pour plus de précisions sur la T2A et les HL, Cf. ROY G., 2011, *La tarification à l'activité dans un centre hospitalier ex hôpital local : comment se préparer à la réforme ? Exemple de l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire*, Mémoire élève D3S, EHESP, 82p.

Pour garantir la pérennité des services sanitaires, les centres hospitaliers de proximité devront garantir des recettes au moins égales à leur dotation actuelle, ou en tout cas qui permettent de couvrir les charges liées aux activités. Au-delà de la qualité du système d'information, les établissements devront porter leurs efforts sur l'amélioration de trois indicateurs primordiaux : L'activité et le taux d'occupation, la DMS et enfin la politique de recrutement de patients et sa valorisation. La mise en place d'une filière gériatrique peut alors permettre d'améliorer ces trois indicateurs et garantir la continuité des services de soins au sein des CH de proximité.

Le taux d'occupation des ex-HL reste faible en ce qui concerne les activités de médecine⁴⁰ et en deçà des objectifs fixés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁴¹. Le taux d'occupation des ex-HL n'est que de 77,79 %⁴² en moyenne et seuls 30 % des établissements dépassent ce seuil. Pour répondre à cette problématique, la filière gériatrique peut apporter des solutions. Tout d'abord en détournant une partie du flux de patients qui part directement dans de plus gros CH et qui pourrait être soignée dans un ex-HL. Il s'agit notamment d'améliorer les admissions directes du domicile, d'améliorer l'attractivité de l'établissement et de réduire son taux de fuite. L'établissement doit également se positionner en aval de la filière afin d'admettre des patients d'autres CH mais ne nécessitant plus une haute spécialisation des soins. Ainsi, les ex-HL peuvent se positionner en amont et en aval de la filière et garantir un flux de patient, indispensable dans le cadre d'une tarification à l'activité.

La création et la participation à une filière gériatrique peuvent également permettre d'améliorer la DMS. Cet indicateur, qui représente la durée moyenne d'un séjour dans le service, influe sur les recettes d'une T2A. Tout d'abord, chaque GHM dispose d'une durée maximale de séjour au-delà de laquelle les recettes pour ce séjour sont fortement diminuées. Ainsi, si l'établissement ne maîtrise pas ses DMS, les charges du séjour peuvent être rapidement supérieures aux recettes qu'il reçoit en contrepartie. Le deuxième axe sur lequel agit la DMS, est l'activité. Plus la DMS est importante, moins l'établissement est capable d'effectuer de séjours, baissant d'autant ses recettes. Ainsi, la diminution d'une DMS de 10 % permet d'augmenter l'activité dans les mêmes proportions, se traduisant par un accroissement des recettes sans augmentation de la capacité du service⁴³. Les réponses qu'apporte la filière sont de deux ordres. Premièrement, elle offre des solutions d'aval polyvalentes, mieux organisées et coordonnées. Deuxièmement, elle incite à une amélioration de la préparation de la sortie et de l'orientation au sein de la filière, diminuant ainsi les effets de « bed-blocker ».

⁴⁰ Dans le cas des services de SSR, les taux d'occupation sont proches de 100%

⁴¹ Les ARS annoncent l'objectif de plus de 250 admissions par an pour qu'un service de médecine soit viable, seuls 30% des ex-HL sont au dessus de ce seuil.

⁴² Chiffre 2009, ANHL

⁴³ Pour illustration, les DMS moyennes dans les ex- hôpitaux locaux sont de 18,2 jours pour la médecine et 26,9 jours pour le SSR, chiffres ORSB 2010

Le troisième point à améliorer pour les établissements, concerne les profils de recrutement et la valorisation des séjours⁴⁴. Les établissements devront s'attacher à n'admettre que des patients relevant réellement de service de médecine ou SSR (et non de services médico-sociaux), au risque de voir une valorisation très faible des séjours. De plus, ils devront inscrire les séjours avec le plus de précision possible, permettant une valorisation du séjour concordante. Pour cela, la filière gériatrique peut permettre de développer les systèmes d'information et de liaison entre les différents maillons de la filière. Elle permet également de mettre en place des services complémentaires, offrant une alternative aux services de soins.

La constitution d'une filière gériatrique de proximité constitue pour les ex-HL une réponse et un levier puissant aux enjeux liés à la réforme de la tarification des activités de soins. En améliorant plusieurs indicateurs, cette coordination permet de pérenniser les services sanitaires. En outre, la filière gériatrique peut également s'imposer comme garantie d'activité et d'attractivité de l'ensemble des services composant la filière de proximité, autre enjeu stratégique pour les CH de proximité.

B) Développer l'attractivité des centres hospitaliers de proximité

Le développement des tarifications à l'activité dans le secteur médico-social⁴⁵ et la mise en place de la T2A pour les services de soins, met en exergue un nouvel enjeu, celui de l'attractivité. Cette notion peut être définie comme la capacité d'un établissement à attirer un patient ou usager, ayant un besoin de prise en charge, dans l'un de ses services. Dans le cadre des CH-ex-HL, la filière gériatrique va développer l'attractivité des établissements selon deux axes : l'offre et la qualité de service ainsi que l'attractivité financière.

Comme développé plus haut, les CH de proximité possèdent une offre de services polyvalente, à vocation principalement gériatrique et ciblée sur un territoire ou un bassin de vie. Pour éviter la fuite de patients ou usagers vers d'autres établissements de santé ou établissements médico-sociaux, les ex-HL doivent être capables d'améliorer et de proposer un panel de services répondant aux besoins de ces usagers. Pour cela, la filière gériatrique de proximité offre de nouvelles réponses. Tout d'abord, grâce à sa filière interne, le CH peut proposer à ses usagers des services coordonnés, alliant la prise en charge à domicile et en établissement, le volet sanitaire et médico-social et se prévaloir de services de proximité répondant à des critères de qualité similaires aux plus grands CH. La filière externe va, quant à elle, garantir une prise en charge globale et adaptée à chaque situation individuelle. En effet, grâce aux accords développés au sein

⁴⁴ A titre d'exemple, 20% des séjours de médecine inscrits au PMSI relèvent de la catégorie majeure de diagnostic 23 : facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé. Cette catégorie représente une valorisation très généraliste, peu précise et qui montre la nécessité d'améliorer la valorisation des séjours.

⁴⁵ Pour illustration, le tarif hébergement en EHPAD peut être assimilé à une tarification à l'activité. De plus, les réflexions de réforme sur le forfait soins, sur la tarification des SSIAD, tendent à développer des tarifications basées sur l'activité (GIR, PATHOS...)

de la filière, chaque patient pourra profiter d'un accès privilégié à des soins ou expertises spécialisés, tout en évitant les passages aux urgences, qui comme montré précédemment, sont préjudiciables aux personnes âgées. Enfin, la filière de soins garantit un contact et un lien constant avec le médecin généraliste, pivot de la prise en charge de proximité. Ainsi, à travers des plans de communication adaptés, montrant l'ensemble des services offerts directement et indirectement par le CH, les ex-HL peuvent améliorer leur attractivité et développer leur zone d'influence.

L'attractivité des CH de proximité concerne également les acteurs de la filière et notamment les établissements adresseurs. Le principe de la T2A impose que le patient soit dans l'unité la plus efficiente au regard de ses besoins, c'est-à-dire l'unité qui propose une prise en charge compatible avec l'état du patient au coût le plus faible⁴⁶. Les séjours présentant des critères de sévérité faibles seront peu valorisés, entraînant parfois un déséquilibre par rapport aux charges. Par ailleurs, pour un même type de séjour, compatible avec les services d'un ex-HL, ces derniers peuvent constater des coûts de fonctionnement plus faibles que les plus grands CH⁴⁷. Ainsi, pour garantir l'efficacité de la filière gériatrique, celle-ci doit développer une spécialisation des CH en fonction des critères de sévérité des diagnostics. Les CH de proximité vont donc voir leur attractivité augmenter, grâce à une offre polyvalente et à des coûts compétitifs.

La filière gériatrique est un réel levier de progression de l'attractivité des CH de proximité. Elle permet d'améliorer la prise en charge des usagers et de garantir l'efficacité de son fonctionnement. Elle peut également devenir une véritable opportunité pour l'avenir des « ex-hôpitaux locaux ».

C) Offrir de nouvelles perspectives aux centres hospitaliers de proximité

Depuis plusieurs années les CH de proximité doivent faire face à plusieurs contraintes qui questionnent leur avenir. Selon Patrice Lorson⁴⁸ ces établissements doivent prendre en compte plusieurs facteurs : Le progrès technique rapide, la démographie médicale, la réponse aux besoins non satisfaits et enfin l'image que renvoient ces établissements. Face à ces défis, la filière gériatrique de proximité offre de nouvelles perspectives d'orientation.

La filière gériatrique de proximité réaffirme le rôle sanitaire des ex-HL en le positionnant comme « porte d'entrée » de l'organisation. Ces établissements deviennent le premier recours des soins hospitaliers et doivent posséder un plateau technique⁴⁹ afin d'assurer des diagnostics de proximité et assurer le suivi de leur patient. Aussi, pour garantir l'efficacité des prises en charge au sein des filières, il apparaît opportun de développer les investissements visant à doter les CH de

⁴⁶ Cela concerne autant une prise en charge sanitaire que médicosociale

⁴⁷ Source ENC, ATIH et EPRD de certains CH.

Cf. II de la partie 2

⁴⁸ LORSON P., VINCENT G., mars 2006, « Quel avenir pour les hôpitaux de proximité », *La gazette sanitaire et sociale*, N°17, p.6.

⁴⁹ Imagerie médicale, laboratoire d'analyse, personnel paramédical, personnel médical (en convention ou en interne)

proximité d'outils permettant une prise en charge de proximité et un désengorgement des services des autres CH.

Le fonctionnement en filière permet également de développer le concept de « consultation avancée ». Le principe consiste à proposer des consultations externes et internes de spécialistes non implantés sur le bassin de vie. Dans le cadre des services de médecine, cela permet d'éviter de nombreux transferts vers les CH voisins. Pour la population du territoire, elles sont l'opportunité d'accéder à des médecins spécialistes sans grands déplacements.

Les CH de proximité ont également l'occasion de devenir de véritables pôles multiservices. Ils peuvent agréger un ensemble de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux au sein d'un même établissement et plus largement au sein de la filière. Cela permet de faciliter l'accès aux usagers à travers une information efficace, améliorant l'orientation et la coordination. Ainsi, les établissements pourraient adapter l'expérience des guichets uniques ou des maisons de services publics, qui permettent aux usagers des zones rurales d'accéder facilement à un panel de services.

Enfin, les CH de proximité sont susceptibles de se poser en véritable pilier d'attraction des professionnels de santé. Face à la désertification de certaines zones et pour répondre à leurs besoins, les ex-HL doivent pérenniser l'offre ambulatoire sur leur territoire. À travers les services proposés (activité en hôpital, garantie de patientèle, support logistique...), la création de maisons médicales, ou de pôles de santé et l'intégration à une filière (permettant l'accès à une expertise spécialisée), les CH-ex-HL peuvent développer des conditions d'activité attractives.

La création d'une filière gériatrique de proximité répond bien aux différents enjeux auxquels sont confrontés les CH-ex-HL. Que ce soit en termes de prise en charge ou d'enjeux stratégiques, cette organisation apparaît comme opportune. Cependant, la mise en place d'une telle structure se heurte aux spécificités de chaque établissement. Celle-ci ne peut se faire sans un diagnostic complet de l'établissement autour duquel elle va se développer. La seconde partie va donc s'attacher à réaliser ce diagnostic afin d'identifier les caractéristiques propres au centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand (CH SMG), pour ensuite, proposer un véritable plan d'actions.

DEUXIÈME PARTIE :**LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND :
DIAGNOSTIC POUR LA MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE
GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ**

La mise en place ou l'amélioration d'une nouvelle organisation nécessite, pour chaque établissement, de réaliser une évaluation de l'existant. Cette réflexion a pour objectif d'élaborer des pistes d'actions qui seront développées dans un troisième temps. Cette partie s'attachera à décrire les caractéristiques du centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand (I). Elle permettra d'identifier les leviers que possède l'établissement pour la mise en place d'une filière gériatrique (II) mais également les contraintes et obstacles qui s'y opposent (III).

I. Une filière gériatrique de proximité justifiée par les caractéristiques du centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand

Le CH SMG est singularisé par différentes caractéristiques, qu'il est indispensable de décrire et d'analyser. Cet établissement se situe dans un environnement et un contexte particulier (A). Il dispose d'un ensemble de services devant répondre à des besoins spécifiques (B), et se développant sur un territoire d'influence déterminé (C).

A) Un contexte favorable à l'organisation d'une filière gériatrique

Le CH « Docteur de Tersannes » est un EPS, ex-hôpital local, implanté sur la commune de Saint-Méen-le-Grand (4 443 habitants⁵⁰). Cet établissement, dirigé par M. Bruno HERVIO, dispose de 292 lits et places répartis autour de services de médecines, SSR, EHPAD et SSIAD. Il emploie près de 250 agents (217 équivalents temps plein (ETP)). Le CH SMG s'inscrit dans un contexte particulier, opportun pour le développement d'une filière gériatrique de proximité tant du point de vue géographique et territorial, institutionnel qu'en termes d'offre disponible.

Le CH SMG est positionné au carrefour de trois départements bretons : l'Ille et vilaine (département d'installation), les Côtes d'Armor (à 5 km) et le Morbihan (à 10 km). L'établissement est également au centre d'un polygone de quatre villes disposant d'un CH de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : Dinan (35 km), Ploërmel (36 km), Rennes avec son centre hospitalier régional

⁵⁰ Donnée INSEE 2011

universitaire (CHRU) (45 km) et st Briec (66 km). La position géographique du centre hospitalier est particulièrement singulière. Son bassin de vie s'étend sur trois départements et sa population est éloignée des centres hospitaliers plus grands, augmentant ainsi la polarisation des offres autour du CH SMG et la nécessité de les coordonner. De plus, le caractère central de l'établissement est un véritable incitateur de partenariats avec les autres centres hospitaliers.

Le CH SMG se situe sur une entité administrative, le Pays de Brocéliande⁵¹. Ce pays est l'un des secteurs gérontologiques définis par le Conseil général de l'Ille et Vilaine et constitue un espace important de coordination de la prise en charge des personnes âgées. Cette entité possède un CLIC, lieu d'information et d'orientation pour les personnes âgées et leurs familles. Ce pays a également développé un Comité d'observation de la dépendance et de médiation, autour d'une association nommée Coordination de l'autonomie, de la dépendance, du handicap et de la médiation en Brocéliande (CAUDHEM). Cette association regroupe les différents acteurs de la prise en charge gérontologique sur le Pays et réfléchit à une amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Un groupe de travail est d'ailleurs dédié à l'amélioration de la coordination des acteurs et à l'amélioration de la fluidité du parcours sur le pays de Brocéliande. L'établissement est représenté, au sein des organes dirigeants, par son directeur en tant que secrétaire adjoint. Le CAUDHEM représente un levier important en cas de constitution d'une filière car il regroupe l'ensemble des acteurs du territoire de Brocéliande. Cependant, le caractère interdépartemental de l'attractivité du CH⁵² peut limiter l'impact d'une association de professionnels d'Ille et Vilaine.

Le Pays de Brocéliande dispose de deux centres hospitaliers de proximité, celui de Saint-Méen-le-Grand, situé à l'ouest du territoire et celui de Montfort sur Meu, localisé à l'est du territoire, à 30 km à l'Ouest de Rennes. Ces deux établissements sont en direction commune depuis juillet 2011, augmentant les échanges entre les deux entités et laissant apparaître l'intérêt de la constitution d'une filière gériatrique. Des conventions de partenariat pour mutualiser différents services et professionnels ont été mises en place, concernant notamment la nutrition (partage du médecin nutritionniste), la douleur (formation et intervention d'infirmiers spécialisés) ou encore la qualité (partage d'un ingénieur qualité entre les deux sites). En comparant les différents entretiens menés dans les deux établissements ou les différentes réunions communes, plusieurs réflexions viennent étayer les avantages du développement d'une filière de soins gériatriques :

- ✓ **Un même type de population accueillie** : une population âgée, de milieu plutôt rural et nécessitant des soins ainsi qu'une prise en charge médico-sociale

⁵¹ Constitué sous la forme d'un GIP, il regroupe 5 communautés de commune (43 communes) dont celle de Saint-Méen-le-Grand

⁵² Cf. *Infra C*) du même chapitre

- ✓ **Des bassins de vie différents** : les deux établissements ont des zones d'influence complémentaires, permettant de couvrir l'ensemble du Pays de Brocéliande et de développer une politique commune d'attractivité
- ✓ **Un bouquet de services complémentaires** : les deux CH disposent d'une offre sanitaire et médico-sociale, mais avec des spécialisations différentes. Le CH de Montfort possède des lits identifiés soins palliatifs (LISP), une unité de vie pour patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentées, ou encore des lits pour comas végétatifs, ensemble de spécialisation que le CH SMG ne possède pas⁵³.
- ✓ **Un concurrent historique devant devenir un partenaire** : La proximité des deux CH en a fait par le passé des concurrents, notamment dans l'obtention de nouveaux services. Cette concurrence s'est transmise aux agents à travers la culture de chaque établissement. Le partenariat entre les deux établissements n'est pas naturel mais se justifie par l'amélioration de l'offre proposée aux usagers.

Ces différentes observations indiquent l'utilité d'une organisation structurée et coordonnée pour les deux CH. La filière gériatrique de proximité permettrait de faire entrer la coopération des deux établissements dans un cadre plus visible pour l'ensemble des acteurs. Elle inciterait le développement des partenariats, des échanges et impulserait une politique commune aux deux établissements. Cette stratégie commune déboucherait sur une politique de territoire, leur permettant, dans le cadre d'une filière, d'augmenter leur influence et leur capacité à négocier avec des CH plus grands et notamment le CHRU de Rennes.

L'offre de service disponible est une donnée importante pour la constitution d'une filière gériatrique. Le canton de Saint-Méen-le-Grand dispose d'une offre complète de soins de premier recours, comme le présente le Tableau 1. Cette offre correspond au premier cercle d'attractivité du centre hospitalier, c'est-à-dire à une distance inférieure à 10 km⁵⁴. Même si le canton dispose d'une offre complète, cette dernière demeure fragile. En effet, la densité de l'ensemble des professionnels est inférieure à la moyenne régionale et met en exergue la problématique de la démographie médicale dans les zones rurales. En termes de spécialistes, le canton de Saint-Méen-le-Grand en est totalement dépourvu et les densités demeurent très faibles (voire nulle) dans les cantons voisins. En revanche, le territoire dispose de deux EHPAD regroupant 235 places, garantissant un bon taux d'équipement pour le canton. L'offre de services disponible est un facteur supplémentaire incitant au développement d'une filière gériatrique. Cette offre est complète mais tend à décroître. Il est donc primordial pour le territoire de structurer et coordonner cette offre de soins ambulatoires et d'améliorer les conditions d'exercices et les facteurs d'attractivité des

⁵³ Le CH SMG possède d'autres spécialisations ou projet de spécialisation, développé dans le paragraphe B de cette partie

⁵⁴ La prise en compte de ce premier espace est importante car correspond aux professionnels qui interviendront au sein des services de l'établissement.

professionnels libéraux. De plus, la filière peut permettre de développer les consultations externes afin de proposer une offre de soins spécialisée inexistante sur le territoire.

Tableau 1 : Offre de soins ambulatoires disponible sur le canton de St-Méen-le-Grand (Donnée 2011)

Type d'offre	Nombre	Densité (Pour 10 000 hab.)	Donnée régionale	Évolution sur 10 ans
Médecin généraliste	9	8,6	9,8	-4,40 %
Infirmier libéral	11	10,5,	13	11,70 %
Kinésithérapeute	6	5,75	8,7	22,30 %
Dentiste	3	2,8	5,9	-20 %
Pharmacie	3	2,9	3,67	-17,10 %

Source : Démarche de santé Pays de Brocéliande et ARS Bretagne

L'environnement d'un établissement est une donnée importante à connaître avant toute réalisation d'une organisation visant à lier, coordonner et faire collaborer différents types de professionnels. Le contexte du CH SMG justifie amplement le déploiement d'une filière gériatrique de proximité. Celle-ci permettra des synergies entre les différentes offres de prises en charge disponibles, garantira la pérennité et l'extension des services sur le Pays de Brocéliande et enfin, développera une réelle stratégie de territoire pour la prise en charge des personnes âgées.

B) Une offre de services polyvalente, répondant aux besoins d'une population âgée

Le CH SMG est implanté au sein d'un bassin de vie plus âgé que la moyenne nationale. En effet le taux de personnes de plus de 75 ans est en moyenne de 13 % (avec un des cantons à près de 18 %), alors que la moyenne régionale est de 9,6 % et la moyenne nationale de 9 %⁵⁵. Cette forte densité de population âgée influe sur les services proposés et fait émerger de nouveaux besoins.

L'offre du CH SMG est principalement à vocation gériatrique, avec une moyenne d'âge des admissions de 74 ans. Pour répondre aux besoins de la population l'établissement possède différents services :

- ✦ **Une unité de médecine** : composée de 20 lits, elle fonctionne avec les médecins généralistes autorisés à intervenir dans l'établissement. 70 % de ses admissions concernent des pathologies liées à l'appareil circulatoire, nerveux, respiratoire ou musculo-squelettique (troubles fréquents chez les personnes âgées).

⁵⁵ Données INSEE 2011

- ✦ **Une unité de SSR** : composée de 40 lits, elle fonctionne avec les mêmes médecins généralistes. Parmi les 40 lits ont été installées 6 places pour malades atteints de sclérose en plaques (SEP), dont deux accueils séquentiels. 60 % des admissions concernent l'appareil musculo-squelettique ou nerveux.
- ✦ **Trois résidences d'EHPAD** : Elles disposent d'un total de 175 places d'hébergement dont 5 hébergements temporaires. Elles sont coordonnées par un médecin coordonnateur commun.
- ✦ **Un SSIAD** : composée de 57 places il est déployé sur 3 cantons. Ce SSIAD permet également l'intervention d'une équipe spécialisée dans la maladie d'Alzheimer, en collaboration avec trois autres SSIAD.

L'établissement est pourvoyeur de services à travers le personnel qu'il recrute et les compétences qu'il développe. Le CH SMG concrétise des partenariats avec différentes structures afin d'obtenir l'expertise de spécialistes et notamment d'un cardiologue (1 journée/2 semaines), un médecin rééducateur (1 journée par semaine) et d'un médecin nutritionniste qui est aussi le médecin coordonnateur de l'établissement. Les services fonctionnent avec des médecins généralistes, autorisés à exercer dans l'établissement, qui possèdent des spécialisations notamment dans la prise en charge de la douleur, des troubles cognitifs ou encore en termes de maladies neuro-dégénératives. Cette expertise profite au CH à travers le suivi des patients et résidents admis, mais également au territoire grâce aux consultations avancées. En termes de personnels paramédicaux, la structure propose une équipe de rééducation (kinésithérapeutes ergothérapeute et aides à la marche), une diététicienne, des infirmières spécialisées en nutrition, douleur et qualité, une psychologue et une assistante sociale. Enfin, l'établissement emploie un ingénieur qualité et une infirmière hygiéniste⁵⁶.

Le fonctionnement des différentes unités est un élément important pour la mise en place d'une nouvelle organisation. Les services médico-sociaux du CH SMG fonctionnent correctement. Leur taux d'occupation est proche de 100 % et permet de prendre en charge chaque année 92 nouveaux usagers. Cependant, le nombre de nouveaux patients pris en charge par le SSIAD demeure faible. À l'inverse, Les activités de soins montrent un fonctionnement moins efficient, avec des difficultés caractéristiques des ex-HL. Tout d'abord, le service de médecine a un taux d'occupation faible même s'il réalise plus de 250 admissions par an, seuil fixé par le ministère de la santé. Les DMS dans ce service sont longues pour un service de médecine mais pas anormal compte tenu du caractère âgé des patients. Cependant, le nombre de patients ayant des DMS atypiques ou ne correspondant pas aux critères d'un service de médecine est élevé. Les

⁵⁶ La qualité est l'un des éléments les plus pris en compte dans la comparaison entre établissements, elle est donc un élément important d'image et de communication. De plus, avec l'augmentation des normes dans le milieu médico-social, elle peut donner lieu à des partenariats à travers la filière gériatrique.

principales raisons données par les médecins sont : le manque de solution d'aval, l'absence de réponses dans l'urgence et l'incertitude au moment du diagnostic.

En ce qui concerne le SSR, celui-ci n'échappe pas aux difficultés de nombreux SSR Il indique un taux d'occupation de 100 % et une réelle pression existe entre les établissements adresseurs et le service. En témoigne la cadre de santé en charge du SSR qui est contactée plusieurs fois par jour par des établissements en recherche de places. Le service doit aussi répondre à un enjeu crucial, celui de la sortie. La DMS est équivalente à la moyenne des CH-ex-HL mais supérieure aux préconisations d'un SSR. Cela vient principalement de la difficulté à trouver des solutions d'aval et ainsi garantir un taux de rotation des lits optimal (phénomène de « bed-blocker »).

Pour terminer, il est important de s'interroger sur les réponses d'avenir que devra développer l'établissement. À cette question, les médecins, l'équipe de direction et les professionnels de santé peuvent apporter des pistes de réflexion. L'une des principales idées qui débouchent des entretiens menés est celle concernant les soins palliatifs et la fin de vie. Comme signalé précédemment, l'établissement se situe dans une zone rurale, avec une population âgée et éloignée des grands CH, c'est donc naturellement que la problématique de la fin de vie est soulevée. De plus, le service de médecine prend déjà en charge des personnes en fin de vie, représentant 37 % des GHS inscrits au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Cependant, ces séjours ne sont pas réalisés dans des lits identifiés et spécialisés. L'une des réponses d'avenir pourrait être de développer ce profil d'activité. Ensuite, les différents professionnels convergent sur l'idée de développer un pôle de SSR. Le positionnement de l'établissement et l'absence de structure dans un large rayon géographique, tendent à inciter les acteurs du SSR à réaliser une structure de prise en charge polyvalente, compétente et viable, d'autant plus que l'établissement dispose d'une équipe de professionnels expérimentés et formés. L'arrivée d'un médecin rééducateur et le possible recrutement d'une neuropsychologue correspondent aux premières actions tendant à développer ce pôle. Enfin, la dernière réflexion entretenue par les équipes est la multiplication des consultations avancées. Pouvoir répondre aux besoins de spécialistes semble être un enjeu de plus en plus important pour le territoire tant pour la population que pour les médecins généralistes ayant de plus en plus souvent besoins d'avis et d'expertises.

Le CH SMG possède bien une offre de services polyvalente destinée principalement aux patients âgés et encadrée par des professionnels formés et spécialisés dans les différents domaines de la prise en charge de la personne âgée. Néanmoins, les défis d'avenir en termes de besoins et de fonctionnement incitent à la multiplication des partenariats et à l'amélioration des différents processus. Au-delà de l'organisation interne de l'établissement, le territoire d'attractivité constitue également une donnée importante pour la mise en place d'une telle organisation, nous verrons ainsi que le CH SMG peut développer une réelle influence sur ce territoire.

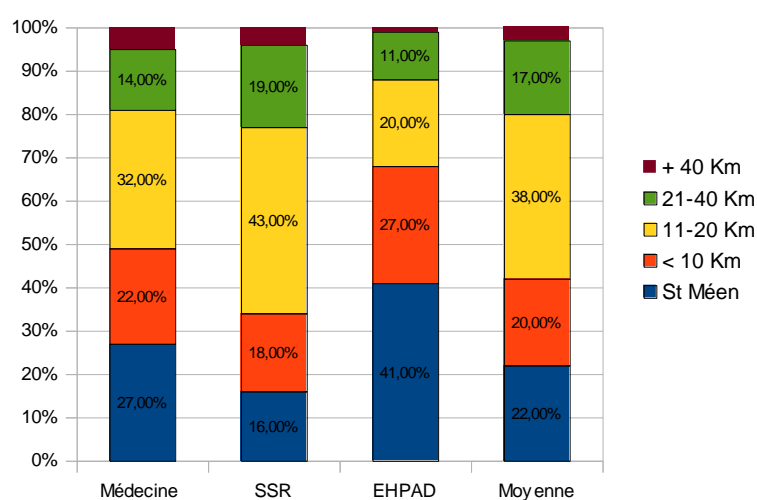
C) Une zone d'influence interdépartementale

La commune de Saint-Méen-le-Grand est située à l'extrémité ouest du département d'Ille et Vilaine, à quelques kilomètres des Côtes d'Armor et du Morbihan. La zone d'influence du centre hospitalier, c'est-à-dire la zone dans laquelle les habitants d'une commune vont avoir recours aux services du centre hospitalier, est une donnée importante car elle identifie les populations cibles, les volumes d'activité et permet de définir une réelle politique de territoire. Cette zone d'influence peut être appréhendée avec deux indicateurs : le taux d'attractivité et la zone d'activité.

L'étude de la zone d'activité permet de donner une première indication quant aux limites de la zone d'influence du CH SMG⁵⁷. Cette étude consiste à un examen de l'origine des patients admis dans l'établissement et à une compilation de ces résultats selon la commune ou le rayon géographique, permettant

d'appréhender les flux de patients et les pôles d'activité de l'établissement. Le Graphique 1 représente les résultats obtenus pour le CH SMG. La première indication que l'on retient de ces résultats est la différence du rayon d'activité de chaque service. Pour le service de médecine, la moitié

Graphique 1: Pourcentage d'activité en fonction du rayon géographique



Source : Auteur, A partir des données du CH SMG

des patients, proviennent d'un rayon de 10 km, c'est ce qui peut être appelé le rayon médian. De plus, près de 30 % des patients du service de médecine sont recrutés dans la commune d'implantation. En ce qui concerne le SSR, celui-ci a un rayon d'activité beaucoup plus large, avec un rayon médian de 14 km. Ce service recrute des patients dans des communes plus éloignées, ainsi 25 % de son activité se situe dans des communes éloignées de plus de 20 km. À l'inverse les résidences pour personnes âgées ont un recrutement plus local. 50 % de l'activité est réalisée avec des résidents provenant de communes d'un rayon inférieur à 3,5 km et seules 25 % des admissions proviennent d'un rayon supérieur à 15 km. La zone d'activité est donc très différente selon le service étudié. La zone d'influence du service de médecine peut être délimitée par un rayon de 15 km, tandis que celle du SSR s'étend autour d'un rayon de 25 km. Le CH SMG possède donc une vision sur sa zone d'activité et sur son territoire d'influence. Reste à vérifier qu'il réussit à attirer les patients des communes de son territoire.

⁵⁷ Cf. Annexe III et IV: Cartographie des taux d'attractivité et bassin de recrutement du CH SMG

La notion d'attractivité correspond à la capacité de l'établissement à attirer un patient ou un résident, potentiellement admissible, dans l'un de ses services. L'inverse de cette notion de taux d'attractivité est le taux de fuite, c'est-à-dire le pourcentage de patients ou résidents qui préfèrent se faire admettre dans un autre service que celui de l'établissement. Le CH SMG dispose d'un territoire dans lequel il est plus ou moins capable d'attirer un flux de patient. Le tableau 2 présente les taux d'attractivité moyens obtenus par rayon géographique. Dans un rayon restreint (< 10 km), l'établissement possède une réelle attractivité sur le territoire. Ainsi lorsqu'un patient a besoin de soins ou d'une prise en charge disponible dans le CH SMG, dans 98 % des cas il choisira cet hôpital. Cela démontre la bonne réputation et appropriation des services proposés, par la population mais aussi par les médecins généralistes, premiers adresseurs de patients ou résidents. Néanmoins, lorsque l'on étend le rayon géographique, les taux de fuite augmentent, notamment en médecine. Les raisons invoquées⁵⁸ sont de plusieurs ordres : une concurrence augmentant à mesure que la distance entre le patient et les CH-MCO diminue, une méconnaissance des services proposés et du fonctionnement de l'ex-HL chez les médecins généralistes éloignés et enfin une diminution de l'effet de surreprésentation des patients des médecins exerçant au sein de l'établissement. Il faut noter également, la bonne attractivité du service de SSR qui conserve une zone d'attraction très large, illustrant la bonne réputation du service, le besoin en place en SSR et la place majeure que possède l'établissement sur cette activité dans ce territoire.

Tableau 2 : Taux d'attractivité par rayon géographique

Rayon	Tx d'attractivité moyen dans un rayon de...				Moyenne établissement ^(A)
	Médecine	SSR	EHPAD		
St Méen	98%	98%	98%		98%
< 10 Km	75%	90%	60%		83%
11-20 Km	20%	50%	10%		38%
21-40 Km	-	20%	-		12%
> 40 Km	-	-	-		-

Source : Auteur, à partir des données de l'établissement

^A Moyenne pondérée par le nombre d'admission

Les données développées ci dessus permettent de délimiter la zone d'influence du CH SMG et de donner une première image du territoire de la future filière gériatrique de proximité. L'hôpital influe sur un bassin de vie de près de 60 000 habitants. Le noyau de cette zone est composé du canton de Saint-Méen-le-Grand représentant en moyenne 30 % de l'activité et des taux d'attractivité supérieurs à 90 %. Ensuite une deuxième zone peut être définie, représentant 50 % de l'activité et des taux de fuite inférieurs à 30 %. Elle est composée des cantons limitrophes, avec la moitié du Pays de Brocéliande (cantons de Montauban et de Bécherel)⁵⁹, trois cantons des Côtes d'Armor (Caulnes, Merdrignac et Broons) et enfin un canton du Morbihan (Mauron).

⁵⁸ Réflexions provenant des différents entretiens menés avec les médecins, l'équipe de direction mais aussi lors de groupe de travail avec des partenaires extérieurs.

⁵⁹ Le sud et l'ouest du Pays de Brocéliande sont attirés par le CH de Montfort sur Meu. Les deux établissements ont des zones d'influence propre évitant les effets de concurrence

L'établissement possède une activité au-delà de cette zone, mais elle reste à développer, et pourra être un objectif de la future filière gériatrique.

Pour compléter le diagnostic sur l'activité de l'établissement il est important de connaître les partenaires adresseurs de l'établissement. Dans le secteur de la médecine et du SSR le partenariat est à double sens. Dans le premier cas, l'hôpital transfère aux autres établissements, des patients dont il ne peut plus assurer les soins. Dans le second cas, les autres CH transfèrent à l'établissement des patients qui ne nécessitent plus de soins techniques et spécifiques. Dans les deux cas, le CHRU de Rennes constitue le principal partenaire en représentant près de 50 % des admissions provenant d'autres CH et 54 % des transferts de l'établissement vers d'autres structures. L'établissement se pose en véritable partenaire pour le CHRU. Néanmoins, ces chiffres sont à contrebalancer avec le fonctionnement réel de ces relations⁶⁰, notamment entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes. Les deux autres partenaires principaux de l'établissement sont le CH de Ploërmel (20 % des admissions et des transferts) et le CH de Dinan (10 % des admissions et des transferts).

Le CH SMG est un établissement disposant de services et prestations à vocation gériatrique, influant sur un territoire déterminé et évoluant dans un contexte spécifique. L'ensemble de ces paramètres démontrent l'intérêt de la constitution d'une filière gériatrique sur ce territoire. Cette dernière pourra s'appuyer sur les nombreux atouts que possède l'établissement.

II. De véritables atouts sur lesquels appuyer la construction d'une filière gériatrique de proximité

Toute construction ou développement d'une nouvelle organisation doit s'appuyer sur les ressources dont dispose un établissement. Dans le cas du CH SMG, trois grands atouts ressortent de l'observation de cet établissement : une collaboration ville/hôpital très développée (A), une organisation interne pertinente (B) et une dimension économique favorable (C).

A) Une collaboration ville/hôpital développée

Comme dans une majeure partie des CH de proximité, ex-HL, l'équipe médicale du CH SMG est principalement composée de médecins généralistes, ayant un cabinet aux alentours de la commune et étant autorisés à exercer au sein de l'établissement. Le degré de collaboration entre le centre hospitalier et le secteur ambulatoire est alors une donnée importante.

⁶⁰ Cf. infra, III de cette partie

La commune de Saint-Méen-le-Grand dispose d'une organisation de l'offre libérale très spécifique. En premier lieu, les médecins de la commune (9 médecins) sont organisés autour d'une maison médicale, créée il y a près de 20 ans⁶¹. L'ensemble des médecins de la commune exercent dans ce cabinet commun et sont également autorisés à exercer au CH SMG. Les professionnels libéraux du canton de Saint-Méen-le-Grand ont également créé un pôle pluridisciplinaire de santé, en 2009. Cette association regroupe l'ensemble des acteurs de santé, à savoir les médecins, les infirmiers libéraux, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicure-podologues, les dentistes et le centre hospitalier. En effet, les statuts de cette association font de l'hôpital un membre à part entière de l'association. Le pôle est donc un réel lieu d'échanges, de propositions et de collaboration entre l'hôpital et les professionnels de ville.

La notion de collaboration ville/hôpital peut être définie par la capacité de travailler ensemble, de façon efficace. Pour les médecins interrogés, le lien entre eux et l'établissement dépend de trois personnes clés : le directeur, la cadre de santé et l'infirmier. Les rapports entre les médecins de l'établissement et le directeur sont primordiaux. Ainsi pour un des médecins : « Notre fonction [celle des médecins] ne doit pas être cantonnée à soigner des malades. Par notre exercice libéral, nous voyons les problématiques auxquelles sont confrontés nos patients, nous permettant d'anticiper les besoins mais aussi de proposer des solutions pour y répondre ». Pour le directeur, cette expertise de terrain, est un atout pour l'établissement et sa stratégie. C'est pourquoi, il organise une rencontre bimensuelle avec le président de la commission médicale d'établissement (CME), qui permet de faire le point sur les projets en cours, sur les difficultés rencontrées par les médecins (dans l'établissement ou sur le territoire) et de faire remonter les informations ou propositions des autres médecins⁶². La CME, elle-même, est un lieu d'échange entre la direction et les médecins. Cependant, le format imposé par la législation (nombre par an, avis obligatoire, formalisme) est peu adapté aux petits centres hospitaliers, qui auraient besoin de plus de flexibilité⁶³.

Le partenariat ville/hôpital est un atout dans la prise en charge globale des patients. Au CH SMG, plus de la moitié des patients ou résidents admis ont un médecin généraliste autorisé à exercer dans l'établissement. Pour maintenir ces relations spécifiques entre patients et médecins, l'équipe médicale a mis en place, au sein de la maison médicale, des « staffs ⁶⁴ » pour discuter des différentes prises en charge des patients hospitalisés et réagir aux difficultés rencontrées. Cette organisation développe l'approche collégiale, où tout médecin peut discuter d'un cas ou d'un

⁶¹ La maison médicale de Saint Méen le Grand est l'une des premières maisons médicales de France et la première d'Ille et Vilaine.

⁶² L'exercice d'une majorité de médecins dans une maison médicale, facilite la transmission des informations et permet d'identifier des personnes ressources au sein de l'équipe médicale

⁶³ A titre d'exemple, le faible nombre de médecin, membre de la CME, induit des instances aux membres similaires notamment entre le directoire et la CME, impliquant des doublons (budget, rapport d'activité,...) et pouvant décourager des médecins libéraux peu habitués à ce formalisme.

⁶⁴ Les staffs sont des réunions pluridisciplinaires permettant d'étudier des cas spécifiques et d'obtenir une réflexion collective

problème avec ses confrères, et est un véritable gage de qualité des soins et d'amélioration de l'orientation du patient.

La collaboration entre médecins et membres de l'équipe soignante est primordiale au sein des services, que ce soit avec le cadre de santé ou les infirmiers. Les relations avec le cadre concernent principalement les entrées (critères, admissions, refus...) et les sorties du service. La cadre décrit une réelle collaboration avec les médecins, où elle prépare un pré dossier d'admission, le présente au médecin et discute avec lui de la possibilité ou non de l'admettre. Cette relation est stratégique pour l'établissement, car elle détermine le bon fonctionnement du service. Pour l'un des médecins, responsables des admissions en médecine, le binôme avec le cadre est « une relation de confiance entre deux professionnels, où chacun connaît son rôle et ses prérogatives afin de répondre aux attentes des patients et du service ». Les relations avec l'équipe infirmière sont également un indice de la collaboration entre milieu hospitalier et secteur ambulatoire. Les médecins intervenant par intermittence au sein de l'établissement, les infirmiers sont placés dans une situation de responsabilité importante. L'un des infirmiers du service médecine/SSR explique que : « la relation avec les médecins est très enrichissante, largement plus que dans d'autres centres hospitaliers. Ici, ils nous écoutent, c'est nous qui les informons, les orientons vers les patients, nous participons à l'élaboration de la prise en charge et nous pouvons donner notre avis. Ici, les médecins ne nous prennent pas de haut et n'hésitent pas à nous expliquer ce qu'ils font ». Cette collaboration, présente dans les services de médecine et de SSR mais aussi en EHPAD, est propice au développement d'équipes soudées et ouvertes à l'amélioration des pratiques.

Pour perfectionner la collaboration et la coopération ville/hôpital, un système d'information partagé a été mis en place. Comme tout CH, le CH SMG dispose d'un logiciel de suivi des soins, où chaque acteur de la prise en charge remplit ce qu'il effectue. Ce dossier de soins reprend les diagnostics et prescriptions médicales, les actes infirmiers, les entretiens menés par la psychologue, l'assistante sociale ou encore la médecin-nutritionniste. Aussi, dans un souci de collaboration étroite avec la médecine de ville, l'hôpital a permis l'accessibilité de ce dossier de soins aux médecins exerçant dans l'établissement, à partir de leur cabinet de ville (maison médicale). Ce partage du système d'information a plusieurs intérêts. Tout d'abord, les médecins peuvent être joints à distance et répondre aux interrogations concernant des patients hospitalisés. Ensuite, après la sortie d'hospitalisation, la continuité des soins est améliorée car le médecin (quel que soit le médecin du service de médecine) a accès à l'ensemble de l'historique des soins, actes et médicaments délivrés au patient. Enfin c'est un réel outil de suivi des besoins sanitaires de la population qui est partagé entre des praticiens libéraux et un établissement hospitalier.

L'équipe médicale du CH SMG est composée de médecins impliqués, motivés et intéressés par le doublon : pratique libérale et pratique hospitalière. Un des médecins, décrit la pratique à l'hôpital comme : « enrichissante humainement et constituant une réelle opportunité

professionnelle ». L'établissement profite d'une collaboration ville/hôpital que de nombreux CH pourraient lui envier et réussit à lier secteur hospitalier et secteur ambulatoire. Cette philosophie de coopération est un véritable atout pour la mise en place d'une filière gériatrique de proximité, dont les médecins libéraux sont des acteurs de premier plan. Cette nouvelle organisation pourra également s'appuyer sur les différentes initiatives mises en place au CH SMG, afin d'améliorer le parcours du patient âgé.

B) Un processus interne tendant vers une organisation efficiente

Le vieillissement de la population, l'évolution des prises en charges des personnes âgées et la multiplication des réponses possibles, impose aux établissements de faire évoluer leurs organisations. Le CH SMG a mis en place différentes actions et modifier son fonctionnement afin d'offrir des réponses les plus optimales.

✓ Des procédures d'admission clairement définies

La première étape de toute entrée dans une organisation hospitalière concerne les admissions de patients ou de résidents. Le CH SMG a développé plusieurs actions visant à améliorer cette phase. Premièrement, chaque service dispose d'une commission d'admission. Pour les services de médecine et de SSR, elle est constituée de trois médecins généralistes et du cadre de santé. Cette commission émet un avis destiné au directeur, qui prononce l'admission. Sur le terrain, cette commission ne se réunit pas physiquement, la pratique libérale des médecins étant souvent incompatible avec les temps et délais des réunions. Toutes les demandes sont adressées à la cadre de santé, qui dispose d'un ensemble de critères de sélection, fonction des pathologies, de la commune d'origine et des places disponibles. Si la demande remplit ces conditions, le dossier est envoyé par fax à la maison médicale et étudié par les médecins de la commission. Ces médecins s'engagent à rendre leur réponse dans la journée, garantissant la réactivité du service. Une fois la demande acceptée, la cadre organise l'entrée. L'ensemble de cette procédure est tracé pour garantir le suivi de chaque demande

Pour les services médico-sociaux, ceux-ci se trouvent dans une situation commune à de nombreux établissements, à savoir gérer une situation de pénurie. En effet, que ce soit pour le SSIAD ou pour les résidences pour personnes âgées, la demande est très fortement supérieure à l'offre⁶⁵. La commission doit donc sélectionner et hiérarchiser les demandes. Cette instance est composée du directeur de l'établissement, du médecin coordonnateur et d'une équipe pluridisciplinaire, composée des cadres de santé de médecine/SSR et d'EHPAD, de l'assistante sociale, de la psychologue et de l'ergothérapeute. L'objectif de cette commission est double, offrir

⁶⁵ . Pour l'EHPAD, la file d'attente peut atteindre plusieurs dizaines de personnes

des solutions d'aval pour les services de médecine ou de SSR et accueillir des résidents ne pouvant plus rester à domicile. Cette commission se réunit toutes les semaines afin de prononcer les admissions et d'étudier les nouveaux dossiers. En ce qui concerne le SSIAD et l'hébergement temporaire, ces services ont des procédures d'admissions propres à leur service, dues notamment par un « turnover » important et un besoin de réactivité. C'est donc l'infirmière coordinatrice qui est chargée de gérer les entrées du SSIAD, tandis que la cadre d'EHPAD se charge des entrées en hébergement temporaire. Toute demande d'admission est suivie de façon informatique.

✓ Un fonctionnement médical organisé

Pour organiser la présence médicale sur l'établissement et l'adapter à la pratique libérale des médecins intervenant, le CH SMG a élaboré, en collaboration avec les médecins, différents dispositifs améliorant la prise en charge des patients ou résidents admis.

La première disposition importante, concerne la planification et l'organisation des visites des médecins. L'ensemble des médecins, intervenant à l'hôpital, réalise un planning de visite pluri-mensuelle. Chacun doit donc déterminer des plages horaires de deux heures, durant lesquelles ils s'engagent à être présent dans l'établissement. De plus, il est convenu avec l'établissement, qu'il y ait deux visites par jour du lundi au vendredi et une le samedi matin. Cette organisation garantit un suivi médical pour l'ensemble des patients et résidents et une orientation rapide en cas de changement de l'état de santé de la personne. En outre, elle permet d'étendre les capacités d'admission de l'établissement, jusqu'au samedi matin, améliorant la réactivité de l'hôpital. Pour les périodes non planifiées (nuit et week-end), c'est le médecin de garde qui est chargé d'intervenir, après régulation par le centre 15⁶⁶.

Le CH SMG et les médecins de l'établissement ont également développé une « contre-visite ». Celle-ci consiste, pour un médecin, identifié sur un planning spécifique, à passer à l'hôpital en début de soirée, afin de vérifier l'ensemble des nouvelles prescriptions et de réévaluer, si besoin, les traitements. Les infirmières peuvent également orienter le médecin vers les patients présentant des besoins d'avis médical. Cette contre-visite a plusieurs objectifs : Garantir la continuité et la réactivité des soins, diminuer le recours à la garde de nuit⁶⁷ et soutenir l'infirmière de nuit. Le système d'information médicale est ici très important, car le médecin de garde doit pouvoir traiter l'ensemble des patients. Il a donc un accès rapide au dossier du patient et peut prendre les décisions médicales qui s'imposent.

⁶⁶ Règle de la nouvelle permanence des soins ambulatoires, mis en place en juin 2012

⁶⁷ Selon les médecins interrogés, la contre-visite a diminué le nombre d'appel de nuit de près de 80%.

Pour les résidences d'EHPAD, le médecin coordonnateur a également mis en place une planification des passages des différents médecins⁶⁸. Pour chaque passage, les infirmières organisent les visites, en fonction de l'état de santé des résidents, des demandes de ceux-ci et de la fréquence des visites⁶⁹.

Le CH SMG a mis en place, en partenariat avec les médecins libéraux, une organisation médicale efficace. Celle-ci, garantit une présence médicale dans les services de l'établissement équivalente à d'autres CH et permet des admissions rapides et réactives. L'établissement a su faire preuve d'adaptation pour répondre aux contraintes liées à l'exercice libéral de ses médecins, à la nécessité d'une garde médicale ou encore pour garantir la continuité des soins.

✓ Des initiatives en matière de sortie

La gestion de la sortie des patients est une question stratégique pour les CH de proximité, encore plus avec la mise en place prochaine de la T2A. Pour répondre à cet enjeu, le CH SMG a développé certaines initiatives. La première consiste à améliorer l'organisation de la sortie avec l'aide de l'assistante sociale. Pour cette dernière, la méconnaissance des aides existantes est un frein important pour la sortie des patients. Aussi, l'établissement a augmenté son temps de travail (0,6 ETP) pour lui permettre de rencontrer les patients et leurs familles et d'être une aide à la recherche de solution d'aval. L'assistante sociale est un pivot de l'orientation des patients et résidents. Une fois que lui sont transmis les besoins de la personne, elle impulse les démarches de sortie auprès des patients, des familles et des partenaires (CLIC, conseil général...). Elle représente donc l'une des solutions dans l'organisation des sorties.

Pour garantir une sortie de qualité, l'établissement a mis en place un dispositif appelé « pochette de sortie ». Cette pochette regroupe l'ensemble des documents indispensables pour le patient sortant. Elle est composée de l'ensemble des diagnostics et prescriptions prononcés dans l'établissement, selon les cas, d'une évaluation gériatrique, des préconisations des différents professionnels (équipe de rééducation, médecin, nutritionniste...), le cas échéant des rendez-vous de suivi, de l'ensemble des documents préparés par l'assistante sociale pour le retour à domicile ou en structure (demande d'aide, demande d'admission...) et d'un questionnaire de satisfaction. Cette pochette garantit la délivrance de l'ensemble de ces documents et impose aux professionnels de l'établissement de s'interroger sur l'avenir des patients admis.

Même si l'organisation de la sortie demeure perfectible, le CH SMG s'est lancé dans une réflexion de fond pour améliorer son processus interne. Les premières initiatives mises en place seront un appui certain à l'organisation d'une filière gériatrique.

⁶⁸ Même si le choix du médecin est libre dans les résidences pour personnes âgées, 75 % des patients ont choisi un médecin de Saint Méen le Grand et 90% dans un rayon inférieur à 15 Km. Cette proximité et la connaissance des médecins permettent de mieux organiser les visites

⁶⁹ Le médecin coordonnateur impose une visite minimale tous les trois mois pour l'ensemble des résidents

C) Une dimension économique favorable

La filière gériatrique consiste principalement à prendre en charge la personne, dans l'unité qui correspond le mieux à ses besoins au coût le plus faible. La dimension économique a donc toute son importance.

La première approche qui peut être faite consiste à comparer les coûts de prise en charge des différents établissements pour chaque type de prise en charge. Ainsi, pour un même type de patient, il faudra privilégier les admissions dans les services au coût le plus faible et en adéquation avec les recettes probables (T2A). À titre d'exemple, le directeur de Saint-Méen-le-Grand rapporte une expérience vécue avec le CHRU de Rennes : « Plusieurs années après que l'établissement de Montfort sur Meu ait ouvert ses lits de comas végétatifs, une place s'est libérée. L'établissement a donc proposé au CHRU de prendre en charge un de leur patient, qui correspondait aux critères du service. Or, le CHRU a refusé, pendant près de trois ans de transférer ce patient dans notre unité spécialisée, prétextant une incompatibilité et des problèmes administratifs. Face à cela, j'ai fait le calcul des coûts de prise en charge. Au CHRU, le coût était d'environ de 2 000 €/jour, tandis qu'à Montfort il était aux alentours de 1 000 €/jour, soit une différence de 1 000 €. Le refus du CHRU a donc coûté près d'un million d'euros à la collectivité... ». Cet exemple illustre bien la nécessité de connaître le coût de chaque structure et d'adapter les admissions et les orientations en fonction de ces coûts. D'autant plus, que dans l'exemple donné, il ne s'agissait pas d'un contexte de tarification à l'activité. Si cela avait été le cas, les deux établissements auraient été perdants : le CH de Montfort par un manque d'activité et le CHRU par des pertes financières dues aux coûts ne correspondant pas à la valorisation T2A.

Les coûts de prise en charge correspondent à l'ensemble des charges entrant dans le processus de soins. Il s'agit des charges directes (personnel soignant, investissement, entretien...) mais aussi des charges indirectes proratisées en fonction de l'activité (administration, logistique...).

Le tableau 3 synthétise les coûts des services de l'établissement. Pour l'ensemble de ses activités, l'établissement enregistre des coûts inférieurs à la moyenne constatée par l'étude nationale des coûts ou par d'autres études réalisées dans le secteur médico-social. Le CH SMG dispose de services compétitifs et relativement moins coûteux que d'autres CH plus grands. Le CH SMG sera en capacité de proposer des séjours réalisés dans d'autres CH à des coûts au minimum équivalent voire inférieurs.

Cela permettra aux partenaires et notamment au CHRU de Rennes de créer des partenariats de transferts justifiés par la qualité des soins (le retour des patients au plus près de chez eux et diminuant les « pertes de chances ») et par la dimension économique (le CHRU à des coûts trop élevé pour répondre à des séjours peu valorisés).

Le tableau 3 permet également de constater que le CH SMG dispose d'une offre de prise en charge à coûts très différents. Les chiffres présentés permettent de constater le coût financier

Tableau 3 : Comparaison des coûts des services de l'établissement aux coûts nationaux

Service	Coût moyen établissement (2011)/jour	Coût moyen national/jour	Différence de coûts de prise en charge
Médecine	225€	244€	-19€
SSR	230€	266€	-36€
EHPAD	87€	89€	-2€
Hébergement temporaire	113€	Non disponible	-
SSIAD	35€	46 €	-11€

Source : Auteur, à partir des données : Rapport d'activité CH SMG, ENC 2011, Étude EHPAD KPMG (2012), Étude SSIAD Direction générale action sociale (2009)

d'une mauvaise orientation des patients/résidents ou de l'effet de « bed-blocker ». À titre d'exemple, un patient de SSR qui ne trouve pas de solution d'aval peut avoir un surcoût pour le CH SMG allant jusqu'à 195 €/jour. L'hôpital doit donc profiter des différents types de services qu'il possède pour développer une réelle politique d'orientation et de gestion des sorties. Ces chiffres plaident également pour l'importance des solutions d'aval et leur justification économique. Le groupe de travail sur les sorties de SSR de la conférence sanitaire du territoire N° 5, auquel participe le directeur du CH SMG, planche depuis plusieurs mois sur cette question. Cependant les professionnels du secteur sanitaire (des services de SSR) peinent à imaginer une modification de certains lits de SSR, pour les patients les plus légers, vers une organisation « plus médico-sociale » et donc moins coûteuse⁷⁰. Le CH SMG, avec la mise en place d'une filière gériatrique peut être en mesure de proposer ces alternatives, à travers des solutions dites « tampons », faisant le lien entre le SSR et le retour à domicile. Le CH SMG utilise une partie de ses places d'hébergements temporaires à cette fin permettant ainsi de fluidifier le parcours de soins des patients.

On ne peut parler du contexte économique d'un établissement sans aborder le coût pour l'usager et surtout les différences de coûts. En effet, si le coût pour l'établissement est différent selon les services, c'est également le cas pour les usagers. Ainsi, pour un patient hospitalisé disposant d'une mutuelle, le coût de son hospitalisation sera quasi-nul. À l'inverse, si le patient est transféré dans une des résidences d'EHPAD, son reste à charge s'élèvera à près de 60 €/jour.

⁷⁰ Une des pistes de réflexion proposée par le CH SMG était de transformer un certain nombre de places de SSR en plateforme de places temporaire, moins médicalisé et reprenant le fonctionnement de l'hébergement temporaire, destinées au patient de SSR les plus légers ou attendant une solution d'aval. Le gain financier peut être appréhendé par la différence de coût entre une journée de SSR et une journée d'hébergement temporaire (127€ pour le CH SMG et un gain supérieur pour les plus grands SSR).

L'assistante sociale rapporte qu'elle est confrontée, dans sa mission d'orientation, à deux grands problèmes. Le premier est le cas, où la personne hospitalisée, ne dispose pas des revenus nécessaires pour payer un hébergement permanent ou temporaire. Dans ce cas, l'assistante sociale informe le médecin et les cadres des autres services pour rechercher des alternatives⁷¹. À défaut, l'assistante sociale peut également lancer la procédure pour l'aide sociale. Le deuxième cas auquel est confronté de plus en plus l'établissement, est le cas où la famille refuse de payer. Ainsi, l'assistante sociale et l'infirmière coordinatrice rapportent des paroles de proches : « on ne veut pas payer pour notre mère ! » ; « ici, au moins c'est gratuit ! » ; « Pas question de dépenser un centime, démerdez-vous ! », « le SSIAD c'est bien, un vrai service à domicile gratuit ! ». Ces phrases illustrent bien la problématique financière concernant les usagers. Les services de médecine et le SSIAD sont à la fois les services qui ont le reste à charge le plus faible mais ont le coût le plus élevé pour l'établissement et pour la collectivité.

Le développement de la filière gériatrique de proximité peut donc s'appuyer sur des atouts économiques indéniables. Disposer de services aux coûts différenciés et plus faibles que de plus grands établissements s'avèrent être un avantage compétitif favorable à la justification et l'élaboration d'une nouvelle organisation.

Le CH SMG possède d'importants atouts pour la mise en place de sa filière gériatrique. Que ce soit la collaboration avec la médecine de ville, l'organisation interne ou la dimension économique, l'établissement dispose de fondamentaux justifiant une évolution de son organisation et garantissant sa réussite. Néanmoins, aucune organisation ne serait être parfaite, il est donc capital de relever les obstacles qui pourraient freiner les différentes transformations.

⁷¹ Ces alternatives peuvent prévoir un retour à domicile, avec un autre type d'aide, ou le contact de la famille

III. Une nouvelle organisation devant prendre en compte certaines contraintes

La construction d'un nouveau type d'organisation, impose d'appréhender les obstacles pouvant freiner l'évolution organisationnelle de l'établissement. Pour le CH SMG, trois types d'écueils semblent devoir être pris en compte : les limites concernant la prise en charge actuelle au sein de l'hôpital (A), la culture d'établissement (B) et enfin une coopération extérieure restreinte (C)

A) Un parcours interne fragmentaire

La mise en place d'une filière gériatrique nécessite une organisation interne parfaitement graduée et coordonnée. Il est intéressant d'interroger les professionnels de l'établissement afin de connaître les différentes difficultés auxquelles ils sont confrontés. Le Tableau 4 reprend les principales réflexions obtenues et permet de dresser un premier diagnostic des obstacles rencontrés. Celui-ci doit être complété par un travail d'observation et d'étude sur le terrain, c'est-à-dire dans les services et au contact des professionnels.

L'une des principales difficultés rencontrées concerne la vision globale du parcours du patient. Pour le directeur, l'absence d'une personne référente, chargée d'organiser l'ensemble du parcours, de le tracer et de l'expliquer aux différents acteurs de la prise en charge, empêche la réalisation d'un parcours fluide et sans rupture. Il existe au sein du CH SMG, malgré sa taille, un cloisonnement des services, notamment avec le SSIAD ou l'EHPAD, renforcée par l'absence de formalisation des parcours de prise en charge. En effet, le cadre du service de médecine regrette l'absence de projet thérapeutique. Ce projet devant être réalisé à l'entrée de chaque patient, permettrait d'établir un plan de soins pour le séjour dans le service, comportant l'ensemble des intervenants nécessaires. Il doit également prévoir les suites de l'hospitalisation et comporter les prévisions du médecin tant sur le retour à domicile et des besoins de soins qu'en terme d'échéance. Cette absence de réflexion collective, à travers des staffs ou réunions d'équipe, et de projection dans l'avenir, freine la coordination des différents maillons de la chaîne de prise en charge. Le manque d'anticipation peut augmenter le phénomène de « bed-blocker », les partenaires (SSIAD, EHPAD) n'ayant pas eu le temps de préparer une réponse d'aval. On peut ajouter à cette difficulté, le propos du médecin coordonnateur qui déplore le manque d'évaluation gériatrique en médecine ou en SSR. Là aussi, cette évaluation permettrait d'anticiper les différents besoins présents et avenir des personnes hospitalisées.

Tableau 4 : Carences du parcours interne des patients, selon les professionnels de l'établissement

Professionnels	Principales limites liées à l'organisation interne	
Direction	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de stratégie commune à l'ensemble des services ✓ Difficultés à réunir les médecins intervenant dans l'établissement (staff, projet, synthèse, politique commune...) due à des problèmes de temps et à la valorisation du temps « hors soins ». 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence de coordonnateur général pour l'ensemble de l'établissement, qui permettrait une vision globale du parcours du patient ✓ Manque de solutions tampons ✓ Peu d'évaluations des organisations et de retour d'expérience ✓ Difficulté de mettre en place des objectifs de services avec les médecins libéraux
Médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trop de « paperasserie » impactant le temps médical ✓ Manque de formation (gériatrie, douleur,...) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque de communication avec les médecins extérieurs ✓ Manque de valorisation du savoir-faire de l'établissement
Médecins Coordindateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas d'évaluation gériatrique systématique pour les patients en Méd./SSR, ralentissant le processus d'admission en EHPAD. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mauvaise utilisation de l'hébergement temporaire (qui n'est pas une solution d'attente de place permanente) ✓ Peu de commission de coordination en Med/SSR
Cadre de santé EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence de temps de synthèse pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque de places d'EHPAD ✓ Absence de critères d'admission permettant une réactivité des entrées
Cadre de santé Med/SSR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas ou peu de projets thérapeutiques et absence de préparation de la sortie par les médecins ✓ Peu d'entrée directe du domicile 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Goulot d'étranglement en SSR ✓ % élevé d'hospitalisation non cohérente (ne relevant pas d'un service de soins) ✓ Peu d'information des familles
Assistante sociale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque de temps pour un réel rôle d'orientation ✓ Peu de contacts avec les médecins 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problèmes liés au choix de l'usager et de sa famille ✓ Manque de solution pour le retour a domicile
Infirmière coordinatrice du SSIAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas de liens formalisés avec les autres services ✓ Peu de nouvelles prises charges 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incapacité de réactivité des prises en charges ✓ Pas de projet global liant l'ensemble des services

Sources : Entretiens menées avec les professionnels

Au-delà du déroulement du parcours, les différents professionnels insistent sur les défauts liés à l'entrée et à la sortie de l'établissement. Pour certains médecins et pour les cadres des services, il est primordial que chaque admission corresponde bien aux besoins du patient ou du résident. Face à l'urgence ou par manque de solution, il arrive que les patients hospitalisés ne nécessitent pas un tel encadrement médical et infirmier.

Pour l'assistante sociale, c'est la préparation à la sortie qui est perfectible. Ainsi, elle précise : « plus la sortie est préparée tôt, plus j'ai le temps de trouver des solutions individuelles, de lancer les dossiers, d'informer le patient et sa famille. Pour moi, le contact avec la famille est primordial, Il permet d'expliquer, d'aider et de trouver la réponse la mieux adapter en fonction du contexte. Des sorties trop précipitées se traduisent par une colère et une insatisfaction des familles ».

La présence de ces difficultés complexifie le parcours de soins des patients ou résidents du CH SMG. Le directeur précise également que l'organisation fait peu l'objet d'évaluation, au même titre que la qualité des soins, de l'hygiène ou de l'accueil. Pour lui, il est important : « de pouvoir évaluer, pour faire évoluer ». Au-delà de ces difficultés, il est important que tout changement organisationnel prenne en compte la culture de l'établissement.

B) Une culture d'établissement à considérer

La culture d'établissement est un élément qui, s'il n'est pas pris en compte, peut ralentir voire faire échouer les évolutions d'une structure. Cette culture peut être définie comme l'ensemble des règles, valeurs, façons de travailler et manières de réagir d'un établissement. Tout changement d'organisation entraîne *de facto* une évolution dans la culture de l'établissement.

La connaissance, par les agents, des stratégies et objectifs poursuivis par l'établissement peut être un levier efficace de motivation et de reconnaissance professionnelle. Or, la notion de filière gériatrique est peu abordée dans les évolutions d'organisation du CH SMG. Pour les directeurs interrogés, le concept de filière s'adressait en premier lieu, aux grands centres hospitaliers disposant d'un plateau technique développé et ayant une forte influence sur le territoire et auprès des tutelles (ARS, Conseil général...). Pour les différents cadres ou médecins, le concept de filière est diffus voire inconnu, s'apparentant pour certains médecins : « à de la bureaucratie supplémentaire ».

Pour le personnel soignant, tous les enjeux liés à l'admission, à la coordination et à la gestion de la sortie (l'ensemble du chaînage du parcours du patient), sont peu expliqués et donc peu appréhendés par le personnel des services de l'hôpital. Pourtant, ces agents constituent la première ligne interne de l'établissement, le premier contact avec les patients et les familles, ils possèdent un rôle majeur dans l'organisation du parcours des patients⁷².

Le management participatif est encore peu présent dans l'établissement. La conduite de projet conserve une forme très pyramidale et centrée autour de l'équipe d'encadrement. La transmission des informations conserve une forme indirecte, avec la publication d'un journal interne et de notes de service. Même si cette forme est importante et appréciée des agents, il est important qu'elle puisse se faire de manière plus directe afin d'impliquer l'ensemble des agents. La mise en place d'une nouvelle organisation se traduira par des erreurs, des imprévus ou des incompatibilités et donc des besoins d'actions correctives. Un retour d'expérience devra être organisé afin de faciliter les évolutions indispensables. Pour cela, la circulation de l'information doit être correctement balisée et garantir une communication efficiente et la plus directe possible. Actuellement, chaque service garde en son sein ses différentes problématiques afin qu'elles soient

⁷² Détection de l'aggravation de l'état de santé, lien entre médecins (libéraux) et familles, tenu du dossier de soins, organisation des formalités administratives.

résolues en interne (intra service). Ce fonctionnement empêche tout retour d'expérience et la transmission des actions correctives à l'ensemble de l'établissement. Le CH SMG devra développer une culture de l'erreur, ou celle-ci n'est pas sanctionnée (sauf erreur grave) mais analyser collectivement et entraînant une évolution des pratiques et des comportements.

Du point de vue de l'organisation médicale, l'exercice de médecins libéraux dans l'établissement est particulier, comparé à l'exercice de praticiens hospitaliers, notamment sur le thème de la traçabilité et de l'organisation du parcours du patient. Les résultats de l'enquête QUALHAS⁷³, illustrent ce propos. Ainsi, en termes de tenue du dossier patient ou de délais d'envois du courrier de fin d'hospitalisation, le CH SMG obtient des scores en dessous de la moyenne nationale, alors même que pour ses indicateurs propres à la qualité des soins, il est au-dessus des moyennes nationales. Lorsque les médecins sont interrogés sur ces résultats, la principale réponse est la perte de temps engendrée par la tenue des différents documents. Il faut ajouter, que vu la taille de l'établissement, le CH SMG ne possède pas une équipe administrative pouvant décharger les médecins de certaines tâches. La question de la traçabilité et du suivi administratif des patients est primordiale dans le fonctionnement d'une filière gériatrique. Il faut à la fois avoir un suivi pratique, fiable et accessible tout en évitant les dérives « bureaucratiques ».

La dernière donnée importante de la culture d'établissement à prendre en compte, est la résistance au changement. La mise en place d'une filière gériatrique peut entraîner certaines modifications de fonctionnement et donc des besoins d'adaptabilité de la part des services. Le CH SMG n'a pas connu de profonds changements institutionnels au cours des dernières années, si ce n'est la transformation de lits de longs séjours en places d'EHPAD. S'il ne peut être estimé par l'expérience, le degré de résistance peut être appréhendé par un questionnaire auprès des agents. Dans une de ces enquêtes réalisées en 2012⁷⁴, les agents de l'établissement sont ouverts au changement tant qu'il est abordé de manière générale (au niveau de l'établissement). De façon plus précise, les agents sont une majorité à considérer que l'organisation de la prise en charge des usagers de leur service est optimale (75 %) et seuls 10 % des agents indiquent des propositions d'évolution. En outre, les agents semblent écarter totalement le versant organisationnel de leur activité. Dans les différentes discussions menées avec des personnels soignants, la notion de parcours de soins semble secondaire, les agents portent un plus grand attachement sur le soin présent sans prise en compte du futur et notamment de l'éventualité d'un retour à domicile du patient.

Le CH SMG n'est pas confronté à une grande résistance au changement. Cependant, par méconnaissance, par le poids des habitudes et des anciennes pratiques, un changement d'organisation pourrait connaître certains freins. Ces obstacles pourront être levés à travers la formation des agents sur le thème de l'organisation d'un parcours de soins, par l'implication de ces

⁷³ Recueil d'indicateurs de qualité, à partir de séjour tirés au sort. Obligatoire dans le cadre de la certification.

⁷⁴ Enquête interne « Bilan social », Mai 2012

agents au changement d'organisation et enfin par l'observation des améliorations permises par la filière gériatrique (à travers un plan de communication).

Le CH SMG possède une culture qui lui est propre, qui est fonction de son histoire, de ses agents et du management de son équipe de direction. Cette culture, si elle n'est pas prise en compte peut se transformer en réelle difficulté. Néanmoins, le personnel de l'établissement reste ouvert aux évolutions, notamment quand elles permettent une amélioration de la prise en charge des patients ou résidents. Au-delà des limites internes, le CH SMG doit également prendre en compte un degré faible dans ses partenariats.

C) Une dimension partenariale restreinte et perfectible

Les coopérations sont devenues, depuis plusieurs années, une nécessité mais surtout une plus-value pour les EPS. Elles permettent en effet de créer des synergies sur les territoires améliorant l'accès aux soins, apportant une expertise aux professionnels de premier recours ou encore mutualisant des ressources dans une recherche d'efficience processus. Le CH SMG a développé certains partenariats, conventions ou accords, mais ces derniers demeurent restreints et perfectibles pour la mise en place d'une filière gériatrique de proximité.

En tant qu'ex-HL, l'établissement se doit de passer des conventions avec d'autres centres hospitaliers afin de garantir à ses patients un accès à un plateau technique plus développé. Le CH SMG a passé une convention avec le CHRU de Rennes pour répondre à ses obligations réglementaires. Ne disposant pas d'imagerie médicale ou de laboratoire d'analyse médicale, l'hôpital a également signé des accords avec un laboratoire et un cabinet d'imagerie médicale de Montfort sur Meu. Néanmoins, ces conventions n'interviennent qu'en réponses à des obligations réglementaires et ne traduisent pas une volonté de coopération, indispensable pour construire une filière gériatrique.

Comme développé précédemment, le CH SMG a su développer une collaboration importante avec les professionnels de santé libéraux. Il a également mis en place des partenariats volontaires dans différents domaines et notamment dans celui de la nutrition (adhésion à un réseau nutrition ROLAND), de l'hygiène (adhésion au Réseau opérationnel rennais de lutte contre les infections nosocomiales (RORLIN)), des soins (adhésion au réseau SEP). L'établissement a également passé des conventions permettant d'améliorer les services rendus aux usagers. Il a notamment passé une convention avec un médecin rééducateur d'un centre de rééducation voisin, permet le passage d'infirmiers spécialisé en psychiatrie ou encore développé une consultation avancée avec un médecin cardiologue.

En ce qui concerne la fluidité du parcours du patient, les initiatives sont plus limitées. En tant qu'établissement de santé, le CH SMG fait partie intégrante du projet ORIS (Outil de régulation des inscriptions en SSR). Ce projet consiste à optimiser les flux de patients entre

établissements adresseurs et établissements receveurs à travers un outil informatique. Cet outil permet une coopération entre établissements mais impose une réactivité et une fiabilité pour l'ensemble des établissements SSR. Pour le directeur : « le développement de ce projet est très intéressant car il permet une plus grande réactivité et coopération des établissements. Pourtant, il risque d'être limité par un effet de goulot d'étranglement en sortie de SSR, causé par le manque de solution d'aval. », D'où l'intérêt d'une coordination des solutions d'aval

L'hôpital de Saint-Méen-le-Grand ayant des services de soins, il est important pour lui de baliser des parcours de sortie notamment auprès des autres établissements du territoire. Dans la zone d'influence du CH SMG il existe sept EHPAD publics représentant 500 places d'accueil permanent (175 admissions/an), 19 places d'hébergement temporaire (190 admissions/an), un accueil de jour et un accueil de nuit. Ainsi, le territoire dispose d'une offre de service d'aval, mais aucune coopération ou convention n'a été passée entre eux. Les raisons de cette absence de partenariat sont multiples. La première est la difficulté de trouver des termes d'échanges. En effet, pour qu'il y ait collaboration, il faut que chacun des partenaires ait une plus-value à l'échange. Une deuxième raison, est la césure existante entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le premier a longtemps sous-estimé le rôle des établissements médico-sociaux, qui par conséquence ne cherchent plus à collaborer avec les établissements hospitaliers. La valorisation de ces établissements dans la filière gériatrique est essentielle pour garantir un parcours fluide et optimal. Enfin, une troisième raison, qui appartient aux directeurs, est le refus de certains chefs d'établissement à voir les décisions ou critères d'admissions être communs à plusieurs établissements. À ce titre, plusieurs membres du groupe de travail de la conférence sanitaire de territoire sur les sorties de SSR ont déploré le manque de transparence des critères d'admission de certains EHPAD qui empêche de développer une réelle collaboration entre établissements sanitaires et médico-sociaux. Le CH SMG doit donc s'attacher à réunir et convaincre les différents EHPAD de l'intérêt de collaborer. Car, si le CH SMG peut gagner des solutions d'aval, les EHPAD peuvent obtenir un accès facilité aux différents outils hospitaliers, à savoir le plateau technique et l'expertise.

Pour la construction d'une filière gériatrique de proximité, les liens entretenus avec les autres centres hospitaliers doivent être étendus, formalisés et être efficaces. Le CH SMG n'a pas mis en place de convention spécifique avec ses partenaires hospitaliers. Le directeur, énonce le fait que les trois CH partenaires sont hésitants à développer des échanges sur un accès privilégié au plateau technique (sans passer par l'accueil et les urgences), sur l'aide à l'expertise (possibilité d'appeler un spécialiste du CH) ou sur les consultations avancées. De plus, l'éloignement géographique, qui devrait justifier une « décentralisation des soins », se transforme en handicap. Ainsi, le médecin coordonnateur explique : « malgré la signature d'une convention avec le CHRU pour l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie, ceux n'interviennent jamais à l'hôpital, arguant qu'il est trop éloigné, alors même que l'équipe mobile est faite pour se déplacer ». Le CH SMG doit donc convaincre les CH de l'intérêt réciproque qu'ils ont à collaborer (financier, solution d'aval...).

De plus, lors des entretiens avec les médecins, l'une des principales critiques portées à l'encontre du CHRU de Rennes était le changement de médication. En effet, les médecins du CH SMG évaluent à plus de 50 %, le nombre de patients adressés au CHRU de Rennes et revenant avec des changements de médication pour des maladies chroniques déjà prise en charge par le médecin traitant. La qualité des soins passe donc par un meilleur dialogue et respect entre praticiens hospitaliers et médecins généralistes.

À l'inverse, certains partenariats seraient possibles mais ne sont pas réalisés par l'établissement, c'est le cas notamment pour les évaluations gériatriques. Celles-ci sont menées dans un centre gériatrique rennais (le centre régional de gériatrie (CRG) de Chantepie). Pourtant, le médecin coordonnateur, possédant une spécialisation en gériatrie, indique que selon les spécificités du résident, 75 % à 100 % de l'évaluation pourrait être fait au sein de l'établissement. De plus, le CRG expérimente une plate-forme d'aide à l'évaluation. Au lieu de transférer les personnes âgées jusqu'à Rennes, il propose, aux professionnels des établissements volontaires, une aide à l'évaluation à distance. Dès lors, seuls les cas spécifiques (démences, troubles psychiques) doivent se rendre au CRG de Chantepie pour l'évaluation. Ici, c'est bien le CH SMG qui ne profite pas de l'opportunité d'améliorer la qualité de ses services. La justification donnée par les médecins est le manque de temps pour organiser les termes de la convention et surtout pour réorganiser le fonctionnement du service afin que les évaluations soient faites en interne. Pour l'équipe de direction, c'est un manque de communication qui est le facteur limitant. En effet, ne connaissant pas l'expérimentation, elle ne pouvait en aucun cas impulser le partenariat.

Le CH SMG dispose de l'ensemble des outils pour développer les partenariats nécessaires à la constitution d'une filière gériatrique, même si actuellement ils demeurent modestes. Le CH SMG devra créer une réelle filière externe afin de se positionner en amont des CH, de garantir un accès au plateau technique et aux spécialités des CH et de disposer de solutions d'aval par l'intermédiaire des EHPAD partenaires.

Le CH SMG dispose de toutes les caractéristiques justifiant l'élaboration d'une filière gériatrique de territoire. Il est un établissement de référence pour son territoire, offrant un panel de services répondant aux besoins d'un bassin de vie. En s'appuyant sur ses atouts et en prenant conscience de ses contraintes, le CH SMG peut développer une nouvelle organisation. Pour réaliser cette évolution, il est nécessaire d'élaborer un plan d'action identifiant les mesures à mettre en place, garantissant la visibilité, l'efficacité et la réussite du projet.

TROISIÈME PARTIE :

PLAN D' ACTION POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ

Le plan d'action, détaillé ci-dessous et élaboré en fonction du diagnostic précédent, doit permettre au CH SMG de mettre en place une filière gériatrique de proximité. Il est construit autour de trois axes : l'élaboration d'une stratégie de filière (AXE 1), l'amélioration de l'organisation interne (AXE 2) et le développement d'une filière externe (AXE 3).

AXE 1 : Élaboration d'une stratégie de filière

Recommandation 1.1 : Amorcer une démarche organisationnelle

<u>ACTION 1 :</u>		Efficacité	● ● ● ○ ○	
Concevoir un projet de filière		Difficulté de mise en place :	● ● ○ ○ ○	
		Coûts :	● ● ○ ○ ○	
Description	La création d'une filière gériatrique impose l'ébauche d'une philosophie commune et la constitution d'objectifs partagés.	Ce projet sera élaboré par un groupe de travail restreint, composé du directeur et d'un membre de l'encadrement, d'un médecin généraliste et d'un membre extérieur partenaire de l'établissement.		
	Le projet de filière constitue la colonne vertébrale de la nouvelle organisation. Il contiendra, la philosophie, les objectifs de la filière ainsi que les moyens de les atteindre.	Ce projet pourra donner lieu à la participation des agents de l'établissement afin de faire adhérer le personnel à la démarche.		
	Ce projet constituera une présentation de la démarche lancée par l'établissement sur le territoire et sera le support à partir duquel, les partenaires feront le choix de participer à la filière.	Le projet pourra donner lieu à des évolutions dans le temps		
	Le projet de filière doit être un véritable outil de communication, attrayant, démontrant les intérêts de chaque partenaire et les gains escomptés.	Le projet devra être présenté aux instances de l'établissement afin de faire adhérer l'ensemble des protagonistes.		
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disposer d'un document de référence, développant l'ensemble des axes du projet ✓ Disposer d'un outil de communication attractif 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer une démarche participative visant à créer un projet collectif, de qualité et évolutif 		
Pilotes	➤ Directeur ou équipe de direction	Acteurs associés	➤ Encadrement	➤ Personnel de l'établissement
			➤ Médecins	
Échéances	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 6 mois : première version ❖ 8 mois : version définitive 	Coûts	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Élaboration du projet : 20 heures médicales : <u>1 840 €</u> 	
Indicateurs d'évaluation	❖ Enquête auprès du personnel		❖ Enquête auprès des partenaires externes	

ACTION 2 :

Formaliser les actions de la filière

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Pour se développer, la filière doit formaliser les actions réalisées avec ses partenaires, mais aussi celles entreprises en interne.

En interne

- Les actions réalisées dans le cadre du parcours du patient doivent être harmonisées et faire l'objet d'un protocole.
- L'ensemble des actions doivent être tracées dans un système d'information (dossier patient)

En externe

- Création d'une charte, avec les engagements généraux des signataires
- Tout partenariat doit faire l'objet d'une convention (avec les engagements de chaque partie et des clauses d'évaluations).
- À terme, le CH SMG doit développer une forme juridique de coopération, permettant d'offrir de plus grandes capacités d'échanges (GCS).

Objectifs

- ✓ Garantir les prises en charge et les actions entreprises au cours du séjour d'un patient (en interne et en externe).
- ✓ Disposer d'engagements écrits, contractualisant les collaborations
- ✓ Mettre en place, un GCS, afin de posséder une image sur le territoire et auprès des tutelles.

Pilotes

- Directeur ou équipe de direction

Acteurs associés

- Encadrement
- Médecins
- Partenaires extérieurs

Échéances

- ❖ Protocole : 3-6 mois
- ❖ GCS : 1- 2 ans

Coûts

- Temps de réalisation des protocoles
- 40 heures : 3 000 €

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de protocoles réalisés
- ❖ Critère d'évaluation de chaque convention

ACTION 3 :

Nommer des « référents filières »

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Pour garantir le bon fonctionnement et la réactivité de la filière le CH SMG doit nommer des personnes « référent de la filière »

- **En interne**, chaque service disposera d'un référent. Il sera chargé d'assister la cadre de santé dans les démarches liées au parcours de soins.
- Le référent sera également un relais de l'assistante sociale pour l'orientation et l'information des patients et de leur famille.
- Il pourra se voir confier des tâches administratives liées à la coordination et l'orientation des personnes âgées.

- **En externe**, chaque partenariat doit donner lieu à la nomination d'un référent dans l'établissement partenaire.
- Ce référent sera le contact privilégié des cadres et de la direction pour l'organisation des procédures de la filière.
- Le référent ne remplace pas les procédures d'admission mais constitue un relais dans l'organisation de la filière externe.

Objectifs

- ✓ Améliorer la réactivité des réponses proposées par la filière
- ✓ Disposer d'un circuit rapide d'information organisationnelle

Pilotes

- Directeur ou équipe de direction

Acteurs associés

- Encadrement
- Personnel établissement
- Partenaires extérieurs

Échéances

- ❖ Ensemble des nominations : 8 mois
- ❖ Référents externes, fonction des conventions passées

Coûts

-

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de référents nommés
- ❖ Évaluation qualitative annuelle par les cadres

Recommandation 1.2 : Adopter un management de filière

ACTION 4 :		Efficacité	
Impulser une dynamique de filière		Difficulté de mise en place :	
		Coûts :	
Description	<p>Pour garantir la réussite de la filière, il est indispensable de l'animer</p> <p><u>En interne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organiser une réunion tous les mois sur le thème de la filière gériatrique (encadrement, médecin, assistante sociale, agents référents). Identifier les difficultés et mettre en place les actions correctives Instituer des « points infos » réguliers sur le fonctionnement de la filière 	<u>En externe</u>	<ul style="list-style-type: none"> Développer les contacts avec les partenaires potentiels (courrier, mail, téléphone...) Organiser, une fois par semestre, des réunions de filière, avec les partenaires (ou futurs partenaires) S'appuyer sur les réseaux existants (CAUDHEM, Pôle de santé, réunion de directeurs) Nommer un chargé des relations extérieures de la filière (directeur ou adjoint)
	Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réunir régulièrement les différents acteurs de la filière ✓ Motiver les acteurs autour d'un projet commun ✓ Développer et pérenniser les contacts 	
Pilotes	➤ Directeur ou équipe de direction	Acteurs associés	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encadrement ➤ Médecins ➤ Personnel de l'établissement ➤ Partenaires extérieurs ➤ CAUDHEM ➤ Pôle de santé
Échéances	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 6 mois : première réunion interne ❖ 8 mois : première réunion externe 	Coûts	➤ Valorisation des heures de réunion des médecins : <u>2 200 €/an</u>
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de réunions annuelles ❖ Nombre de participants 		❖ Ordre du jour et procès-verbal des réunions

ACTION 5 :		Efficacité	
Évaluer les actions mises en place		Difficulté de mise en place :	
		Coûts :	
Description	<p>Le projet de filière se transforme par la mise en place d'actions ou de protocole.</p> <ul style="list-style-type: none"> Chaque action entreprise doit faire l'objet d'un projet écrit comportant les modalités d'application, les acteurs concernés et le pilote du projet. Chaque projet doit donner lieu à l'élaboration d'objectifs à atteindre et faire l'objet d'une évaluation annuelle voire pluriannuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque projet contiendra les indicateurs qui permettront d'évaluer la réussite de l'action <p><u>En externe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Toute convention passée dans le cadre de la filière doit comporter les objectifs à atteindre, les modalités d'évaluations et les conséquences en cas de non-réalisation. 	
	Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disposer d'une photographie complète des actions réalisées ✓ Établir un rapport annuel sur l'efficacité des actions entreprises 	✓ Mettre en place une politique d'amélioration continue de la filière
Pilotes	➤ Directeur ou équipe de direction	Acteurs associés	▪ Encadrement
Échéances	❖ Dès le début du projet (6 mois)	Coûts	-
Indicateurs d'évaluation	❖ Nombre de projets réalisés		❖ Nombre d'évaluations réalisées

ACTION 6 :

Amorcer les évolutions de la filière

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Pour développer sa stratégie, le CH SMG doit améliorer continuellement le fonctionnement de la filière et préparer les évolutions futures.

- Organiser un groupe de travail pour le retour d'expérience et les propositions d'évolutions : Médecins, encadrement, représentant de partenaires...
- Ce groupe se réunira tous les trimestres et développera des propositions à partir de thèmes provenant des retours d'expérience ou des nouveaux besoins détectés. Leurs travaux mèneront lieu à un rapport transmis à l'ensemble des membres.
- Le CH SMG pourra s'appuyer sur le CAUDHEM qui organise déjà des réunions de travail sur des thèmes similaires.

- Le CH SMG organisera une assemblée générale de filière pour l'ensemble des membres partenaires, rapportant les actions entreprises, les objectifs atteints ou non et les perspectives d'évolution.
- Chaque convention disposera d'une durée limitée, permettant de renégocier et de réévaluer les besoins
- Un questionnaire sera élaboré annuellement par le responsable qualité et distribué aux membres de la filière, afin de sonder les évolutions ou les attentes des membres partenaires.

Objectifs

- ✓ Mettre en place une organisation évolutive en fonction des difficultés et des nouveaux besoins
- ✓ Garantir une démarche participative et collective, plus motivante pour les partenaires

Pilotes	➤ Directeur ou équipe de direction	Acteurs associés	➤ Encadrement ➤ Médecins	➤ Partenaires extérieurs ➤ Responsable qualité
Échéances	❖ 1 ^{er} groupe de travail : 8 mois après les 1 ^{ères} actions	Coûts	➤ Heures des médecins : 24 heures : <u>2 200 €/an</u>	
Indicateurs d'évaluation	❖ Nombre de réunions/an		❖ Application des propositions	

Recommandation 1.3 : Concevoir un plan de communication

ACTION 7 :

Communiquer auprès des usagers

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Communiquer en direction des usagers est primordial pour le succès de la filière. Le patient choisi son établissement, en parle. De plus, les nouvelles technologies rendent la maîtrise de l'information indispensable.

- Élaboration d'un livret de présentation du CH SMG et de la filière. Ce livret simple et attrayant doit reprendre l'ensemble des services proposés par l'établissement. Il mentionnera également les différents partenaires qui collaborant avec l'établissement dans le cadre de la filière.
- Ce livret devra avoir une démarche informative et marketing. Il devra être un outil d'attractivité à destination des usagers. Il devra démontrer les avantages permis par la nouvelle organisation et les services supplémentaires offerts à la population. Il donnera les différents moyens de contacts pour les admissions en EHPAD, SSIAD, pour les transferts et pour les consultations avancées.
- Le livret pourra être mis à disposition chez les médecins, aux CLIC, aux partenaires sociaux et en mairie.
- Le CH SMG pourra diffuser des affiches dans l'établissement, présentant la filière et les agents référents.
- Le CH SMG communiquera dans la presse locale et régionale sur les perspectives permises par la filière gériatrique et les apports pour le territoire de Saint-Méen-le-Grand.
- La filière pourra également s'appuyer sur des documents existants, et compléter ceux édités par certains partenaires, comme par exemple le CLIC.
- Le CH SMG doit mettre en place un site internet présentant les différents services et partenaires et reprenant le contenu du livret.
- Nommer un responsable de la communication de la filière

Objectifs

- ✓ Informer les usagers des prestations et services offerts par le CH SMG et sa nouvelle stratégie.
- ✓ Développer une politique de part de marché visant à garantir un flux de patients et résidents au CH SMG (part de marché).

Pilotes	➤ Directeur ou équipe de direction	Acteurs associés	➤ Responsable communication ➤ Responsable informatique
Échéances	❖ Livret : 6 mois (actualisation annuelle) ❖ Site internet : 8-12 mois	Coûts	➤ Livret : <u>3 000</u> ➤ Site internet : <u>8 000 €</u> ➤ Affiche : <u>500 €</u>
Indicateurs d'évaluation	❖ Nombre de livrets distribués ❖ Nombre de visites du site internet		❖ Taux d'augmentation des admissions ❖ Enquête qualité auprès des usagers

ACTION 8 :

Informers les professionnels

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Pour développer la filière, le CH SMG doit être en capacité d'attirer des patients et d'accroître l'intérêt des professionnels agresseurs (médecins traitants, praticiens de santé). Il doit également informer les acteurs de l'information sur le territoire et notamment le CLIC et les services d'action sociale.

- Réaliser un livret d'information à destination professionnelle, incluant l'offre disponible, les types de pathologies pouvant être accueillis, les modalités d'admission et les contacts au CH.
- Le document sera envoyé à l'ensemble des médecins généraliste du territoire d'influence ainsi qu'aux responsables (directeurs, chef de pôle, médecin gériatre...) des CH environnants (Rennes, Dinan, Ploërmel).

- Le CH SMG pourra envoyer un courrier aux différentes autorités de tutelle (ARS, Conseil général) afin de présenter la démarche et les bénéfices attendus.
- Une plaquette « nouveau partenaire » devra être réalisée, dans l'objectif de démarcher de nouveaux établissements ou professionnels. Cette plaquette, réalisée à partir du projet de filière, présentera l'objet de cette organisation, les résultats attendus ainsi que la plus-value pour le professionnel ou l'établissement.

Objectifs

- ✓ Communiquer sur le territoire et présenter l'ensemble des possibilités permises par la filière
- ✓ Développer une démarche volontariste, visant à attirer de nouveaux partenaires et développer la filière
- ✓ Accroître le flux de patient : augmentation des admissions directes et des transferts d'autres établissements

Pilotes

➤ Médecin volontaire

Acteurs associés

➤ Direction

➤ Partenaires extérieurs

Échéances

- ❖ Livret : 6 mois (actualisation annuelle)
- ❖ Plaquette 12 mois (après réalisation du projet)

Coûts

- Livret : 1 500 €
- Plaquette : 1 000 €

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de documents diffusés
- ❖ % d'augmentation des admissions et des transferts

ACTION 9 :

Adapter la communication interne

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

La communication interne joue un rôle dans la dynamique de filière et son fonctionnement, à travers l'information des agents et la valorisation de leur travail.

- Diffusion, dans les fiches de paie, d'une plaquette présentant la démarche entreprise par l'établissement et les changements à venir et le rôle de chaque agent dans cette nouvelle organisation.
- Communication mensuelle dans le journal interne sur l'actualité de la filière et sur les résultats positifs atteints.

Réalisation de « point Com' » trimestriel dans chaque service, pour rappeler les actions à développer et les objectifs à atteindre, visant à répondre aux interrogations des agents (réalisés par le responsable qualité et le cadre du service).

Objectifs

- ✓ Faire adhérer l'ensemble des agents à un projet collectif et valoriser le rôle de chacun.
- ✓ Disposer d'une communication interne efficace permettant une transmission rapide des informations

Pilotes

➤ Directeur (ou direction)

Acteurs associés

➤ Responsable qualité

➤ Représentant du personnel

Échéances

- ❖ Ensemble des actions : 6 mois

Coûts

- Plaquette : 500 €

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de « point Com' » réalisé
- ❖ Enquête auprès des agents

AXE 2 : Perfectionnement de l'organisation interne

Recommandation 2.1 : Déployer une politique d'admission

ACTION 10 :

Formaliser le processus d'admissions

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Les admissions constituent la porte d'entrée de l'établissement et de la filière de proximité et garantissent la pérennité économique de l'établissement. Les procédures doivent permettre une réactivité des admissions et garantir que « le bon patient soit au bon endroit, au bon moment ».

- Les médecins doivent établir pour chaque service un protocole d'admission.
- Il devra contenir : les critères impératifs d'admission (sévérité, pathologies, niveau de soins,...), la procédure suivie par la commission d'admission et les modalités de réponses
- Ce protocole sera diffusé à l'ensemble des médecins du territoire ainsi qu'aux praticiens des établissements partenaires afin de faciliter les transferts.

- Pour le SSR, les admissions seront informatisées par l'outil ORIS, pour les autres services (Médecine, EHPAD et SSIAD), le protocole contiendra l'ensemble des documents nécessaires à l'admission et indiquera un moyen de contact unique d'admission (Fax, messagerie sécurisée).
- En l'absence des médecins coordonnateurs, le cadre conserve le protocole déjà mis en place, à savoir la transmission du dossier à un médecin coordonnateur directement à la maison médicale (par voie sécurisée).
- Toute demande d'admission devra obtenir une réponse en moins de 24 heures et l'établissement s'engagera à réaliser des admissions tous les jours de la semaine exceptée le dimanche.

Objectifs

- ✓ Posséder un protocole d'admission transparent, réactif et fiable
- ✓ Garantir la réalisation de l'ensemble des séjours potentiels
- ✓ Diminuer le taux de fuite dû à la méconnaissance des modalités d'entrée ou au manque de rapidité de la réponse.

Pilotes

- Médecins coordonnateurs

Acteurs associés

- Cadre de santé
- Médecins du territoire
- Praticiens partenaire

Échéances

- ❖ Protocole d'admission : 6 mois
- ❖ Contact unique : 8 mois (messagerie sécurisée)

Coûts

- Protocole : 20 heures médicales
- 1 800 €

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Taux de réponse en moins de 24 heures (Obj : >75%)
- ❖ Augmentation du nombre de transferts (Obj : +10%)

ACTION 11 :

Accroître les admissions directes

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Développer les admissions directes du domicile est un défi pour la filière gériatrique, évitant une hospitalisation risquée pour les personnes âgées et permettant à l'établissement de capter des parts d'activité.

- Envoi d'un courrier médical à l'attention de l'ensemble des médecins du territoire.
- Ce courrier comprendra une procédure simplifiée d'admissions, les types de pathologies pouvant être pris en charge et les coordonnés du médecin en charge des admissions.

- L'établissement invitera les médecins à découvrir le fonctionnement de l'hôpital au cours d'un déjeuner de travail, permettant d'illustrer les capacités du CH SMG.

- Le plan de communication devra permettre de découpler cette action vis-à-vis des médecins et des usagers.

Objectif

- ✓ Diminuer les pertes de chance, dues à des hospitalisations éloignées, risquées et parfois non pertinentes
- ✓ Développer une politique de captation des parts d'activité sur le territoire
- ✓ Disposer d'une communauté médicale de territoire « adresseur » de patients

Pilotes

- Médecins coordonnateurs
- Directeurs

Acteurs associés

- Médecins du territoire

Échéances

- ❖ Envoi du courrier : 6 mois
- ❖ Déjeuner de travail : 8 mois

Coûts

-

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Augmentation du nombre d'admission directe (Obj : + 20-30%)

ACTION 12 :

Faciliter les admissions en urgence

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Les urgences sociales sont une cause importante de l'envoi des personnes âgées aux urgences, les médecins n'ayant pas d'autres solutions. Pouvoir répondre à ce besoin est primordial pour la filière interne du CH SMG

- Mise en place d'un numéro de téléphone unique pour l'ensemble des services de l'établissement (voire à terme d'autres partenaires locaux et notamment les places d'EHPAD ou de SSIAD).
- Ce numéro, disponible du lundi au samedi, de 8H à 19H, permettra aux médecins de connaître l'ensemble des offres immédiatement disponibles et de lancer une procédure d'accueil en urgence.
- La personne responsable de ce numéro (agent d'accueil) disposera en temps réel des places disponibles dans chaque service.

- Cette procédure permettra de contacter un médecin coordonnateur, en charge des admissions qui pourra accepter immédiatement l'entrée.

- Les documents à fournir seront allégés, la priorité étant de proposer une solution temporaire, visant à éviter le passage aux urgences.

- En cas d'incompatibilité avec les services disponibles, le médecin coordonnateur réorientera vers les urgences.

- L'établissement s'engagera à offrir une réponse dans les 4 heures suivant la demande

- Les médecins du territoire seront informés de ce service et seront prévenus qu'il doit s'agir uniquement de demande dans l'urgence, c'est-à-dire des demandes exceptionnelles.

Objectif

- ✓ Offrir une réponse rapide aux urgences sociales
- ✓ Diminuer le nombre de patient transféré aux urgences pour des raisons non médicales ou médicales mineures

Pilotes

- Médecins coordonnateurs

Acteurs associés

- Cadre de santé
- Agent d'accueil
- Médecins du territoire

Échéances

- ❖ Protocole d'urgence : 6 mois
- ❖ Numéro unique : 6 mois

Coûts

- Protocole : 10 heures médicales 900 €

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Taux de réponse en moins de 4 heures (Obj : >75%)
- ❖ Nombre de réponses positives (Obj : >60%)

Recommandation 2.2 : Étendre la coordination des parcours de prise en charge

ACTION 13 :		Efficacité	
Nommer un coordonnateur médical		Difficulté de mise en place :	
		Coûts :	
Description	L'orientation des patients et la coordination des prises en charge sont les éléments centraux de toute filière de soins.		
	<ul style="list-style-type: none"> Le CH SMG doit nommer un coordonnateur médical parmi les médecins volontaires. Ce médecin sera soit un des médecins coordonnateurs des services de soins soit celui de l'EHPAD. Le but étant d'avoir une politique globale et transversale. Le coordonnateur aura la charge de veiller à la bonne orientation des patients, à la coordination des différentes prises en charge et à la préparation de la sortie. Il organisera les entrevues avec ses confrères, afin d'harmoniser les orientations, d'évaluer les besoins et d'améliorer la coordination interne et externe. 		
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Le coordonnateur supervisera le projet thérapeutique et la cellule d'ordonnancement (voir action 14 et 16). Le médecin sera également la personne référence vis-à-vis des partenaires extérieurs, dans le cadre de l'amélioration du parcours du patient. L'établissement rémunérera le médecin sur la base de 0,1 ETP, base qui pourra évoluer en fonction des besoins. Le CH SMG devra augmenter le temps d'assistante sociale pour assister le médecin coordonnateur de l'établissement. Cette augmentation sera de 0,1 ETP 		
	<ul style="list-style-type: none"> Maîtriser l'orientation et l'avenir des patients dès leur arrivée dans l'établissement. Diminuer les temps d'orientation à travers un temps formalisé et une réelle planification de séjour. 		
Pilotes	➤ Directeurs	Acteurs associés	➤ Médecins coordonnateurs ➤ Assistante sociale
Échéances	❖ Nomination du Coordonnateur : 2 mois	Coûts	➤ Médecin : 0,1 ETP : <u>7 000 €/an</u> ➤ Assistante sociale-0,1 ETP : <u>2 300 €/an</u>
Indicateurs d'évaluation	❖ % d'admissions évaluées par le coordonnateur général		(Obj : > 90%)

ACTION 14 :		Efficacité	
Parfaire le système d'information		Difficulté de mise en place :	
		Coûts :	
Description	Pour garantir un parcours fluide et sans rupture, la transmission et l'accès aux informations sont des éléments notables.		
	<ul style="list-style-type: none"> Faire évoluer le système d'information de l'hôpital pour permettre la réalisation des projets thérapeutiques (voir action 15), la planification des différentes prises en charge et la préparation de la sortie (voir recommandation 2.3). Développer des accès spécifiques pour l'assistante sociale, le médecin coordonnateur et la secrétaire médicale pour qu'ils aient accès à l'ensemble des informations qui les concernent pour l'ensemble des services. Des fiches de suivi pourront être réalisées afin d'assurer la traçabilité du parcours du patient au sein de la filière externe. À terme, un accès à distance du système d'information pourra être organisé. 		
Objectif	✓ Disposer d'un système d'information partagé, permettant une meilleure coordination interne et externe		
Pilotes	➤ Informaticien	Acteurs associés	➤ Cadre de santé
Échéances	❖ Système partagé : 2 mois ❖ Projet thérapeutique : 8 mois	❖ Accès à distance : 1-2 ans	Coûts -
Indicateurs d'évaluation	❖ Évolutions faites dans le calendrier prévu		

ACTION 15 :

Initier les projets thérapeutiques

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Le projet thérapeutique consiste à planifier, à chaque admission, l'ensemble des prestations de soins que le patient doit recevoir, la durée prévisionnelle du séjour et les modalités de sortie envisagée.

- À chaque entrée, le médecin en charge du patient prévoira l'ensemble des prestations de soins à mettre en place. Il estimera la durée du séjour en fonction de l'état de santé et de la pathologie et donnera une date de sortie prévisionnelle. Le coordonnateur médical coordonnera l'ensemble des projets afin de veiller à l'efficacité des recommandations médicales. Il aura également un rôle de conseil auprès de ses confrères.
- À partir de ce projet, la secrétaire médicale organisera la planification des prises en charge, en collaboration avec la cadre de santé, que ce soit en interne ou en externe (prise de rendez-vous, contact avec les partenaires, transferts...)

- L'assistante sociale aura en charge de préparer la sortie en fonction des préconisations des médecins (retour à domicile, aide à domicile, hébergement en EHPAD...)
- Le projet thérapeutique se traduira par un document informatisé à partir du logiciel patient et devra être complété à chaque prise en charge réalisée. Il constituera à la fois un document d'orientation du parcours de soins et un document de suivi des actions réalisées.
- Les médecins devront organiser des réunions de synthèse hebdomadaires ou bimensuelles afin de réévaluer les différents projets thérapeutiques.
- Pour réaliser les projets, il faudra valoriser le temps médical supplémentaire et augmenter le temps de secrétariat médical de 0,1 ETP. Afin d'éviter les surcharges administratives aux médecins.
- Ce projet thérapeutique doit permettre une fluidité du parcours du patient et une meilleure gestion de sa sortie.

Objectifs

- ✓ Offrir une prise en charge globale, coordonnée et individualisée
- ✓ Maîtriser l'orientation et l'avenir des patients dès leur arrivée dans l'établissement.
- ✓ Diminuer les temps d'orientation et de coordination à travers une planification des prises en charges.

Pilotes

- Médecin coordonnateur

Acteurs associés

- Médecins de l'établissement
- Assistante sociale
- Cadre de santé

Échéances

- ❖ Formalisation des projets : 6 mois
- ❖ Mise en place : 10 mois

Coûts

- Temps médical : 6 000 €/an
- Secrétaire médicale : 1 800 €/an

Indicateurs d'évaluation

- ❖ % d'admission faisant l'objet d'un projet **(Obj : > 90%)**
- ❖ % de séjour respectant la planification **(Obj : >80%)**

Recommandation 2.3 : Élaborer une stratégie de gestion des sorties

ACTION 16 :

Créer une cellule d'ordonnancement

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

La cellule d'ordonnancement est une cellule organisationnelle chargée de la gestion des lits et places au sein de l'établissement. Elle aura également la charge de préparer les sorties en fonction des places disponibles dans la filière.

- La cellule sera sous la responsabilité soit du coordonnateur médical ou d'un des cadres de santé. Elle sera composée du médecin coordonnateur, des cadres de santé, de l'assistante sociale et de la secrétaire médicale comme support administratif.
- Elle se réunira une fois par semaine et sera chargée de planifier l'ensemble des activités des services, les admissions, les sorties prévues et à prévoir. Elle élaborera un document de situation des lits et places disponibles au niveau de l'établissement.

- Elle pourra inclure les places négociées avec les autres structures, dans le cadre de partenariats territoriaux.
- Chaque semaine, elle distribuera à chaque service et responsable de coordination, l'état des disponibilités dans la filière.
- Dans le cadre de la filière, les disponibilités pourront également être transmises aux partenaires afin qu'ils ajustent leurs demandes de transferts.
- L'ensemble des données seront disponibles en ligne ou transmis par mail. La secrétaire médicale sera en chargée de l'actualisation quotidienne des données

Objectifs

- ✓ Connaître l'ensemble des disponibilités des lits d'aval pour l'établissement et la filière
- ✓ Diminuer le nombre de mauvaise orientation par méconnaissance des disponibilités
- ✓ Accélérer les sorties des services de soins et diminuer les DMS

Pilotes

- Médecin coordonnateur
- Cadre de santé

Acteurs associés

- Assistante sociale

Échéances

- ❖ Mise en place : 4 mois
- ❖ Fonctionnement efficace : 12 mois

Coûts

- Secrétaire médicale-0,1 ETP : 1 800 €/an

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Qualité de la planification et des données en temps réel
- ❖ Amélioration des DMS (**Obj : Med : 16 J ; SSR : 21 J**)

ACTION 17 :

Accroître le rôle de l'assistante sociale

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

L'assistante sociale joue un rôle central dans la préparation de la sortie des patients, en préparant les différents dossiers, en informant et aidant les familles ou en réalisant les démarches auprès d'autres partenaires. Accroître son rôle serait garantir une meilleure gestion des sorties.

- Passage d'un temps d'assistante sociale, de 0,6 ETP à 0,8 ETP.
- L'assistante sociale devra voir l'ensemble des patients admis, voire les familles selon les situations. Cette entrevue permettra de présenter le calendrier du projet thérapeutique et de préparer le volet « sortie de l'établissement ».
- L'assistante sociale rappellera le caractère temporaire des services de médecine et l'importance de préparer immédiatement la sortie.

- Selon le projet de sortie, l'assistante sociale pourra aider ou orienter les familles dans leur démarche afin que l'ensemble des dossiers soient prêts avant le jour prévu de la sortie.
- L'assistante sociale, pourra présenter les solutions proposées par la filière, en fonction des recommandations des médecins, des critères d'admission de chaque service et des disponibilités de la filière.
- Pour les sorties « difficile », l'assistante sociale pourra provoquer un deuxième entretien, accompagné du médecin coordonnateur afin d'inciter les familles à réaliser les démarches.

Objectifs

- ✓ Garantir aux patients une sortie individualisée et de qualité, fonction de leurs besoins
- ✓ Réduire le nombre de patient « bed-blocker »
- ✓ Mettre en place un contact et une aide pour les familles recherchant des solutions d'aval.

Pilotes

- Directeur

Acteurs associés

- Assistante sociale

Échéances

- ❖ Augmentation du temps : 2 mois
- ❖ Mise en place des entretiens : 4 mois

Coûts

- Assistante sociale-0,2 ETP : 4 600 €/an

Indicateurs d'évaluation

- ❖ % de patients entretenus (**Obj : >90%**)
- ❖ Diminution du nombre de « bed-blocker » (**Obj : -30%**)

ACTION 18 :

Développer des solutions tampons innovantes

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

De nombreux patients en fin de séjour ne nécessitent plus l'encadrement d'un service de soins sans pour autant pouvoir retourner chez eux. L'E CH SMG doit mettre en place des solutions de transitions dites « solutions tampon ». Trois types de solutions innovantes pourraient être expérimentés dans l'établissement.

- **L'hébergement temporaire** : Permet de répondre aux urgences sociales (soutien des aidants, hospitalisation de l'aidant, peur de rester seul...), et constitue également une transition entre le service de soins et le retour à domicile (solution « tampon »).
- **Transi SSIAD** : Il s'agirait de réserver ou de créer 4 places de SSIAD uniquement destinées pour des prises en charge inférieures à 3 semaines et avec un délai de réponse inférieur à 72 heures. Il agirait de deux façons, pour répondre aux urgences ne nécessitant pas d'hébergement et comme solution tampon aux services de soins.
- **SSR temporaire** : Il s'agit de transformer 2 lits de SSR du CH SMG en 4 lits de SSR temporaires. Ces lits auraient le même fonctionnement que l'hébergement temporaire mais seraient destinés à des patients ne nécessitant plus de soins importants, avec une prévision de sortie inférieure à 7 jours ou aux patients « bed-blocker ». Ils permettraient d'accueillir plus de patients pour un coût identique et d'améliorer la gestion des sorties de SSR (DMS et nombre d'admissions).

Objectifs

- ✓ Diminuer les DMS des services de soins et améliorer les admissions de ces services
- ✓ Développer des solutions alternatives, à coût peu élevé, pour répondre aux besoins spécifiques de la population.

Pilotes

➤ Directeur

Acteurs associés

➤ Médecins de l'établissement

Échéances

Fonction des tutelles

Coûts

- Hébergement temporaire : 41 245 €/place
 - Transi SSIAD 12 275 €/place
 - SSR Temporaire 41 975 €/place
- À comparer avec le coût d'une place de médecine (82 125 €) ou de SSR (83 950 €)

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Amélioration des DMS (**Obj : Med : 16 J ; SSR : 21 J**)
- ❖ Diminution du nombre de « bed-blocker » (**Obj : -30%**)

AXE 3 : Construction une filière externe

Recommandation 3.1 : Développer des relations privilégiées avec les établissements de santé

ACTION 19 :

Constituer un binôme « chargé de la filière externe »

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Pour pouvoir développer une filière externe, l'établissement doit rencontrer les professionnels (en établissement ou non) afin de leur présenter le projet du CH SMG et de proposer la mise en place de partenariat.

- Le binôme sera composé d'un médecin et d'un administratif (directeur ou cadre), nommé chargé des relations extérieures de la filière.
- Il démarchera les médecins généralistes et spécialistes, les établissements et services médico-sociaux, les établissements de santé publics et privés.

- Le binôme présentera le projet de filière et tentera de négocier un partenariat « gagnant-gagnant ».
- Le binôme devra réaliser au moins un entretien par mois afin de constituer un socle à la filière externe.
- Après plusieurs années, ce binôme pourra être chargé de renégocier les différents partenariats

Objectifs

- ✓ Développer des partenariats avec différents acteurs
- ✓ Multiplier l'offre de services proposée aux usagers

Pilotes

➤ Directeur

Acteurs associés

➤ Médecins

Échéances

- ❖ Nomination du binôme : 2 mois
- ❖ 1^{ère} entrevue : 4 mois

Coûts

➤ Médecin : 2 heures/mois : 2 000 €/an

Indicateurs d'évaluation

❖ Nombre d'entretiens débouchant sur un partenariat (Obj : > 60%)

ACTION 20 :

Négocier un accès individualisé aux plateaux techniques »

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Le CH SMG doit se rapprocher des différents établissements de santé de Rennes, Ploërmel et Dinan afin de négocier les modalités d'accès aux plateaux techniques. Cette négociation donnera lieu à des contreparties de la part du CH SMG.

Contreparties possibles

(Les contreparties peuvent être avancées dans la négociation des actions 20 à 24)

Négociation

- Modalité d'accès aux services de médecine à la demande du médecin généraliste, sans passage par les urgences. Un protocole indiquera les cas possibles, les modalités de contact et les documents à transmettre
- Modalité de transfert rapide des urgences, sans hospitalisation. Concerne les personnes adressées aux urgences par les médecins mais dont les résultats ne justifient pas une hospitalisation dans les services spécialisés des établissements.
- Mise en place d'un accès à distance au logiciel de soins des patients afin de garantir une prise en charge optimale.
- Engagement sur les délais d'accès aux différents services du plateau technique (spécialité, admission, analyse, radiologie...)
- Modalité de transfert rapide vers le CH SMG pour les patients non adressés par l'établissement (< 24 heures).
- Envoi quotidien d'un tableau indiquant les places disponibles dans les services de médecine et d'EHPAD.
- Garantie de solution d'aval pour l'ensemble des patients adressés

Objectifs

- ✓ Améliorer la prise en charge des patients, en diminuant le temps passé aux urgences
- ✓ Proposer aux patients intégrant la filière un accès à des services spécialisés, à accès rapide
- ✓ Développer une stratégie « gagnant-gagnant » avec les partenaires potentiels

Pilotes

- Binôme relations extérieures

Acteurs associés

- Médecins de l'établissement
- Cadre de santé

Échéances

- ❖ Négociation : 4-6 mois
- ❖ Réévaluation annuelle

Coûts

-

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Évaluation annuelle de chaque accord passé par convention

ACTION 21 :

Développer des solutions d'aval communes

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

La présence de solution d'aval est l'une des clés de la fluidité du parcours du patient. Les établissements pourraient développer des solutions communes sur le modèle de l'hébergement temporaire

2 possibilités :

- Créer des places post-médecine ou SSR sur le modèle de l'hébergement temporaire, sur les deniers propres de chaque établissement.
- Transformer des places ou des futures créations de place de SSR, en place de SSR temporaire (permis avec la loi HPST avec « la fongibilité asymétrique des enveloppes »).
- Les places seraient gérées par le CH SMG (coûts plus faibles) et permettraient aux établissements de diminuer les coûts dus aux effets des « bed-blocker ».
- De par l'existence de nombreuses places d'EHPAD sur le CH SMG, chaque établissement ne financerait qu'une ou deux places qui lui permettraient de transférer rapidement les patients sortants et répondant au secteur géographique.
- Cette action n'est viable que si la baisse des coûts et l'augmentation des recettes d'activités sont supérieures aux coûts des lits installés.

Objectifs

- ✓ Améliorer la fluidité du parcours du patient
- ✓ Diminuer les coûts dus aux effets de « bed-blocker »
- ✓ Augmenter les recettes d'activité (baisse des DMS et augmentation du nombre de séjours)

Pilotes

- Binôme relations extérieures

Acteurs associés

- Partenaires extérieurs

Échéances

- ❖ Négociation : 4-6 mois
- ❖ Ouverture : 6 mois après négociation

Coûts

42 000 €/place/an

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Gains obtenus (baisse des coûts, augmentation des recettes) à diffuser dans un rapport d'activité annuel.

Recommandation 3.2 : Améliorer l'accès aux spécialistes et à leurs expertises

ACTION 22 :

Négocier des plages réservées chez certains spécialistes

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Il est important pour le CH SMG de pouvoir accéder rapidement à certaines spécialités afin de garantir une qualité de l'hospitalisation.

Négociation

- Identifier et réserver des plages horaires chez différents spécialistes ne venant pas au CH SMG.
- Les spécialités visées seraient la gériatrie (évaluation), la neurologie, la cardiologie et la psychiatrie.
- L'établissement garantira la présence de ses patients, en cas d'absence il se verra facturer la consultation.
- Permet de diminuer le recours aux urgences et le nombre d'hospitalisation, grâce à l'accès rapide à l'expertise.
- Le nombre de plage réservée et les conditions d'accès seront négociés dans la convention

Contreparties possibles

(Les contreparties peuvent être avancées dans la négociation des actions 20 à 24)

- Engagement sur la baisse du nombre de transfert en direction des établissements
- Proposition de réserver certaines places de SSR ou d'hébergement à l'établissement partenaire, selon des conditions négociées.

Objectifs

- ✓ Améliorer la prise en charge des patients, en facilitant l'accès à des spécialités
- ✓ Diminuer le nombre de transfert vers d'autres établissements de santé

Pilotes

- Binôme relations extérieures

Acteurs associés

- Médecins de l'établissement
- Cadre de santé

Échéances

- ❖ Négociation : 4-6 mois
- ❖ Réévaluation annuelle

Coûts

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de visites réalisées par an (Obj : 700 pour l'ensemble des spécialités)
- ❖ Évaluation annuelle de chaque accord passé par convention

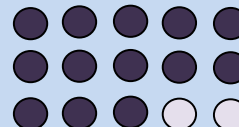
ACTION 23 :

Développer les consultations avancées

Efficacité

Difficulté de mise en place :

Coûts :



Description

Les consultations avancées permettent à la fois d'éviter les transferts des patients vers d'autres CH et permettent également d'ouvrir l'accès à ces spécialités à la population du territoire à travers des consultations externes.

Négociation

- Proposer à différents spécialistes de réaliser une vacation 2 fois par mois dans l'établissement (mise à disposition de la part des établissements hospitaliers).
- Mettre à disposition un cabinet et du temps de secrétariat
- Ouvrir la consultation à la population, sur prescription des médecins traitant et selon un planning réalisé par la secrétaire médicale. Cette opportunité permettra également d'assurer les suivis post-hospitalisation et d'accélérer les retours à domicile.
- Les spécialités concernées seront : la gériatrie, la neurologie, la psychiatrie, la rééducation, la gynécologie et l'oncologie
- Investir dans certains matériels afin d'offrir un service complet aux usagers et évitant des transferts sur les CH (électrocardiogramme, échographie...)

Contreparties possibles

(Les contreparties peuvent être avancées dans la négociation des actions 20 à 24)

- Garantir aux médecins volontaires la réalisation de 25 à 50 % de consultation externe, payée au titre libéral (attractivité financière).
- Engagement sur la diminution des patients envoyés vers les urgences pour des avis de spécialistes.
- Réduction des DMS des patients du territoire du CH SMG, grâce au suivi permis par les consultations avancées.

Objectifs

- ✓ Améliorer les services offerts aux usagers (accès facilité, baisse du nombre de transfert, rapidité de l'expertise).
- ✓ Améliorer l'attractivité de l'établissement grâce à un bouquet de prestations médicales développées
- ✓ Amélioration des délais de sorties grâce à des suivis possible en consultation externe

Pilotes

➤ Binôme relations extérieures

Acteurs associés

➤ Partenaires extérieurs

Échéances

❖ Première démarche : 4 mois

Coûts

5 500 €/an/spécialiste (hors consultations externes)

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de patients et usagers bénéficiant du service
- ❖ Diminution des transferts pour avis de spécialistes

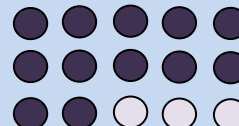
ACTION 24 :

Initier la télémédecine

Efficacité

Difficulté de mise en place :

Coûts :



Description

La télé médecine, consiste pour les médecins à réaliser la majorité des actes et examens au CH SMG et à demander l'avis d'un spécialiste à distance.

- Mise en place des évaluations gériatriques « à la carte » avec le CSG de Chantepie : la majorité des évaluations sont faites par les professionnels de l'établissement. Les résultats sont transmis par mail, avec une réponse du gériatre sous un temps défini (à inclure dans la convention). Seules certaines expertises demanderont un transfert.
- Mise en place d'un numéro « avis en urgence » pour les médecins du CH SMG. Ce numéro leur permettra de joindre un gériatre afin de répondre à des situations d'urgence.
- Ce type de numéro pourra être développé avec d'autres spécialistes. Cela permettra de diminuer le recours aux services d'urgences ou aux transferts vers des cabinets de ville.
- D'autres initiatives pourront être développées en fonction des besoins des médecins de l'établissement. Une mutualisation de ce numéro doit être mise en place au sein de la filière et avec d'autres ex-HL.

Objec tifs

- ✓ Garantir une prise en charge optimale grâce à l'avis rapide de spécialistes (le cas échéant)
- ✓ Réduire les transferts pour avis médical de spécialiste

Pilotes

➤ Binôme relations extérieures

Acteurs associés

- Partenaires extérieurs
- Médecins de l'établissement

Échéances

❖ Mise en place : 8-12 mois

Coûts

Selon négociations

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre de recours au numéro
- ❖ Baisse du nombre de transfert (**Obj** : - 30% (toute action confondue))

Recommandation 3.3 : Accroître les partenariats locaux

ACTION 25 :

Entretien des collaborations étroites avec la médecine de ville

Efficacité



Difficulté de mise en place :



Coûts :



Description

Les médecins libéraux sont des acteurs centraux pour le CH SMG, il doit donc étendre les coopérations existantes avec ces professionnels.

- Démarcher de nouveaux professionnels pour la pratique hospitalière, afin de garantir un fonctionnement optimal des services ainsi que leur pérennité.
- Valoriser l'ensemble du travail effectué par les médecins au sein de l'établissement (réunion de synthèse, groupe de travail...), afin de conserver l'attractivité de la pratique hospitalière.
- Mettre en place une politique de formation des médecins exerçant au CH SMG. Les besoins en formation seront définis par la CME, les formations seront payées par l'établissement en contrepartie d'un engagement à exercer un certain nombre d'années dans l'établissement.
- Accroître les relations avec le pôle de santé, notamment dans la mise en place du réseau « sentinelle ». Cette démarche a pour objectif de prévenir les hospitalisations à travers la détection des signes avant-coureurs. Dès qu'un professionnel détecte un de ces signes il le signale au pôle de santé qui doit mettre en place des actions de prévention. Ce réseau est à ses débuts mais constitue un projet intéressant pour le territoire. Le CH SMG peut apporter sa contribution à travers la mise à disposition de certains professionnels (ergothérapeute, assistante sociale, psychologue...), de services (hébergement temporaire, « transi-SSIAD »...) ou d'un support administratif. Une convention pourrait définir les modalités de fonctionnement et les modalités financières

Objectifs

- ✓ Préserver l'attractivité médicale du CH SMG et des communes environnantes
- ✓ Pérenniser les coopérations existantes et fructueuses entre l'établissement et les médecins généralistes
- ✓ Développer avec les acteurs du territoire, des innovations de prise en charge bénéfique pour la population.

Pilotes

➤ Binôme relations extérieures

Acteurs associés

➤ Médecins de l'établissement

Échéances

4-8 mois

Coûts

Selon négociation avec les médecins

Indicateurs d'évaluation

❖ Évaluation annuelle de chaque accord passé par convention

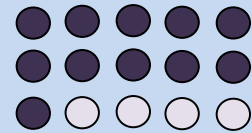
ACTION 26 :

Négocier des partenariats avec les EHPAD du territoire

Efficacité

Difficulté de mise en place :

Coûts :



Description

Le CH SMG peut augmenter ses solutions d'aval à travers une négociation avec les EHPAD environnants.

Négociation

- Garantir un % d'admission prioritaire pour les **patients** du CH SMG (5-10% : environ 30 admissions/an)
- Mettre en place une remontée d'information des places disponibles et de la planification des services temporaires (hébergement temporaire, accueil de jour et de nuit). Elle permettra de centraliser les informations pour l'ensemble du territoire et garantira l'efficacité du numéro d'urgence pour les médecins.
- Déterminer les profils acceptés par chaque EHPAD pour chaque service, et garantir la transmission du GIR, du PATHOS et de l'évaluation gériatrique pour chaque pré-admission.

Contreparties possibles

(Les contreparties peuvent être avancées dans la négociation des actions 26 et 27)

- Mise à disposition de compétences de l'établissement : hygiéniste, psychologue, assistante sociale, nutritionniste, ergothérapeute
- Proposition de mutualiser certains profils : diététicien, informaticien, agents techniques
- Mise en place d'un numéro permettant de joindre une infirmière de l'établissement la nuit. Cela permet une baisse des recours aux 15 et rassure les équipes de nuits

Objectifs

- ✓ Développer des accords et partenariats avec les établissements voisins
- ✓ Améliorer les solutions d'aval pour les services de soins du CH SMG
- ✓ Offrir un accès à de nouveaux professionnels pour les EHPAD du territoire

Pilotes

➤ Binôme relations extérieures

Acteurs associés

➤ EHPAD du territoire

Échéances

- ❖ Première démarche : 4 mois
- ❖ Premiers accords : 8 mois

Coûts

-

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Nombre d'admissions permises dans ces EHPAD
- ❖ Évaluation annuelle de chaque convention

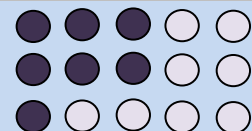
ACTION 27 :

Associer les acteurs du domicile

Efficacité

Difficulté de mise en place :

Coûts :



Description

Les acteurs du domicile, médicaux ou non, sont des partenaires pertinents pour améliorer les retours à domicile des patients.

- Négocier des partenariats avec les infirmiers libéraux sur les délais de prise en charge des patients sortants.
- Mettre en place un système d'information avec les services d'aide à domicile pour la planification des séjours. Ainsi il pourrait être transmis par mail, les dates prévues de sortie des patients ayant recours à ce service d'aide ou en ayant potentiellement besoin. Ce système éviterait les ruptures de prise en charge de ces services, qui sont une des causes du phénomène de « bed-blocker ».
- Développer les partenariats avec les services d'hospitalisation à domicile afin de définir les cas où une hospitalisation à domicile est possible et les modalités de transferts.

Objectifs

- ✓ Améliorer les conditions des retours à domiciles
- ✓ Diminuer les effets de « bed-blocker »

Pilotes

➤ Binôme relations extérieures

Acteurs associés

- Services d'aide à domicile
- Infirmiers libéraux
- HAD

Échéances

- ❖ Première démarche : 4 mois
- ❖ Premiers accords : 8 mois

Coûts

-

Indicateurs d'évaluation

- ❖ Amélioration des DMS

CONCLUSION

La filière gériatrique de proximité constitue bel et bien une réponse d'avenir pour les centres hospitaliers de proximité. En graduant, structurant et coordonnant les différentes offres de soins et de prises en charge à destination des personnes âgées, cette organisation permet à la fois de répondre aux enjeux liés au vieillissement de la population et aux défis stratégiques auxquels peuvent être confrontés ces établissements.

Ce mémoire l'a montré, les ex-hôpitaux locaux ont toute leur place dans le système de santé français. Il représente une offre de soins de proximité, à la fois de qualité et compétitive. Ils constituent également un réel pivot entre trois cultures du soin (ambulatoire, médico-sociale et hospitalière), cette collaboration étant une condition *sine qua non* à une offre de soins graduée, coordonnée et absente de toute rupture. Néanmoins, cette offre devra correspondre aux besoins de la population du territoire et respecter une cohérence d'ensemble avec les autres offres du territoire, notamment du territoire de santé.

Ce mémoire illustre également les objectifs, missions et tâches d'un directeur d'établissement. Au-delà de la gestion quotidienne de son établissement, il doit constamment s'interroger sur la pertinence de ses activités présentes et sur les évolutions qu'il doit impulser. Toutes les qualités d'un bon directeur résident dans ses capacités à anticiper les évolutions, à garantir la dynamique de l'établissement dans un monde en mouvement et préparer les acteurs à ces évolutions.

La filière gériatrique de proximité représente donc une véritable opportunité pour le centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand et peut le devenir pour d'autres établissements. Elle permettra de structurer l'intervention des différents acteurs du territoire, allant du CHRU de Rennes au médecin généraliste de Saint-Méen-le-Grand, en passant par les EHPAD alentours. Elle se traduira également par l'amélioration de l'organisation interne de l'établissement, tant dans les services de soins que dans les services médico-sociaux. Pour finir, elle pourra devenir un véritable projet commun pour le territoire, avec une identité propre et un rayon d'influence important.

Enfin, il est primordial que les protagonistes (direction, médecins, cadres, agents, partenaires...) s'emparent du concept de filière, élaborent des propositions et définissent une philosophie commune afin d'aboutir sur un projet répondant aux attentes des différents partenaires et permettant de partager des valeurs, identité de la filière... Car, si l'évolution organisationnelle est indispensable, seule la capacité de se remettre en question et l'envie de travailler ensemble, au service des usagers, peut déboucher sur la réalisation et la réussite d'une filière gériatrique de proximité.

BIBLIOGRAPHIE**TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, Journal officiel du 12 décembre 1958, page 11169.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Journal officiel N° 179 du 2 août 1979, page 10255.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel N° 0167 du 22 juillet 2009, page 12184.

ARTICLES

ARS RHÔNE ALPES, mars 2012, « Les filières gérontologiques », *Repères*, N° 1, p 1-4.

BARTHELEMY P., BIETTLOT S., CORNETTE P., et al., 1998, « Préparer le retour à domicile en gériatrie », *Louvain Médical*, N° 117, P 99-104.

BIOTEAU C., COUTURIER P., MILLET C., et al., février 2011, « Quels sont les facteurs prédictifs du déclin fonctionnel d'une personne âgée suite à une hospitalisation », *La presse médicale*, volume II, N° 2, p 101-110.

BOLLIET J.M, GUETAT P., VERMOREL M., janvier-février 2009, « Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », *Revue hospitalière de France*, N° 526, p 36-39.

BOLLIET J.M., mai-juin 2008, « l'hôpital local, un rôle déterminant », *Revue hospitalière de France*, N° 510, p 29-32.

BONREFOY M., CHAPUIS F., FOURNIER G., et al., novembre 2008, « Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire, une enquête prospective », *La revue de gériatrie*, Tome 33, N° 9, p 761-770.

BUCHON D., BUISSON J-B., CABANAC M., et al., mars 2000, « Hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans, une étude sur les causes et conséquences d'une telle décision », *La revue du praticien-Médecine générale*, tome XIV, N° 494, p 651-655.

CABANIS J.N., DUFFAUT P., GENDRY P., octobre 2008, « Dossier les hôpitaux locaux », *Les cahiers hospitaliers*, N° 249, p 10-24.

CAUSSE D., mai-juin 2005, « Structures de prise en charge des personnes âgées, quelle évolution, quel financement ? », *Revue hospitalière de France*, N° 504, p 60-63.

CRESENS M., JAMOT M., MADJLESSI A., janvier-février 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ?, retour d'expérience du CH de Puteaux », *Revue hospitalière de France*, N° 526, p 40-42.

DAURES J.P., décembre 1999, « Qualité et proximité des soins », *ADSP*, N° 29, p 30-31.

DE LA SEGLIERE A., LOMBRAL P., mars 1999, « La place spécifique de l'hôpital local dans l'offre de soins », *Gestions hospitalières*, N° 384, p 202-208.

DPRAS A., POIRON A, 2009, « Comment survivre à son hospitalisation », *Le médecin du Québec*, Volume 44, N° 1, p 51-57.

DRUNAT O., FARALDI O., LUTZLER P., juin 1998, « les filières des soins gériatriques », *La revue de gériatrie*, tome XXIII, N° 6, p 527-534.

DRUNAT O., HOLSTEIN V., LUTZLER P., janvier 1997, « Intérêt du concept de filière de soins pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie », *Gestions hospitalières*, N° 362, p 45-49.

FAUCONNIER A., LORSON P., novembre 2004, « Quel rôle pour les hôpitaux de Proximité », *La santé sociale*, N° 2, p 6-8.

FOURNIER P., septembre-octobre 2011, « Plateforme CLIC, Réseau Ville âge, un catalyseur de la coordination ville/hôpital », *Revue hospitalière de France*, N° 542, p 38-41.

LORSON P., novembre-décembre 2006, « Hôpital local, l'équipement sanitaire des pôles ruraux », *Revue hospitalière de France*, N° 513, p 53-54.

LORSON P., septembre 1998, « Réseaux et hôpital de proximité », *Actualité et dossier en santé publique*, N° 24, p. 33.

LORSON P., VINCENT G., mars 2006, « Quel avenir pour les hôpitaux de proximité », *La gazette sanitaire et sociale*, N° 17, p 6-8.

LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., juillet 2001, « Les soins de proximité, une exception française », *Bulletin d'information en économie de la santé*, N° 39, p 1-4.

MARTINEZ M., novembre-décembre 2002, « La filière sanitaire et sociale », *Revue hospitalière de France*, N° 489, p 44-48.

NAGARD B., mars-avril 2007, « Territoire de première proximité, mise en œuvre d'une filière gériatrique », *Revue hospitalière de France*, N° 515, p 60-63.

SPORTES B., Juin 2009, « L'hôpital des généralistes », *Médecine*, volume V, Numéro 6, p 278-280.

VARROUD-VIAL M., septembre-octobre 2011, « Réseaux de santé et coordination ville hôpital : enjeux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, N° 542, p 26-29.

THÈSES ET MÉMOIRES

ALEXANDER R., BASCOUL M.L., BELKHIR M., et al., 2011, *La coordination gériatrique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ?*, Module interprofessionnel, EHESP, 44p.

BARTHE MONTAGNE C., 2009, *L'évolution de la politique institutionnelle d'un hôpital local dans la spécificité gériatrique, l'expérience de l'hôpital local de Lunel*, Mémoire élève D3S, EHESP, 75p.

BUISSON E., 2009, *La transversalité sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge des personnes âgées : l'exemple de l'équipe mobile gériatrique du centre hospitalier de Saumur*, Mémoire élève D3S, EHESP, 61p.

BURNIER A., 2008, *Humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière gériatrique versaillaise*, Mémoire élève D3S, EHESP, 90p.

CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire*, Mémoire élève Directeurs des soins, EHESP, 50p.

CORNEFER B., 2009, *Le territoire de santé, un élément déterminant d'une prise en charge optimale de la personne âgée : l'exemple de Rambouillet*, Mémoire élève D3S, EHESP, 68p.

ERGUY I., 2011, *Les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le territoire de santé Navarre-Côte Basque*, Mémoire élève D3S, EHESP, 90p.

ETCHETTO C., 2009, *La création d'une filière gériatrique au centre hospitalier Saint Nicolas de Blaye*, Mémoire élève D3S, EHESP, 75p.

LABRO-GOUBY F., 2003, *La mise en place d'une filière gériatrique aux Hôpitaux Civils de Colmar, Illustration de la complémentarité des politiques sanitaires et médico-sociales sur un territoire de santé*, Mémoire élève Directeur d'hôpital, EHESP, 97p.

LEBEE E., 2009, *La mise en place des filières gériatriques hospitalières de l'hôpital Charles Foix*, Mémoire élève directeur d'hôpital, EHESP, 97p.

MARMOUSSET J., 2010, *Quelles places pour l'établissement médico-social dans la filière de soins gériatriques ? L'incidence d'un groupement de coopération sur le territoire de l'Auxerrois et de la Puisaye*, Mémoire élève D3S, EHESP, 74p.

MILLINER C., 2005, *Vieillesse et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital, l'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique au centre hospitalier de Landerneau*, Mémoire élève Directeur d'hôpital, EHESP, 108p.

NEMITZ B., 2006, *La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, Mémoire élève directeur d'hôpital, EHESP, 101p.

PESCHET I., 2007, *Filière gériatrique et précarité : Mise en place d'une filière gériatrique à l'hôpital Louis Mourier de Colombes*, Mémoire élève Directeur d'hôpital, EHESP, 60p.

RAYDANT COUPEY C., 2007, *De la création d'une filière gériatrique à l'élaboration d'un projet gérontologique global, pour une cohérence du parcours de santé et de prise en charge des personnes âgées*, Mémoire élève D3S, EHESP, 87p.

REYNAUD M., 2007, *Le réseau gérontologique du Pays Martegal : une nécessité et une opportunité*, Mémoire élève D3S, EHESP, 69p.

ROY G., 2011, *La tarification à l'activité dans un centre hospitalier ex-hôpital local : comment se préparer à la réforme ? Exemple de l'hôpital de Chalonnnes-sur-Loire*, Mémoire élève D3S, EHESP, 82p.

SANTONJA-FABRE M.L., 2008, *Un regard sur la coordination gérontologique, l'expérience de l'hôpital local de Pont saint Esprit*, Mémoire élève D3S, EHESP, 79p.

SOMME D., 2008, *Filière de soins, intégration, gestions de cas et maintien de l'autonomie des personnes âgées*, Thèse pour le doctorat en gériatrie, Université de Reims-Champagne-Ardenne, 232p.

TRIESTE P., 2009, *De la filière gériatrique intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le centre hospitalier de Gonesse*, Mémoire élève D3S, EHESP, 74p.

RAPPORTS

ARFEUX-VAUCHER G., BESSON I., GAUSSENS J., et al., décembre 2006, *Recours à l'hôpital des personnes âgées en charge à domicile*, (Synthèse), Fondation nationale de gérontologie, 24p.

BOUCHAYER F., 2008, *Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral, approche sociologique de la fonction soignante de proximité*, Rapport de recherche, École des Hautes études en Sciences sociales, CNRS, 125p.

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, 2010, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées*, Assemblée nationale, 128p.

Conseil économique, social et environnemental régional, décembre 2010, *La dépendance de la personne âgée et sa prise en charge en France et en Auvergne*, 114p.

COUR DES COMPTES, 2008, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Rapport de suivi, 49p.

COUR DES COMPTES, février 2012, *La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins*, Rapport public annuel, partie II, 30p.

FOUQUET A., SITRUK P., TREGOAT J.J., 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Inspection générale des affaires sociales, 121p.

FRANCO A., 2010, *Vivre chez soi, autonomie, impulsion et projet de vie*, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 95p.

HUBERT E., 2010, *Médecine et soins de proximité*, Collectif Inter associatif sur la santé, 23p.

LE BOULER S., juin 2006, *Personnes âgées dépendantes : Bâtir le scénario du libre choix*, Centre d'analyse stratégique, 308 p.

LION A., MAUBOURGUET N., décembre 2009, *13 mesures pour une meilleure prise en soins des résidents en EHPAD*, Rapport de mission, Ministère de la santé, 126p.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, avril 2008, *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience*, 128p.

PICARD M., 2004, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, Conseil économique et social, 246p.

PLANS ET PROGRAMMES

JEANDEL C, PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, Un programme pour la gériatrie, objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, Paris, 54 p.

MINISTÈRE DÉLÈGUE A LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET A LA FAMILLE, juin 2006, Plan « Solidarité - Grand âge », 39p.

CONFÉRENCES

BELMIN J., « Prévention des chutes chez la personne âgée », 2011, Faculté de médecine, Paris.

BONIN-GUILLAUME S., conférence « Urgence, patient âgé », 3 février 2011, APHM, Marseille.

CLIC-CIAPA, 2 février 2012, « Filières de soins gériatriques », CIAPA, Pau.

DUPILET C, 8e séminaire du SNPHAR, 10 octobre 2005, Paris : LE MASNE A, Dossier T2A.

GEORGE M.Y., conférence « Le maintien à domicile, la filière gériatrique et les réseaux de coordination gérontologiques », novembre 2007, Maison hospitalière St Charles, Nancy.

GERARD S., VELLAS B, VOISIN T, 2011, « Risque de dépendance lors de l'hospitalisation d'un patient âgé fragile Alzheimer », Gérontopôle, Toulouse.

JOUANNY P, conférence « Les filières gériatriques et les structures sanitaires gériatriques », 2009, EHESP, Rennes.

PUISIEUX F., conférence « Les filières gériatriques », 2008, CHRU de Lille, Lille.

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE D'URGENCE, 5 décembre 2003, *La personne âgée aux urgences*, 10e conférence de consensus, Strasbourg.

GUIDE

ARNAUD A., LEHERICEY H., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales, ANAP, 92p.

DONNÉES, ÉTUDES ET STATISTIQUES

ANHL, AGHL, octobre 2010, *Hôpital local, vers un centre hospitalier de santé communautaire*, 67p.

ARS BRETAGNE, septembre 2011, *Analyse de l'offre de santé en Bretagne*, 62 p.

CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE, 2011, *Chiffres clés du Pays de Brocéliande*, observatoire économique de la CCI.

DAVID-ALBEROLA E., JAUNEAU P., LOONES A., décembre 2008, *La fragilité des personnes âgées : Perceptions et mesures*, CREDOC, Cahier de recherche, N° 256, 83p.

DERIEUX R., décembre 2011, *Démarche territoriale de santé sur le pays de Brocéliande*, 79p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, 2009, *les patients en services de soins infirmiers à domicile*, sous la direction du Dr Karine CHEVREUL, Unité de recherche en économie de la santé d'Ile de France, 86p.

DREES, 2010, *Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé*, Dossier solidarité et santé, N° 16, 24p.

DRESS, 2011, *Les personnes âgées en institution*, Dossier Solidarité et Santé, N° 22, 32 p.

DRESS, juin 2006, *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, Études et résultats, N° 494, 8p.

DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., juin 2006, *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, DRESS, Études et résultats, N° 494, 8 p.

KPMG, 2012, Observatoire des EHPAD 2012, 19p, disponible sur www.kpmg.com

ORS BRETAGNE, mai 2011, *La santé dans le pays de Brocéliande*, 20 p.

ORSB, juillet 2011, Ex hôpitaux locaux, *Activité de médecine 2010*, 42p, disponible sur [www.orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/ENSEMBLE2010_France MD.pdf](http://www.orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/ENSEMBLE2010_France_MD.pdf)

ORSB, juillet 2011, *Ex hôpitaux locaux, Activité de SSR 2010*, 42p, disponible sur [www.orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/ENSEMBLE2010_France SSR.pdf](http://www.orsbretagne.typepad.fr/PUBLI_2011/ENSEMBLE2010_France_SSR.pdf)

SPINELLI F., avril 2004, *Prise en charge des personnes âgées dans les services d'urgences de Bretagne*, Service médicale de Bretagne, Assurance maladie de Bretagne, 16p.

RESSOURCES INTERNET

RESEAU SANTÉ, *Autres solutions aux passages aux urgences pour les personnes âgées*, [Visité le 23 juin 2012], disponible sur internet : www.reperage-sante.fr/fichs/11043.ppt.

UNIVERSITÉ DE MÉDECINE ANGEVINE, *La personne âgée et les services d'urgence*, [Visité le 30 juin 2012], disponible sur internet : www.med.univ-angers.fr.

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDES D'ENTRETIEN	II
ANNEXE II : ILLUSTRATION DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ	V
ANNEXE III : ZONE D'ATTRACTIVITÉ DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND	VI
ANNEXE IV : BASSIN DE RECRUTEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND	VII

ANNEXE I : GUIDES D'ENTRETIEN

Guide d'entretien destiné aux cadres, médecins, assistante sociale

FONCTION ET SERVICE

1. Depuis combien de temps travaillez vous dans cette fonction ; dans l'établissement ; dans le service ?
2. Pouvez-vous présenter votre service (activité, patients, agents...) ?

DIAGNOSTIC DE L'EXISTANT

ADMISSION

3. Quelles sont les modalités d'admission de votre service (origine du patient, critère de sélection, modalité de sélection...) ?
4. Y'a-t-il une procédure écrite d'admission ?
5. Quelles sont les principales améliorations qui pourraient être apportées aux modalités d'admission de votre service ?

FLUIDITE DU PARCOURS DU PATIENT

6. Pourriez-vous décrire le parcours d'un patient de votre service ?
7. Quelles améliorations pourraient être apportées pour améliorer cette fluidité ?

GESTION DE LA SORTIE

8. Quelles sont les modalités de sortie de votre service (critère, modalités...)
9. La sortie est elle préparée ? A quel moment ?
10. Quels sont les principaux obstacles, liés au service ou au patient, à la sortie de votre service ?
11. Quelles améliorations pourraient être apportées à ces modalités de sortie

VERS LA MISE EN PLACE D'UNE FILIERE GERIATRIQUE DE PROXIMITE...

12. Que recouvre ce terme pour vous ?
13. Quels sont les principaux atouts de l'établissement pour un tel projet ?
 - Du point de vue de l'organisation interne du CH
 - Du point de vue des coopérations et partenariats
14. Quelles sont les principales contraintes ?
 - Du point de vue de l'organisation interne du CH
 - Du point de vue des coopérations et partenariats
15. Seriez-vous prêt à vous investir dans un tel projet ?

Guide d'entretien destiné aux directeurs

FONCTION

Depuis combien de temps travaillez vous dans cette fonction ; dans l'établissement ;

DIAGNOSTIC DE L'EXISTANT

ADMISSION

1. Connaissez-vous les modalités d'admission des différents services ?
2. Quels sont pour vous les enjeux de l'admission et de sa procédure ?
3. Quelles sont les principales améliorations qui pourraient être apportées aux modalités d'admission ?

FLUIDITE DU PARCOURS DU PATIENT

4. Pourriez-vous décrire le parcours d'un patient de votre établissement ?
5. Quelles améliorations pourraient être apportées pour améliorer cette fluidité ?

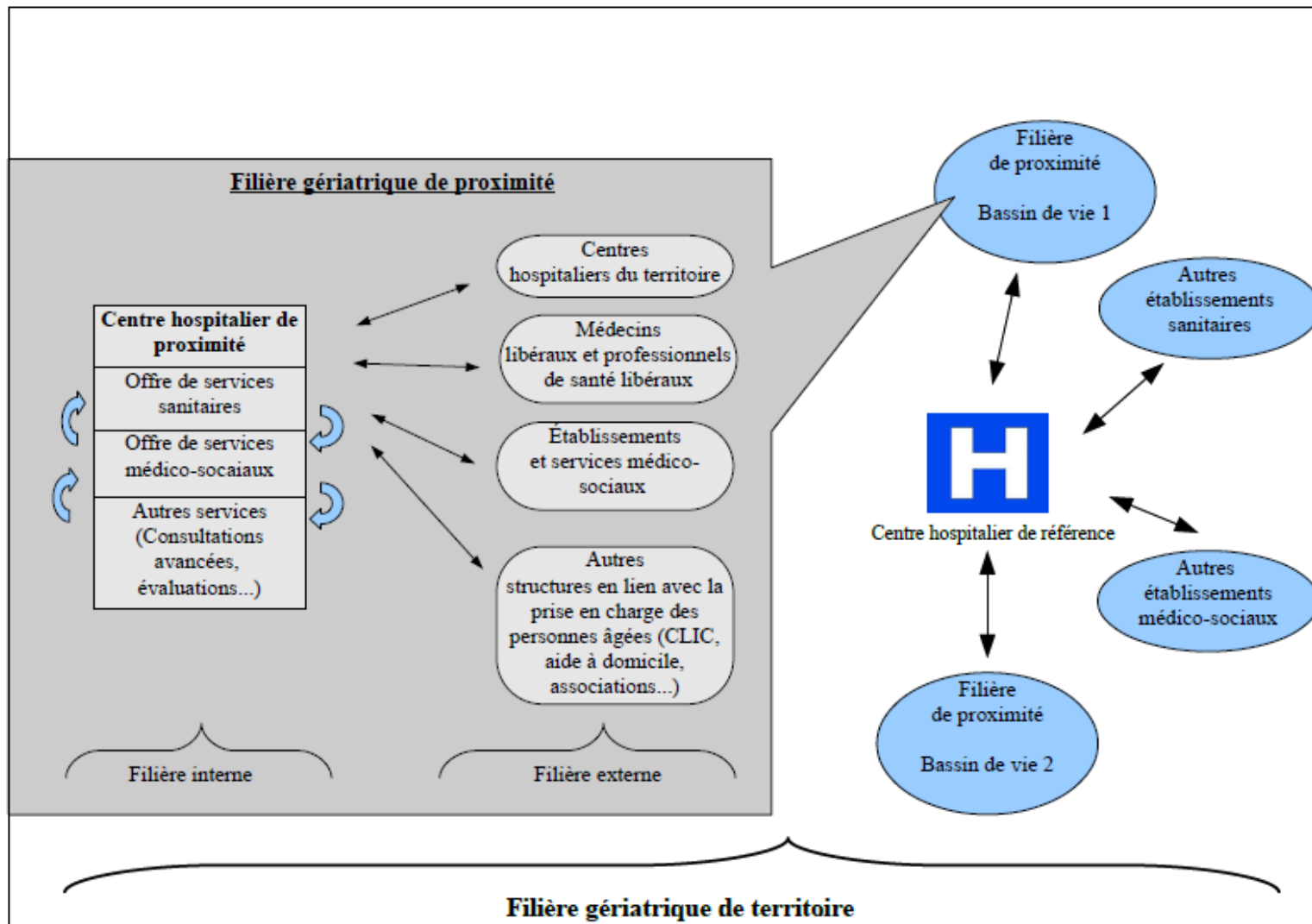
GESTION DE LA SORTIE

6. Connaissez-vous les modalités de sorties des différents services de l'établissement ?
7. Quels sont les principaux obstacles à la sortie, liés au service ou au patient ?
8. Quelles améliorations pourraient être apportées à ces modalités de sortie ?

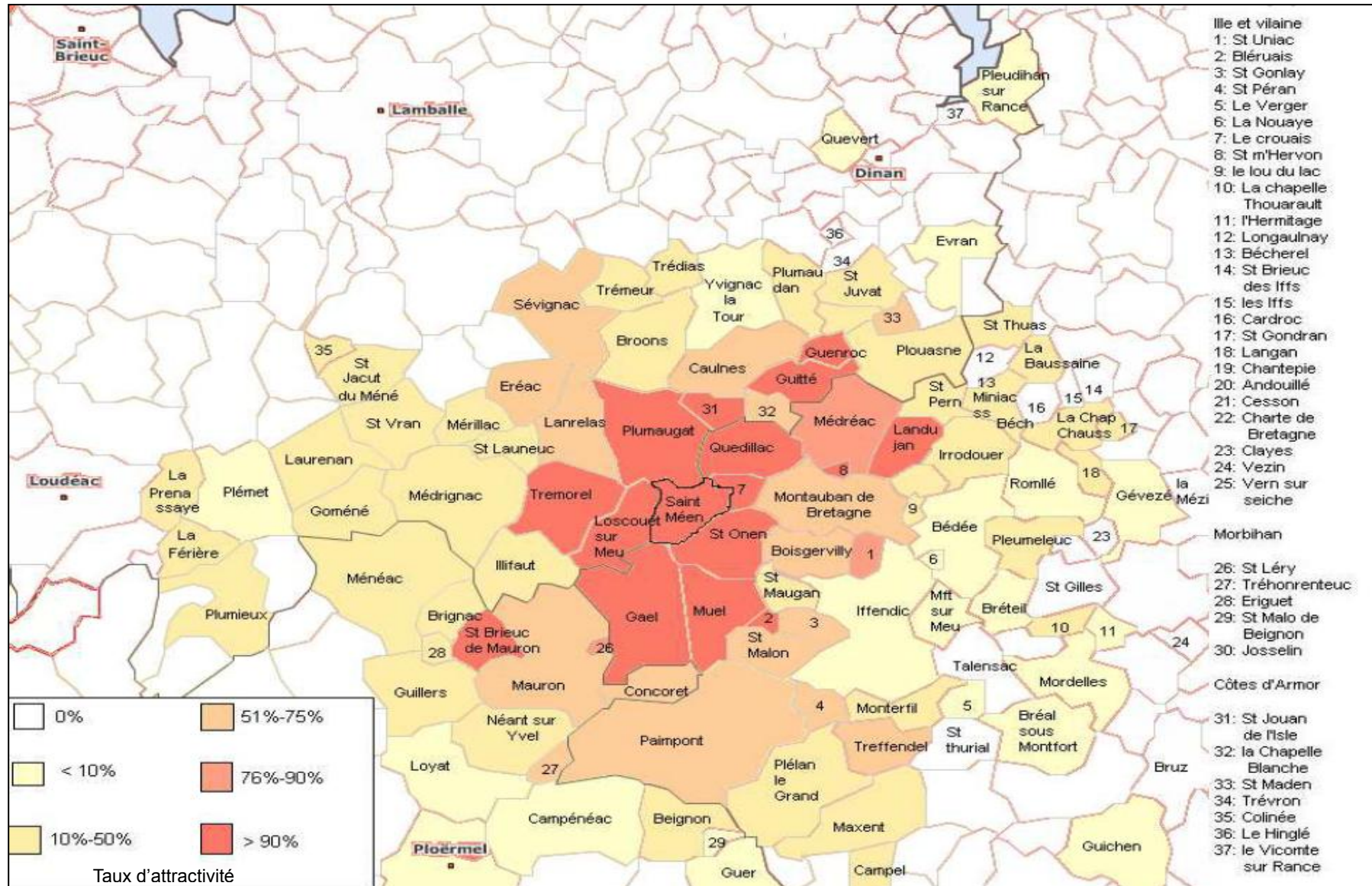
VERS LA MISE EN PLACE D'UNE FILIERE GERIATRIQUE DE PROXIMITE...

9. Que recouvre ce terme pour vous ?
10. Quel commentaire pouvez-vous faire à ces affirmations :
 - La filière gériatrique de proximité peut permettre de garantir et de développer les activités de l'établissement
 - La filière gériatrique de proximité est un outil important pour la mise en place future de la T2A
 - La filière gériatrique de proximité peut être un levier pour l'avenir des « ex hôpitaux locaux »
11. Quels sont les principaux atouts de l'établissement pour un tel projet ?
 - Du point de vue de l'organisation interne du CH
 - Du point de vue des coopérations et partenariats
 - Des outils existant
12. Quelles sont les principaux obstacles ?
13. Seriez-vous prêt à vous investir dans un tel projet ?

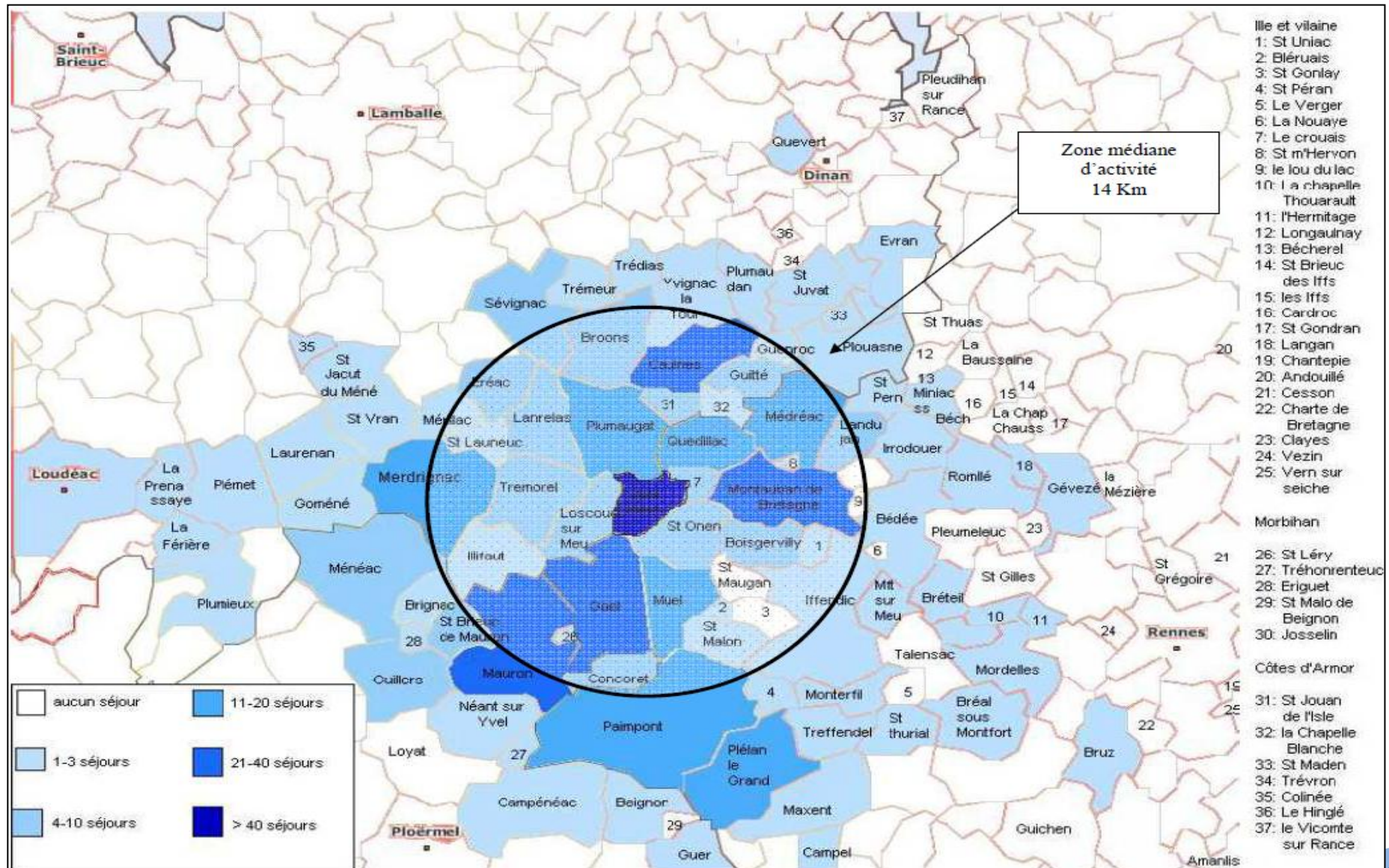
ANNEXE II : ILLUSTRATION DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE DE PROXIMITÉ



ANNEXE III : ZONE D'ATTRACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MEEN-LE-GRAND



ANNEXE IV : BASSIN DE RECRUTEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND



BRUNET	JULIEN	Décembre 2012
<p align="center">Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social</p> <p align="center">Promotion 2011-2012</p>		
<p align="center">La filière gériatrique de proximité :</p> <p align="center">Une réponse d'avenir pour les centres hospitaliers de proximité</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Les ex-hôpitaux locaux sont aujourd'hui, confrontés à d'importants défis. Tant sur leur place dans le système de santé que sur leur capacité à répondre aux enjeux du vieillissement, les nouveaux centres hospitaliers de proximité doivent évoluer et confirmer leur fonction.</p> <p>Ce mémoire propose une réponse possible : la filière gériatrique de proximité. Cette évolution organisationnelle peut à la fois permettre une amélioration du service rendu aux usagers et se poser comme véritable outil stratégique pour les directeurs d'établissements.</p> <p>À partir de l'exemple et de l'étude du centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand, complétés par des entretiens et une réflexion de nombreux acteurs de la prise en charge gériatrique, ce travail décline les fondations, les atouts et les contraintes pour une future filière gériatrique de proximité.</p> <p>L'ensemble de cette démarche permet la construction d'un plan de 27 actions, déclinées en trois axes : Stratégie de filière, organisation interne et filière externe.</p> <p>Ce mémoire démontre que la filière gériatrique de proximité représente un réel potentiel de développement et de pérennisation des ex-hôpitaux locaux.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Filière gériatrique ; hôpital local ; parcours de soins ; stratégie ; organisation</p>		
<p align="center"><i>L'École des Hautes Études 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.</i></p>		