

**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital  
Promotion 2004-2006**

Date du Jury : **décembre 2005**

---

**La saturation chronique des lits de  
médecine en question.  
L'exemple du Centre Hospitalier de  
Saint-Brieuc.**

---

**Morgane BIDAULT**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements à M. Jean-Yves BRIANT, directeur du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, pour la qualité de l'accueil qui m'a été offert tout au long de mon stage professionnel, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction qui a contribué à ma pleine intégration dans l'établissement.

Je tiens à remercier particulièrement M<sup>elle</sup> Christine LALANDE, directrice adjointe chargée des ressources humaines et de la formation continue, et maître de stage, pour m'avoir accompagnée durant ces premiers mois de contact avec le terrain hospitalier.

Par ailleurs, les personnes qui ont contribué à faire progresser ma réflexion sur le thème de la saturation des lits de médecine, médecins, cadres de santé, cadres de direction sont ici remerciées. Je tiens à remercier en particulier M<sup>elle</sup> Myriam MAHE, technicienne supérieure en statistique, et M. Bruno DISDERO, attaché d'administration hospitalière à la direction des affaires financières, pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée dans l'élaboration de ce mémoire.

Ce travail doit également beaucoup aux conseils, suggestions et remarques de M. Yann BOURGUEIL, chercheur à l'IRDES et encadrant mémoire, ainsi qu'à ceux du Dr Pierre SIMON, président de la Commission Médicale d'Etablissement au centre hospitalier de Saint-Brieuc.

Tous auront contribué, à travers ce mémoire et au quotidien, à me donner une image positive du métier de directeur d'hôpital et à conforter mes choix d'orientation professionnelle.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Une « embolisation » récurrente des lits de médecine portant préjudice au bon fonctionnement de l'établissement.....	5
1.1 Qualification de la « situation problème » .....	5
1.1.1 Présentation des faits .....	5
1.1.2 Perception initiale de la situation problème dans l'établissement.....	7
1.1.3 Requalification et élargissement .....	10
1.2 L'impact sur le fonctionnement du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc.....	12
1.2.1 Les enjeux en terme d'organisation du travail.....	12
1.2.2 Les conséquences de ce dysfonctionnement pour les patients.....	15
1.3 Un phénomène multifactoriel difficile à appréhender.....	21
1.3.1 Un bassin de population aux caractéristiques spécifiques .....	21
1.3.2 L'hôpital : maillon d'une chaîne non maîtrisée .....	24
1.3.3 Une organisation interne non adaptée .....	28
2 Marges de manœuvre et perspectives d'Evolution actuelles.....	35
2.1 Eléments de contexte généraux.....	35
2.1.1 Une apparente sous capacité en médecine et une apparente sur capacité en chirurgie 35	
2.1.2 L'opportunité des nouveaux cadres réglementaires.....	39
2.1.3 Des marges de manœuvre dégagées par le nouveau régime de financement des ES ?.....	41
2.2 Les principales pistes d'action engagées par l'établissement : réorganiser les flux 44	
2.2.1 Les actions en amont de l'hospitalisation.....	44
2.2.2 Décloisonner l'hôpital.....	48
2.2.3 Développer les structures d'aval : la création de 30 lits de SSR à orientation gériatrique .....	52
2.3 Freins et contraintes .....	54
2.3.1 Les difficultés organisationnelles .....	54
2.3.2 Des logiques financières et médicales divergentes.....	58
2.3.3 Une dichotomie pénalisante entre secteur sanitaire et secteur social .....	60
3 Les autres pistes envisageables en interne .....	63
3.1 Prendre en compte le vieillissement de la population et son impact sur l'organisation des soins par la structuration d'une filière gériatrique complète.....	63

3.1.1	Impact du vieillissement de la population sur l'organisation des soins au CH de Saint-Brieuc.....	63
3.1.2	La nécessité de structurer une filière gériatrique complète.....	67
3.1.3	Leviers et obstacles pour une mise en oeuvre opérationnelle .....	70
3.2	Améliorer l'articulation entre l'offre de soins hospitalière, la médecine de ville et le secteur médico-social .....	72
3.2.1	Faciliter le développement des consultations externes et des hospitalisations programmées .....	72
3.2.2	Organiser la sortie du patient dès son entrée .....	77
3.2.3	Mettre en place une plateforme de coordination et des fiches de liaison avec les structures médico-sociales.....	81
3.3	Entre technicité et proximité : faire une place à la médecine polyvalente hospitalière .....	84
3.3.1	Pallier à l'hyperspécialisation .....	84
3.3.2	Une nécessité accrue du fait du vieillissement pour la prise en charge des personnes poly pathologiques.....	85
3.3.3	Contraintes et leviers pour une mise en oeuvre opérationnelle .....	87
	conclusion .....	89
	Bibliographie .....	91
	Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
BDHF : Banque de Données Hospitalières de France  
CA : Conseil d'Administration  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.  
COM : Contrat d'Objectif et de Moyen  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.  
CSP : Code de la Santé Publique  
DAC : dotation annuelle complémentaire  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.  
DIM : Département d'Information Médicale  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
ECN : Epreuves Classantes Nationales  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.  
EPS : Etablissement Public de Santé  
ES : Etablissements de Santé  
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
GAMAB : Garde Médicale de l'Agglomération Briochine  
GHS : Groupe Homogène de Séjour  
GIR : Groupe Iso-Ressources  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
MCO : Médecine / Chirurgie / Obstétrique

MPR : Médecine Physique et Réadaptation  
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.  
PH : Praticien Hospitalier  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
RMI : Revenu Minimum d'Insertion  
RSS : Résumé Standardisé de Sortie  
RTT : Réduction du Temps de Travail  
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences  
SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours  
SIH : Système d'Information Hospitalier.  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
T2A : Tarification à l'Activité  
UF : Unité Fonctionnelle  
UMG : Unité Mobile Gériatrique  
URCAM : Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

Les difficultés d'adéquation entre capacités hospitalières et besoins de la population constituent une problématique récurrente du champ de la santé, ayant entre autre motivé la planification sanitaire.

Structurés depuis la loi de 1941 en services de spécialités, les établissements de santé ont la charge d'allier technicité et polyvalence pour répondre au mieux aux exigences croissantes des citoyens quant à leur prise en charge sanitaire. L'hôpital fait l'objet d'attentes fortes de la part de la société : lieu concentrant de hautes qualifications et des techniques de pointe, se devant à toujours plus d'innovation, il doit également conserver une dimension éthique, un visage accueillant en ce qu'il traitera toujours de l'humain.

Partant de l'observation globale du fonctionnement de l'établissement lors du premier stage hospitalier, la saturation chronique des capacités d'accueil, spécialement des services de médecine, avait suscité des interrogations quant à ses causes, ses modalités d'expression, l'ampleur croissante du phénomène et les impacts générés dans l'immédiat et à plus long terme. Les nombreux et graves dysfonctionnements induits, notamment pour la qualité de la prise en charge des patients, ainsi que les difficultés accrues en terme de gestion faisaient de l'analyse de cette situation un exercice d'apprentissage riche, amenant à questionner les différents aspects de la fonction de directeur. L'appréhension de l'environnement dans lequel le centre hospitalier évolue constituait un premier impératif en ce qu'il représente une variable déterminante influant de façons multiples sur le fonctionnement au quotidien. Par ailleurs, on ne pouvait faire l'économie d'une attention particulière à porter sur les contraintes, qu'elles soient réglementaires, financières ou culturelles. L'objectif d'amélioration des conditions de prise en charge, dans ce contexte complexe, forçait à chercher les raisons ayant conduit au positionnement institutionnel, dans l'optique de pouvoir ainsi mieux cerner les marges de manœuvre actuelles et futures.

Le contexte institutionnel offrait une opportunité temporelle permettant la réalisation de ce travail. Terminant son projet d'établissement élaboré en 2001, le centre hospitalier de Saint-Brieuc entrait dans un temps fécond de réflexions sur les perspectives de développement futur. Les nombreuses réunions de préparation du projet médical ont sans cesse amené matière à réflexion, permettant d'observer les jeux d'acteurs, laissant le temps de saisir les contraintes réciproques et les interactions qui se jouent entre professionnels au sein de l'hôpital et avec les structures extérieures, qu'elles soient concurrentes, partenaires ou instances de contrôle et de régulation.

Le centre hospitalier s'était de surcroît engagé dans la démarche d'accréditation, attendant la visite des experts de la Haute Autorité en Santé fin septembre 2005. Engagée depuis 2001, cette démarche a contribué à créer un climat de questionnement permanent, une culture de l'évaluation, propice à la production d'un travail explicatif et démonstratif. Les groupes de travail mis en place à cette occasion ont permis de rassembler plus aisément, dans un laps de temps réduit, les éléments indispensables à la réalisation d'une telle étude.

Le contexte présentait l'intérêt d'alimenter la réflexion, permettait de confronter les premières hypothèses de travail à la réalité ressentie par les acteurs. Parallèlement, le besoin d'arguments développés pour aider à la définition des axes stratégiques futurs donnait à ce travail un intérêt accru.

Ne faisant pas l'objet pendant la durée du second stage, d'un suivi de dossier spécifique, l'élaboration du mémoire professionnel a nécessité d'investir plusieurs champs de la gestion hospitalière et de relier progressivement ces différents thèmes entre eux.

Les types de dysfonctionnements observés localement ne sont pas particuliers au centre hospitalier de Saint-Brieuc. Ainsi, dans son rapport *Les coûts de la qualité et de la non-qualité dans les établissements de santé*, paru en 2004, l'ANAES estimait que le taux d'hospitalisations inappropriées s'élevait en moyenne à 25% en France. Par ailleurs, plusieurs études et articles parus en cours d'année, et notamment l'étude la CRAM de Rhône-Alpes, démontraient que de nombreux établissements étaient confrontés à des problématiques similaires, essentiellement dues au vieillissement de la population. Représentant des repères importants, ces travaux ne pouvaient toutefois que servir de guides, fournissant des éléments de comparaison et des pistes possibles d'études. Il convenait avant toute chose de revenir sur la situation d'espèce afin d'objectiver et quantifier le problème. Cette phase a notamment fait appel à un travail statistique, reprenant les chiffres d'activité disponibles et s'appuyant sur de nouvelles requêtes depuis le système d'information pour aboutir à une vision la plus fine possible de la situation de l'établissement. L'apport de ce travail est considérable tant quantitativement que sur le plan qualitatif, en ce qu'il nécessite une rigueur méthodologique et une attention particulière sur les limites de l'analyse qui peut en découler.

Préalable indispensable, l'objectivation de la situation problème ne constituait qu'une partie des objectifs définis au départ. En effet, l'enjeu en terme professionnel était bien plus de comprendre comment la situation se manifestait au quotidien pour les professionnels de santé, les difficultés qu'elle impliquait tant pour eux que pour les patients et comment les acteurs réagissaient à cette situation de crise. Dans cette optique, de nombreux acteurs, en interne comme en externe, ont été sollicités lors d'entretiens individuels pour saisir la compréhension par chacun des impacts, des causes

et des solutions à mettre en œuvre. Cela fut une aide précieuse tant pour saisir le sujet d'étude par différents angles d'approche que pour poursuivre la formation et s'imprégner du milieu hospitalier, complexe de part la diversité des logiques professionnelles qui y interviennent.

L'objet du travail présenté est de saisir l'opportunité du contexte institutionnel pour analyser la situation de saturation, ses causes et ses conséquences, pour être en mesure de proposer des premières pistes d'action afin de ne pas laisser se pérenniser les dysfonctionnements observés.

Il conviendra en conséquence de mesurer les impacts sur le fonctionnement quotidien de l'établissement et d'appréhender les multiples facteurs à l'origine de ce problème (I), afin de saisir les marges de manœuvres et les perspectives actuelles (II) et de déterminer, sur la base des premiers constats et retours d'expérience des actions déjà initiées, de nouvelles pistes d'action à envisager en présentant les leviers possibles, les limites des outils proposés et les contraintes qu'il faudra prendre en compte (III).

# **1 UNE « EMBOLISATION » RECURRENTE DES LITS DE MEDECINE PORTANT PREJUDICE AU BON FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT.**

L'objet de cette partie consiste à présenter la situation problème, tant quantitativement que qualitativement, à en exposer les conséquences sur le fonctionnement quotidien de l'établissement pour les professionnels de santé et les usagers, et de présenter les causes présidant à l'apparition du phénomène de saturation chronique des lits de médecine.

## **1.1 Qualification de la « situation problème »**

### **1.1.1 Présentation des faits**

A l'origine concentrée sur quelques périodes de l'année, la saturation des lits de médecine tend au fil des années à devenir un phénomène récurrent sans lien direct avec les événements épidémiques.

#### **A) D'un problème conjoncturel lié aux phénomènes épidémiques**

Les premières situations constatées de saturation des lits de médecine sont apparues dès les années 1990, essentiellement sur les mois d'hiver, de novembre à fin mars. En lien direct avec des événements épidémiques (grippes, gastro-entérites ...), la saturation des lits de médecine n'avait pas de conséquences durables sur le fonctionnement de l'établissement. Il n'en demeure pas moins que ces situations de pic d'activité apportaient une difficulté supplémentaire dans l'organisation du travail et que l'établissement était amené à faire face à un afflux important de patients, supposant une augmentation provisoire des capacités par l'installation de lits supplémentaires dans les unités de soins. De surcroît, les établissements périphériques étant confrontés aux mêmes problèmes, il n'était dès lors pas possible de répartir les patients sur les différents établissements de santé ou d'organiser des transferts lorsque l'état de santé des patients le permettait.

Ces périodes n'en demeuraient pas moins exceptionnelles ; l'activité retrouvant son rythme « normal » dans un laps de temps relativement court. En 2000, seul le mois de janvier fait apparaître un taux d'occupation supérieur à 95% ; sur 12 services, 7 voient leur taux d'occupation dépasser ce seuil et pour trois d'entre eux – neurologie, rhumatologie et dermatologie – cette situation perdure plus de 6 mois sur les 12. Cette situation s'aggrave au fil du temps. En 2001 cinq des douze services de médecine dépassent ce seuil au mois 6 mois de l'année ; la dermatologie et la gastro-entérologie étant en situation de saturation plus importante encore, dépassant ce taux respectivement 10 et 12 mois sur l'année. Sur les sept premiers mois de 2005, quatre services dépassent régulièrement le taux de 100% ; il s'agit de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de la dermato-infectiologie et de l'hémodialyse néphrologie.

#### B) A une situation récurrente

Au départ ponctuel et circonstancié, le phénomène s'est progressivement mais rapidement généralisé. L'importance et la fréquence du problème ne sont pas directement apparentes à l'analyse des tableaux de bord mensuels d'activité. Mis en place à partir de 2001, ces tableaux de bord visent à un suivi régulier de l'activité. Néanmoins, le choix d'indicateurs d'activité cumulés ne fait pas apparaître directement les périodes de pic d'activité. Une analyse plus fine des taux d'occupation par service et par mois montre plus clairement ce phénomène de saturation. (Cf. Annexe 1)

Sur le plan méthodologique il faut également noter un biais important dans la méthode de recueil. En situation de saturation, les patients dits « médicaux », ie dont la pathologie principale relève, au regard du diagnostic posé par les urgentistes, d'un service spécialisé de médecine, peuvent être « hébergés » dans les services de chirurgie car leur nombre est plus important que les capacités en lits de médecine dans l'établissement. Le système d'information de l'établissement les identifie alors comme patients chirurgicaux ce qui ne permet pas une réelle fiabilité des taux d'occupation.

Une étude menée par la cellule qualité du 11 février au 18 mars 2005 et du 28 mars au 8 avril 2005, souligne que la spécialité demandée par les urgences pour ces patients est à 19,4% la pneumologie, puis la neurologie (18,6%), la cardiologie (14%) et la gériatrie (14%). Le type de consultation demandée par le service d'accueil initial est sensiblement le même ; il s'agit en premier lieu de demande de consultations de gériatrie (20,7%) et de cardiologie (20,7%), puis de pneumologie (17,2%) et de neurologie (12,1%). La durée moyenne de séjour des patients de médecine hospitalisés dans les services de chirurgie est de 2,63 jours sur la période du test. Néanmoins il faut

mentionner la borne haute de 22 jours. D'une façon plus globale, 4,3% de ces patients sont restés plus de 10 jours dans le service de chirurgie. Enfin cette étude fait apparaître que 13,2% des patients de médecine hospitalisés en chirurgie sont sortis du service sans consultation médicale, ils ont été transférés vers un autre service, en moyenne après avoir passé 1,57 jours dans le service initial, sans avoir reçu la visite du spécialiste requis par les urgences.

### **1.1.2 Perception initiale de la situation problème dans l'établissement**

- A) Une prise de conscience précoce des dysfonctionnements relevés notamment par les urgences

Le problème de saturation des lits de médecine n'est pas récent au CH de Saint-Brieuc. Le plus souvent mentionné lors de dysfonctionnements importants portant préjudice à la prise en charge des patients, la saturation des lits de médecine est évoquée par le service des urgences sur lequel se répercutent les difficultés d'orientation. Ainsi dès 1981-1982, chirurgiens et responsable du service des urgences ont-ils alerté la direction des difficultés d'admission des hospitalisés dans les services de médecine et des hospitalisations inadéquates de malades médicaux en chirurgie.

En 1997, le président de la CME alerte le directeur de la difficile situation à laquelle le service des urgences est confronté au premier chef. Un courrier en date du 9 avril 1997 fait état de 10 à 20 admissions médicales hebdomadaires faites sur des lits réservés pour des hospitalisations programmées en médecine, dans des services de chirurgie ou dans d'autres établissements.

Un rapport établi par les médecins responsables du SAU au médecin inspecteur de la DDASS en mai 1998 dresse un premier bilan des problèmes de la gestion des admissions médicales à partir du SAU. Ce document chiffre à 22% les orientations inadéquates, faute de lits disponibles dans les UF médicales spécialisées et adaptées. Sur les quatre premiers mois de 1998, 361 patients au profil médical ont dû être hospitalisés sur des lits de chirurgie, sur des lits réservés aux hospitalisations programmées en médecine ou dans d'autres établissements. Cela représentait alors 8,6% des passages enregistrés aux urgences (hors traumatologie) et 12,5% des hospitalisations médicales. Il est par ailleurs relevé des variations en fonction des mois et des jours ; le premier semestre est ainsi plus sévèrement impacté que le second : en 1991, 84% des hospitalisations médicales en services de chirurgie ont eu lieu sur le premier semestre, 71% en 1992. Le déficit de lits disponibles atteint également son

niveau maximal en début de semaine, essentiellement les lundis et mardis, ces deux journées cumulant 45% des dysfonctionnements.

Suite aux différents rapports et analyses de la situation, un protocole d'orientation des malades médicaux a été élaboré et voté par la CME le 4 février 1999 et par le CA en mai 2000. Ce protocole préconise plusieurs actions :

- la prise en charge en consultations externes et le retour à domicile chaque fois que cela est « médicalement cohérent et socialement réalisable » ;
- l'hospitalisation préférentielle dans les unités chirurgicales ou obstétricales adaptées des pathologies frontières médicochirurgicales ;
- l'hospitalisation préférentielle dans l'unité de pédiatrie des patients frontières en matière d'âge ;
- le transfert dans les services de médecine des autres ES du département chaque fois qu'un lit est disponible dans une structure adaptée à la prise en charge du patient ;
- le transfert des patients de médecine en pré-sortie dans les lits disponibles de chirurgie ;
- l'utilisation en extrême recours des lits réservés de médecine.

Malgré cette prise de position, et bien que cette problématique ait fait l'objet du thème n° 1 du contrat d'objectif et de moyen 2001-2005, force est de constater que les dysfonctionnements ont persisté ; en témoignent notamment les nombreux courriers de praticiens hospitaliers adressés au directeur pour faire état d'une difficulté accrue de la pratique médicale, d'une détérioration du climat entre les services de soins, ainsi que dans leurs relations avec le SAU.

Les années suivantes présentent les mêmes caractéristiques de manière accentuée. Cela a présidé au vote par la CME d'une motion sur la saturation des lits de médecine le 22 avril 2004, motion présentée au CA du 13 octobre 2004 et votée ce même jour.

Simultanément, la direction du Centre Hospitalier a régulièrement alerté les pouvoirs de tutelle et plus généralement les pouvoirs publics de la saturation de l'établissement, et des difficultés consécutives de prise en charge des patients se présentant au SAU, par plusieurs courriers à la directrice de l'ARH, au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, au Préfet des Côtes d'Armor, au président du Conseil Général, mais aussi aux représentants nationaux et élus locaux. De nombreux courriers depuis 2003 jusque 2005 ainsi que la diffusion fréquente de notes de service concernant la saturation de l'établissement témoignent de la prise de conscience aigue de ces dysfonctionnements.

B) Des dysfonctionnements majoritairement imputés au déficit de lits d'aval.

Sans occulter les causes imputables à l'amont, les différents courriers mettent l'accent sur le déficit de lits d'aval comme cause essentielle de la saturation. Un courrier en date du 23 janvier 2003 adressé à la directrice de l'ARH mentionne la présence dans l'établissement de « *80 patients bénéficiant d'un séjour hospitalier alors que leur prise en charge relèverait d'une autre structure (soins de suite, long séjour...)* » et avertit la tutelle que « *(...) les lits de médecine et de chirurgie sont durablement occupés par une population inadéquate de patients en attente d'une solution médico-sociale.* » Ces mêmes préoccupations apparaissent dans un courrier en date du 26 mai 2004 à l'attention de la directrice de l'ARH : « *le manque de places au sein de structures susceptibles d'accueillir les patients à leur sortie de l'hôpital est criant* ». Cela a amené le directeur de l'établissement à appeler de ses vœux l'organisation d'une « table ronde », rassemblant les différents acteurs des champs sanitaires et sociaux : établissements de santé, maisons de retraite, EHPAD, conseil général, service médical de la CPAM, ARH, etc. Il faut en effet noter que le centre hospitalier de Saint-Brieuc est très faiblement doté en lits de moyen séjour ; seule la Salle Verte, structure dépendant du centre hospitalier et située sur le site de Quintin, comporte 50 lits dits de convalescence, servant notamment de dégagement aux services de court séjour et perçus par les professionnels confrontés au problème d'organisation de la sortie comme une « soupape de sécurité ». Néanmoins cette structure n'est pas adaptée aux besoins actuels en soins de suite ou en long séjour.

En interne, cette préoccupation s'est traduite dès 2003 par l'instauration d'une revue trimestrielle des situations dites « embolisantes », ie des situations pour lesquelles un lit est occupé par un patient dont la prise en charge médicale est achevée mais dont la sortie n'est pas réalisable faute de solution d'aval. Lors de cette revue trimestrielle, les assistantes de service social exposent les problématiques rencontrées et les perspectives de sortie des patients concernés. Les principaux motifs de blocage sont identifiés et des actions sont entreprises au cas par cas, en sollicitant si nécessaire les partenaires extérieurs comme le médecin conseil de la CPAM. Les huit recensements réalisés depuis 2003 par le service social de l'établissement mettent en évidence l'existence de 30 à 40 situations de ce type, dont la majeure partie concerne des attentes de places disponibles en moyen et long séjour. Ces enquêtes révèlent également que si la quasi-totalité des services est concernée, quelques uns le sont de façon plus aigüe comme la neurologie. Enfin il est à noter que, sauf quelques exceptions, il ne s'agit pas des mêmes patients d'un trimestre à l'autre.

### 1.1.3 Requalification et élargissement

Les premières réflexions courant 2004, suite au premier stage d'observation, sur le choix de ce thème comme sujet de mémoire de fin de formation ont amené à un questionnement problématique de la « situation problème ». Initialement posé comme « les difficultés posées au centre hospitalier de Saint-Brieuc par le déficit de lits d'aval », le sujet présentait implicitement la solution dans son libellé. L'appréhension du problème nécessitait donc une requalification, tacitement sous entendue, l'effet principal du déficit dénoncé étant la saturation récurrente des lits de médecine ayant pour conséquences de nombreux dysfonctionnements.

#### A) Difficultés à objectiver la situation

La méthodologie choisie, en concertation avec l'encadrant mémoire, a été de rechercher les faits par des données objectives et de dater l'apparition de ces dysfonctionnements. Il convenait ensuite d'analyser les discours pour pouvoir estimer pour qui cela posait problème et établir une comparaison avec la présentation institutionnelle qui en était faite.

La recherche de données objectives s'est avérée complexe. Le système d'information et les rapports d'activité des années passées permettaient de recouper des statistiques, laissant percevoir notamment un taux d'occupation élevé et en constante augmentation des services de court séjour. Néanmoins, le maniement des chiffres reste une pratique délicate. Pour pouvoir comparer des indicateurs d'une année sur l'autre, il convient dans un premier temps de s'assurer que leur construction reste identique. De plus, l'évolution des capacités est à prendre en considération. Le recours aux éléments statistiques a été largement utilisé pour confirmer ou infirmer les premières hypothèses de travail envisagées. Pour s'assurer une certaine rigueur intellectuelle, des comparaisons ont été recherchées avec des indicateurs nationaux, régionaux ou sectoriels mais aussi avec ceux d'autres établissements présentant une structure similaire. Néanmoins, chaque situation analysée reste spécifique.

Pour confronter l'analyse découlant de ces éléments chiffrés à la réalité ressentie par les acteurs hospitaliers, des entretiens ont été organisés au sein du centre hospitalier auprès de différentes catégories de personnels : médecins, cadres de santé, cadres de direction, directeurs, etc. Ces entretiens ont ensuite été élargis à d'autres professionnels de santé, à titre de comparaison d'une part, et pour recueillir le sentiment des partenaires extérieurs d'autre part. Là encore des précautions s'imposent. La situation peut en effet être perçue différemment par les acteurs qui y réagissent en fonction de leur angle

d'approche, de leur formation et des difficultés ressenties quotidiennement dans l'exercice de leur profession. Des déformations interviennent inévitablement. Tout en ayant conscience de ce biais, il semblait important de tenir compte de chacune des positions exprimées en ce qu'elles interagissent sur la perception globale du problème et sur les solutions envisagées au niveau institutionnel.

## B) Un phénomène complexe ne se limitant pas au déficit de structures d'aval

Dans un premier temps, trois indicateurs clefs ont été retenus pour poser les premiers repères de l'analyse et formuler des pistes de recherche : les modes de sortie, les taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. Il est ressorti du système d'information que 86% des sorties d'hospitalisation se faisaient vers le domicile. Sans pouvoir en déduire, sans autre recherche complémentaire, des éléments plus fins d'analyse – le retour à domicile pouvant être une solution par défaut dans un contexte de saturation des réponses en aval - cela invitait à élargir le champ d'investigation. Par ailleurs, la DMS des services de médecine continue à baisser ; elle était de 5,78 jours en 2004 soit une baisse de 4,7% par rapport à 2001. Les taux d'occupation évoluent logiquement en sens inverse, augmentant de plus de 2% sur la même période pour atteindre presque 93% en 2004. Ces chiffres ne reflètent toutefois qu'une partie de la réalité du fait de l'agrégation dont ils sont issus. Ils invitaient néanmoins à analyser leur structure avec un regard plus aiguisé.

Au-delà de ces premiers constats, il convenait de porter une attention particulière aux mécanismes sous-jacents, non immédiatement perceptibles, et pouvant induire des comportements spécifiques tant de la part des hospitaliers que des patients ou encore des partenaires extrahospitaliers. Ceci n'a été possible que progressivement, au fil d'un cheminement guidé par différents interlocuteurs<sup>1</sup> ayant accepté de mettre en lumière leur domaine de compétences : impact de l'environnement démographique et social, comportements induits par les logiques professionnelles, influence de la réforme du mode de financement, etc.

Au final, l'analyse ici proposée ne peut prétendre ni à une quelconque exhaustivité ni à une complète objectivité. Il s'agit d'une tentative d'éclaircissement de la situation, formulée à un moment donné et s'appuyant sur des travaux préalables, cherchant à mettre en lumière les principales causes et leurs impacts sur le fonctionnement de l'hôpital et proposant sur cette base quelques propositions en précisant leurs atouts et leurs limites.

---

<sup>1</sup> Cf. annexe 2 Liste des personnes rencontrées.

## 1.2 L'impact sur le fonctionnement du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

Cette situation de saturation, essentiellement des lits de médecine, occasionne de nombreux et graves dysfonctionnements tant pour les hospitaliers dans leur organisation du travail pour assurer une prise en charge sécurisée et de qualité à chaque patient, que pour les usagers qui subissent les conséquences de cette saturation chronique des lits de médecine.

### 1.2.1 Les enjeux en terme d'organisation du travail

#### A) Les difficultés d'orientation des patients venant du SAU

Depuis 2000, l'établissement connaît des difficultés chroniques pour orienter les patients venant du SAU dans les services d'hospitalisations desquels leur état de santé, au regard du diagnostic posé par les urgentistes, relève.

Tableau n°1 : Lieux d'orientation des patients hospitalisés après un passage au SAU

Source : logiciel GEMSA

	2 002	%	2 003	%	2 004	%	2 005	%
Hospitalisé en Chirurgie pour motif médical	346	3,60 %	639	5,19 %	782	5,61 %	796	9,55 %
Hospitalisé sur lit réservé	31	0,32 %	23	0,19 %	31	0,22 %	20	0,24 %
Secteur adapté, lit disponible	9 240	96,06 %	11 660	94,61 %	10 918	78,29 %	5 781	69,39 %
Secteur de Médecine inadapté	2	0,02 %	2	0,02 %	2 215	15,88 %	1 734	20,81 %
<b>TOTAL</b>	<b>9 619</b>	<b>100,00 %</b>	<b>12 324</b>	<b>100,00 %</b>	<b>13 946</b>	<b>100,00 %</b>	<b>8 331</b>	<b>100,00 %</b>

Parmi les passages suivis d'une hospitalisation, plus de 5% concernent des patients médicaux hospitalisés en chirurgie en 2003 et 2004. Ce pourcentage est en augmentation constante, atteignant 9% pour les sept premiers mois de l'année 2005.<sup>2</sup>

Par ailleurs, les données du SIH laisse voir que le nombre de patients médicaux orientés en chirurgie ou transférés dans un autre établissement, faute de place dans un

---

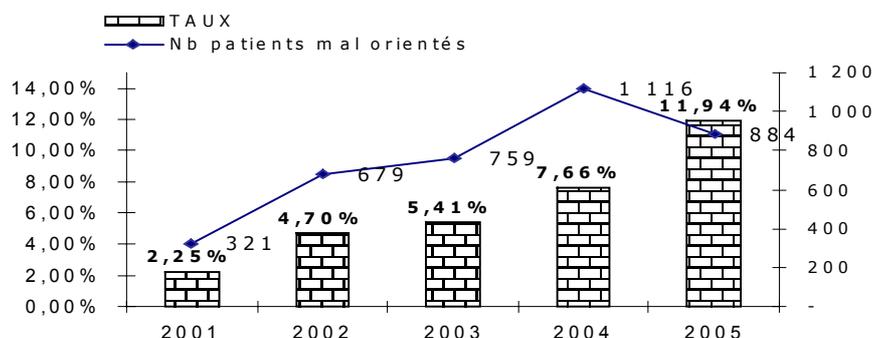
<sup>2</sup> Sur plusieurs années, il a été observé que le phénomène de saturation et les cas de mauvaise orientation qui s'ensuivent sont plus importants sur le premier semestre. Les chiffres exposés ici ne peuvent donc valoir en année pleine.

service de médecine est passé de 7,66% en 2004 à 11,94% sur les sept premiers mois de 2005. Les chiffres présentés ci après sont issus du logiciel GEMSA .Avant toute interprétation, il convient de noter que ce sont les urgentistes eux mêmes qui renseignent ce logiciel en temps réel. L'évolution des taux d'exhaustivité – passé de 83,72% en 2002, date de sa mise en place à 99,97% en 2004- témoigne de l'importance accordée à ces données. Il faut également noter que la qualification « secteur inadapté » reste subjective et peut varier selon l'interprétation faite par le médecin. Elle peut également être rendue difficile lorsque le patient présente une ou plusieurs pathologies associées.

Tableau n°2 : Evolution en valeurs absolues du nombre de patients « mal orientés » (source : logiciel GEMSA)

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>3</sup>	Variation 2003/2004
Patients orientés vers un service de chirurgie	229	492	608	897	807	+ 47,53 %
Patients transférés dans un autre établissement	92	187	151	219	77 <sup>4</sup>	+ 45,03%
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>679</b>	<b>759</b>	<b>1 116</b>	<b>884</b>	<b>+ 47,03%</b>

Graphique n° 1 : Evolution des mauvaises orientations (hospitalisations de patients médicaux en chirurgie et transferts confondus)



A ces chiffres, il faut ajouter le nombre de patients orientés dans un service de médecine différent de celui dont leur état de santé relève, estimé pour 2004 à 2 215 et à 1 734 pour les sept premiers mois de l'année 2005. L'extrapolation en année pleine de ce dernier chiffre, laisse prévoir 2 972 orientations inadéquates en services de médecine soit une augmentation de plus de 34% entre 2004 et 2005.

<sup>3</sup> Sur les sept premiers mois de 2005.

<sup>4</sup> Ce faible nombre de transferts s'explique par le fait que les établissements périphériques ont vécu la même situation de saturation aiguë.

Ces chiffres laissent imaginer la difficulté, pour le SAU notamment, à organiser l'orientation des patients. Il en résulte de longues heures d'attente au sein du service des urgences, dans des conditions de confort très insatisfaisantes, pour les patients en attente d'un lit disponible. Le recours parfois nécessaire aux lits « réservés », pour des hospitalisations programmées en médecine, alimente un mécontentement et une incompréhension des personnels des services de soins et tend à augmenter la pratique des « lits cachés », ie non recensés comme éventuellement disponibles pour des patients venant du SAU. Le recensement par les cadres des unités des capacités en lits disponibles a été organisé quotidiennement sur l'établissement. Néanmoins, les perturbations occasionnées sur l'organisation du travail ne favorisent pas une collaboration transparente de tous.

#### B) L'impact sur l'organisation des soins

La fréquence et l'importance du phénomène de saturation des lits se répercutent de différentes manières sur l'organisation des soins et nuisent à une prise en charge de qualité des patients.

Il faut tout d'abord mentionner que la saturation chronique de l'établissement n'a pas permis la suppression, prévue dans le COM 2001-2005, des chambres à trois lits. Dans un contexte de déficit de capacités, des lits supplémentaires ont été installés dans certaines unités, de façon à pouvoir faire face aux situations de saturation. Dans certaines unités, particulièrement sollicitées, telle que la pneumologie ou la cardiologie, l'installation provisoire de ces lits supplémentaires est devenue quasi permanente, engendrant une charge de travail supplémentaire à effectif constant. Pourtant inadéquate en terme d'intimité, le maintien des chambres à trois lits dans certaines unités reste aujourd'hui encore un « mal nécessaire ».

Par ailleurs, la nécessité de prendre en charge les patients venant du SAU impose régulièrement d'annuler l'activité programmée. Cela se traduit par la déprogrammation des examens requis, l'information – toujours délicate - des patients, mais aussi la reprogrammation de ces hospitalisations. Le temps nécessaire à la programmation des examens est alors double pour les personnels, et l'insatisfaction des patients et de leurs médecins traitants véhiculent une mauvaise image du centre hospitalier et handicapent à moyen terme tout le champ de l'activité programmée dans l'établissement. De surcroît, les personnels comprennent mal de devoir composer avec des objectifs *a priori* contradictoires : accueil des patients du SAU et développement des hospitalisations programmées. Cela n'est pas sans conséquence sur le climat de travail et entretient des

clivages entre les services de soins et le SAU, auxquels se rajoutent des clivages entre services de soins ; ceux qui acceptent de « jouer le jeu » se sentant pénalisés par leur bonne volonté et leur souci de transparence. Il en découle de surcroît une difficulté accrue de se positionner sur un segment de marché concurrentiel.

## **1.2.2 Les conséquences de ce dysfonctionnement pour les patients**

### **A) Accueil et qualité de la prise en charge non optimales**

Pour les usagers la situation est tout aussi problématique. Il convient pour analyser la situation de prendre en considération les deux principales catégories de patients ayant recours à l'hôpital : les patients se présentant au SAU et ceux arrivant par le biais des hospitalisations programmées, en admissions directes.

Les patients arrivant au SAU et dont l'hospitalisation est jugée nécessaire par les médecins urgentistes se voient contraints de patienter, parfois de longues heures et dans des conditions insatisfaisantes au sein du service des urgences dans l'attente d'un lit disponible. Le SAU n'est pas conçu pour accueillir durablement des patients, et leur installation sur des brancards ou dans des fauteuils n'est satisfaisante ni en terme de confort, ni en terme de qualité de la prise en charge. On sait en effet que l'attente prolongée dans un lit provisoire inconfortable peut être de nature à aggraver l'état de santé (encombrements pulmonaires favorisés, augmentation de l'anxiété, troubles dus aux mouvements et aux bruits nécessairement occasionnés dans le service, ...) notamment s'agissant des personnes âgées. Par ailleurs, cet état de fait est source de fortes incompréhensions de la part des familles et peut exacerber des situations de tension en situations de violence. Lorsque le patient peut enfin être accueilli dans une unité de soins, celle-ci ne correspond pas forcément au diagnostic posé par les médecins du SAU. Les interrogations des patients et des familles sont alors nombreuses pouvant parfois alimenter la crainte d'une mauvaise, voire d'une fausse information quant au diagnostic principal.

Les conséquences de cette saturation récurrente se répercutent également sur les patients venant en hospitalisation programmée, en particulier s'agissant de pathologies lourdes comme le traitement des scléroses en plaques, des pathologies cancéreuses par chimiothérapies, etc. En effet, la déprogrammation régulière de certains séjours impacte la qualité de la prise en charge. Dans de nombreux champs médicaux, le temps est une variable primordiale pour une prise en charge de qualité. Ainsi, à titre d'exemple, les chimiothérapies nécessitent-elles un déroulement précis dans le temps relativement au

début du traitement, et en fonction de l'état de santé du patient. Les traitements sont programmés de façon à obtenir les meilleurs résultats possibles (J+1, J+8, j+15 ...). Il est également tenu compte de la capacité de l'organisme à supporter le traitement, et notamment du taux de leucocytes, celui pouvant varier considérablement en un laps de temps réduit chez un sujet malade. Par ailleurs, outre les aspects strictement médicaux, l'impact psychologique est délétère : ces traitements lourds aux effets secondaires importants nécessitent de la part des patients une préparation psychologique pénible, anéantit par l'effet de report, prenant dès lors une dimension inhumaine. A ce jour il n'a pas été fait de recensement globale du nombre de déprogrammations rendues nécessaires par la saturation de l'établissement.

## B) La notion de perte de chances et la responsabilité éventuelle de l'établissement

### 1.) Les risques encourus par les patients, la notion de perte de chance

Le problème de l'orientation des patients à l'intérieur des services de soins du CH apparaissait en 2003 et 2004 comme le principal « événement indésirable » tel qu'il ressort du système de gestion des risques de l'établissement, prenant en compte à la fois la fréquence de cet événement et sa gravité, ie le risque potentiel pour le patient.

On ne peut en effet parler de sécurité et de qualité de la prise en charge lorsque le patient est hébergé dans un service inadéquat au regard de la pathologie qui lui a été diagnostiquée, ceci d'autant plus lorsqu'il est hébergé en service de chirurgie alors que son état de santé aurait requis l'accueil dans un service de médecine. Outre le fait que les services de soins hospitaliers répondent à une logique de spécialisation, il faut noter la défaillance de l'hôpital à organiser collectivement la prise en charge des patients médicaux dans les services de chirurgie et cela malgré l'adoption d'un protocole concernant l'orientation et la prise en charge des malades médicaux par le Conseil d'Administration par une délibération de mai 2000. Les patients médicaux, hospitalisés en chirurgie faute de lits disponibles, sont légalement sous la responsabilité du médecin chef de service qui est réputé avoir donné son accord, tacite ou exprès. Cependant dans les faits, la prise en charge de ces patients dépend étroitement de l'équipe paramédicale du service d'une part et des avis des médecins spécialistes de médecine d'autre part. En effet, la contre partie de l'hébergement de ces patients en service de chirurgie est leur suivi par les médecins spécialistes du service duquel ils dépendraient si l'établissement n'était pas saturé. Cela est rappelé par le directeur d'établissement dans chaque note de service afférente à la saturation des lits de médecine.

Néanmoins, le système de « bons de consultation » utilisé n'est pas infaillible et la

désorganisation en situation de crise favorise la perte d'information. Par ailleurs, le refus fréquent, en contradiction avec les règles de déontologie et d'éthique médicale, de certains praticiens des services de chirurgie d'examiner ces patients ne relevant pas de leur spécialité détériore plus encore la qualité de la prise en charge. En attente de la visite du spécialiste d'organe, submergé de demandes – tant auprès des patients hospitalisés dans son service qu'auprès de ceux relevant de sa spécialité mais répartis dans tout l'hôpital – ces patients ne bénéficient pas de la continuité des soins qui leur est normalement due. Le traitement initial prescrit par les urgences est suivi par les équipes paramédicales, et dans la mesure du temps disponible, les médecins anesthésistes et les internes assurent un suivi. Néanmoins, la surveillance médicale n'est pas systématique ce qui peut nuire gravement à leur prise en charge de ces patients et mettre parfois en jeu leur pronostic vital. L'hébergement tel qu'il se produit aujourd'hui des patients médicaux en service de chirurgie comporte dès lors un risque en terme de perte de chances. Cela est d'autant plus vrai que la perte de temps accentuée lors de la saturation de l'établissement, est un aspect médical primordial dans certaines pathologies. L'urgence est certes correctement traitée dès lors qu'elle est identifiée par le SAU, il en irait sans doute différemment en cas de décompensation brutale dans un service de chirurgie...

Le droit de la responsabilité médicale est particulièrement réceptif à cette notion de « perte de chances » ; qu'il s'agisse de perte de chances en terme de guérison ou de survie. La notion de perte de chance peut être définie comme le préjudice résultant de la disparition, due au fait d'un tiers, de la probabilité d'un évènement favorable et donnant lieu à une réparation partielle, mesurée sur la valeur de la chance perdue déterminée par un calcul de probabilité. La perte de chance est donc la perte actuelle d'une chance de gain futur ; elle doit être mesurée à l'aune de la chance perdue et ne saurait être égale à l'avantage qu'aurait procuré cette chance si elle s'était réalisée<sup>5</sup>. En l'espèce, dans l'hypothèse où un patient, dont l'état de santé est grave, serait admis dans un service inadéquat au regard de la pathologie diagnostiquée et que son décès survient des suites de sa maladie, mais que le fait qu'il ait été orienté dans un service inadéquat a diminué ses chances de survivre quelques semaines ou mois supplémentaires, il pourrait y avoir indemnisation de la perte de chance de survie. Il faudrait néanmoins pour cela que la perte de chance soit certaine et en relation directe avec le fait dommageable.

## 2.) L'engagement éventuel de la responsabilité.

Le droit français de la responsabilité est fondé sur l'existence d'un préjudice devant être évaluable en argent, répondant à un lien de causalité direct et par ailleurs certain et personnel. Un même fait est susceptible de donner naissance à différentes

actions en justice :

- une action en réparation du préjudice subi : il s'agit de la responsabilité civile ou administrative<sup>6</sup> ;
- une action tendant à l'infliction d'une peine lorsque le fait générateur du préjudice peut recevoir une qualification pénale, ie est constitutive d'une infraction : il s'agit de la responsabilité pénale.

S'agissant de la responsabilité hospitalière il nous faut distinguer :

- la responsabilité administrative de l'établissement, pour faute et sans faute ;
- la responsabilité pénale de l'hôpital comme personne morale ;
- la responsabilité pénale des personnes physiques, directeur ou praticiens.

Le droit aux soins est un principe à valeur constitutionnelle, selon lequel la Nation « *garantit à tous (...) la protection de la santé* ». De ce principe découle celui pour chaque patient nécessitant des soins d'être admis dans un établissement de santé. L'article L. 711-4 du CSP prévoit en effet que les EPS « *sont ouverts à toutes personnes dont l'état requiert leurs services et qu'ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, et éventuellement en urgence* ». Les EPS sont donc tenus d'une obligation d'admission qui semble *a priori* peu compatible avec la réalité des situations de saturation. La décision d'admission relève, selon le décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, du directeur d'hôpital. Il s'agit donc d'une décision administrative et non médicale. Toutefois l'article 5 du décret susvisé prévoit deux types de solutions aux situations de saturation :

- le directeur doit tout d'abord s'efforcer de transférer le patient dans un autre établissement qui sera en mesure d'assurer une prise en charge efficace
- il peut également prendre des mesures d'ordre interne. A ce titre, il peut décider d'admettre le patient en surnombre en installant des lits supplémentaires ou admettre le patient en hébergement dans un autre service.

Quelle que soit la solution choisie, le directeur doit être guidé par l'intérêt du patient. Celui-ci ne doit en aucun cas être privé des garanties médicales auxquelles il a le droit, tant en terme de présence médicale, que de qualité et de sécurité de la prise en charge. Il faut ici rappeler que la Cour administrative d'appel de Paris dans un arrêt du 9 juin 1998, Mme BERKOUN, a rappelé cette obligation d'admission incombant aux ES. La cour a en effet considéré que l'ajournement de l'admission d'une patiente nécessitant une

---

<sup>5</sup> Cour de Cassation, Civ 1<sup>ère</sup> 27 mars 1973, Cour de Cassation, Civ 1<sup>ère</sup> 16 juillet 1998.

<sup>6</sup> Seule la responsabilité administrative sera exposée dans la mesure où l'hôpital est une personne morale de droit public ; la responsabilité administrative étant une sorte de responsabilité civile tendant à la réparation d'un préjudice mais comportant des règles particulières élaborées par la

intervention urgente constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital. L'engagement de la responsabilité de l'ES pour faute dans l'hypothèse de défaut d'organisation et de fonctionnement du service a également été appréhendé par le Conseil d'Etat dans un arrêt de 2000. Les conditions d'admission dans un service hospitalier inadéquat ont en effet fait l'objet d'une appréciation par le Conseil d'Etat dans un arrêt du 16 juin 2000, Hospices civils de Lyon. En l'espèce, le CE a retenu une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service au motif qu'il y avait obligation pour l'établissement d'admettre en surnombre une patiente dans le service médical compétent pour assurer les soins appropriés à sa pathologie, ou défaut, de mettre à disposition les spécialistes compétents.

Il faut également noter que depuis le nouveau Code pénal, la responsabilité pénale des EPS en tant que personne morale est susceptible d'être mise en œuvre lorsqu'il est établi que la décision prise par leurs organes de décision est à l'origine d'un préjudice. Néanmoins, il convient de rappeler que la responsabilité pénale de l'ES n'exonère pas celle des personnes physiques et notamment celle du directeur. Les tutelles peuvent également être déclarées responsables si, alertées par la direction de l'hôpital de ce problème de capacités insuffisantes eu égard aux besoins, elles ne prennent pas les mesures adéquates. La faute dans ce dernier cas doit être particulièrement caractérisée.

Outre la responsabilité pénale de l'hôpital comme personne morale, il faut aborder celle, individuelle, des professionnels de santé qui, bien que statistiquement marginale, mérite d'être évoquée. Le directeur d'hôpital reste le professionnel le plus exposé dans la mesure où l'admission est une de ses prérogatives. Par ailleurs, la responsabilité pénale du directeur peut éventuellement être engagée sur la base d'un délit dit « de manque de précaution », ie le manquement à des obligations de sécurité et d'organisation. Toutefois la jurisprudence, et notamment un arrêt de la Cour d'appel de Bordeaux du 21 novembre 1991, laisse penser que le directeur ne pourrait être reconnu coupable s'il a suivi les délibérations des instances habilitées et qu'il avait au préalable mentionné aux tutelles le risque potentiel.

Certains praticiens peuvent également être reconnus responsables pénalement. En effet, le chef de service acceptant un patient en hébergement est réputé avoir donné au directeur un avis favorable à l'admission de ce patient dans son service. Il en va de même du chef de service ayant accepté, explicitement ou non, l'admission d'un patient en surnombre dans son service. Dans ces deux hypothèses, les praticiens sont

---

jurisprudence pour tenir compte des particularités du service public et des prérogatives de puissance publique.

médicalement et légalement responsables de la prise en charge du malade, du fait même de leur acceptation tacite ou expresse. Sans information de l'inadéquation de la prise en charge du patient, le directeur ne saurait voir sa responsabilité engagée.

La responsabilité des médecins est une problématique délicate car dépendante de l'interprétation de différents articles du Code de déontologie médicale. Les médecins bénéficient en effet, dans l'exercice de leur art, d'une indépendance leur permettant notamment d'opposer un refus de soins, prévu par l'article 47<sup>7</sup> du code de déontologie médicale. Cet article précise cependant que ce refus doit être motivé par des raisons personnelles ou professionnelles. Les praticiens peuvent donc invoquer, au titre des raisons professionnelles, le manque de lits disponibles dans leur service pour assurer une prise en charge sécurisée et de qualité. Néanmoins, la marge de manœuvre est mince entre cette disposition et celle des articles 9<sup>8</sup> et 47 du Code de déontologie médicale qui obligent les praticiens à assurer à leur patient la continuité des soins en toutes circonstances. Par ailleurs, leur responsabilité pénale pourrait être engagée pour non assistance à personne en danger, sur la base de l'article 223-6<sup>9</sup> du Code pénal.

Les infractions susceptibles d'être commises en situation de saturation sont essentiellement des délits d'imprudence, de négligence et de mise en danger d'autrui. Depuis une loi du 13 mai 1996, le magistrat tient compte dans l'appréciation de la faute, du pouvoir et des moyens dont disposait le responsable. Il faut toutefois noter que si une négligence ou une imprudence a causé le décès d'un patient, une condamnation pour homicide involontaire pourrait être prononcée.

---

<sup>7</sup> Article 47 du Code de déontologie médicale : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

<sup>8</sup> Article 9 du Code de déontologie médicale : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé, en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

<sup>9</sup> article 223-6 Code Pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 € d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

### 1.3 Un phénomène multifactoriel difficile à appréhender

Multifactoriel dans ses causes, le phénomène de saturation persistante des lits de médecine est la résultante de diverses tendances à l'œuvre depuis quelques années. L'analyse de cette problématique impose de revenir sur l'environnement, et notamment sur les données démographiques, mais également de s'interroger sur l'adéquation de l'organisation interne relativement aux besoins de la population et de considérer l'hôpital comme un maillon d'une chaîne de soins complexe.

#### 1.3.1 Un bassin de population aux caractéristiques spécifiques

- A) Une population vieillissante qui a de plus en plus fortement recours aux soins hospitaliers.

Pour la première fois en 2004, l'espérance de vie à la naissance dépasse le seuil des 80 ans<sup>10</sup> ; les progrès de la médecine amenant de plus en plus de personnes à vivre plus longtemps et en meilleure santé. Le vieillissement de la population est une donnée démographique essentielle des pays européens, à laquelle la France n'échappe pas malgré des disparités importantes sur le territoire.

La région Bretagne, malgré un vieillissement de regain alimenté par l'installation de nombreux retraités, ne se situe pourtant pas dans la borne haute des régions vieillissantes. La part des personnes âgées de plus de 60 ans y est de 23,8% contre 29,4% pour le Limousin, 25,8% pour la région Poitou-Charentes ou encore 25,6% pour l'Auvergne.

Le département des Côtes d'Armor n'échappe pas au vieillissement, et compte actuellement plus d'habitants de 60 ans et plus que de jeunes de moins de 20 ans. Selon le modèle Omphale de l'INSEE, en 2030 les plus de 60 ans pourraient représenter 40% de la population du département.

Le secteur sanitaire 7, qui comptait 383 261 habitants en 1999, soit 13% de la population bretonne, présente une structure démographique plus vieillissante encore que la moyenne régionale ; l'indice de vieillissement<sup>11</sup> y atteint 42 contre 34,5 au niveau

---

<sup>10</sup> 80,2 ans hommes et femmes confondus. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. Rapport du Conseil Economique et Social. 2005.

<sup>11</sup> L'indice de vieillissement est le nombre de personnes de 75 ans et plus une année donnée rapportée au nombre de personnes de moins de 20 ans la même année.

régional et 30 au niveau national. En effet, la part des plus de 60 ans atteint 27%, contre 20,8% de la population totale au niveau national, et devrait atteindre 29% de la population du secteur en 2010 et 39% en 2030<sup>12</sup>.

Le seuil des 60 ans n'est cependant plus le seul indicateur pertinent. La réalité de la vieillesse s'est en effet déplacée puisque les principales incapacités liées à l'âge se concentrent vers 75 ou 80 ans et non plus simplement au-delà de 60 ans, avec toutefois de substantielles disparités socioprofessionnelles. S'agissant du secteur sanitaire 7, la part des plus de 75 ans dans la population représentait 9,9% en 1999, contre 8,5% au niveau régional et devrait atteindre 11,7% en 2010 et 16,8% en 2030.

Tableau n°3 : Part des personnes âgées de 75 ans et plus au niveau du secteur sanitaire et en comparaison avec le niveau régional. (Source : données ORSB).

	2005	2010	2030
Personnes de 75 ans et plus sur le secteur 7	41 299	45 841	67 079
Pourcentage par rapport à la population totale du secteur 7	10,67	11,67	16,85
Pourcentage en Bretagne des 75 ans et plus	9,12	10,05	14,21

L'allongement de la vie s'accompagnant de l'accroissement des maladies liées à l'âge, la structure démographique se répercute sur la consommation de soins. Il est estimé que le nombre d'hospitalisations par personne et par an entre 5 et 60 ans est de 0,8 mais il est de 3 pour les personnes de 75 ans et de 6 pour les personnes de plus 80 ans. Les prévisions démographiques permettent ainsi d'anticiper une augmentation du nombre d'hospitalisations sur le secteur 7, spécialement en médecine. Cela explique qu'alors même que « *la population des plus de 75 ans représente moins de 10% de la population totale, environ 40% des séjours hospitaliers en court séjour concernent des patients relevant de cette tranche d'âge*<sup>13</sup> ».

Le constat est moindre au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. En 2004, l'hôpital comptait, toutes activités confondues, 64 452 venues dont 33,6% concernaient des personnes âgées de 70 ans et plus et 13,4% des personnes de plus de 79 ans. Ces chiffres sont néanmoins proches de la moyenne nationale ; le rapport du Conseil Economique et social concernant l'hôpital public fait état de l'importance des malades

<sup>12</sup> ORSB *Tableau de bord sanitaire du secteur 7*. (Données INSEE, modèle Omphale). 2004

<sup>13</sup> COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN. *Prospectives des besoins d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes*. Juillet 2005, p. 54.

âgés dans la population hospitalisée, précisant qu'au niveau national, près du tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de 65 ans et plus<sup>14</sup>.

- B) Une structure sociale qui favorise le recours à l'hôpital public des cas les plus lourds.

Ces données de nature quantitative doivent être complétées d'une analyse plus qualitative de la structure sociale de la population du bassin de santé. Avec 181 083 habitants, le pays de Saint-Brieuc représente 6,2% de la population régionale répartie sur 64 communes. La zone d'emploi de l'agglomération est plus large et comptait 210 187 habitants en 1999. Bien que le taux de chômage sur cette zone atteigne 7,7% soit 0,6 points de moins que le taux régional et 2,2 points de moins que la moyenne nationale, la ville de Saint-Brieuc est présentée par l'INSEE comme la plus pauvre de Bretagne ; la part de population à bas revenus y plafonnant à 25,5% contre 13,2% sur l'ensemble de la région<sup>15</sup>, juste devant Lorient à 24,9%. L'agglomération briochine présente la particularité de grandes distorsions dans la structure des revenus, présentant les plus larges écarts régionaux. Par ailleurs, la ville de Saint-Brieuc et les communes environnantes comme Ploufragan, et Plédran concentrent l'offre d'habitat social départementale et attirent par conséquent les familles les plus défavorisées. La ville compte moins de minima sociaux qu'ailleurs, mais un taux important de personnes percevant des revenus professionnels faibles.

Ce contexte explique en partie le recours massif de la population du bassin de santé à l'hôpital public, notamment au service d'accueil des urgences. Pour cette frange pauvre de la population la dispense d'avance de frais constitue un facteur important de la décision de soins. L'impression de gratuité des soins dispensés dans les EPS n'est certainement pas étrangère à l'importante fréquentation du Centre Hospitalier, notamment par les populations les plus jeunes et les plus précaires. Des requêtes en interne ont permis de mettre en évidence le nombre d'allocataires au titre de la couverture maladie universelle parmi les patients pris en charge. Ainsi en 2004, les allocataires CMU représentaient-ils 5,49% des hospitalisés et 4,03% des venues externes<sup>16</sup>. Ces données ne rendent toutefois compte que d'une réalité partielle, qu'il convient de compléter par

---

<sup>14</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. 2005, p. 130.

<sup>15</sup> INSEE. La pauvreté en Bretagne, *Dossiers d'Octant*. Mai 2005, n°47. p 66.

<sup>16</sup> Il faut toutefois noter que ces chiffres ne sont pas exhaustifs, dans la mesure où l'établissement ne peut obtenir d'informations que sur les débiteurs CMU des caisses d'assurance maladie. Les allocataires CMU peuvent également choisir une gestion par la mutuelle de leur choix et il est dès lors impossible de les recenser en interne.

l'analyse des interventions des assistantes sociales au sein de l'hôpital. Sur les huit premiers mois de l'année 2005, on relève 362 interventions du service social concernant l'accès aux droits, l'accès aux soins, l'accès à des ressources, les aides financières, soit 10% de l'activité totale du service. (cf. annexe 3)

Ces facteurs se répercutent également sur les durées de séjour ; les patients dits « précaires » auraient en effet une durée de séjour globalement supérieure de 36% à celle des patients « non précaires », soit en moyenne 2,52 jours de plus<sup>17</sup>. Parmi les différentes variables prises en compte pour déterminer la précarité, le facteur « isolement » serait celui qui augmente le plus significativement la DMS. Il en résulte un accroissement du coût, lié directement au fait que ces patients restent hospitalisés plus longtemps sans que cela s'explique par la réalisation d'actes complexes.

### **1.3.2 L'hôpital : maillon d'une chaîne non maîtrisée**

Recevant un nombre important d'usagers via le service d'urgences, l'hôpital se trouve enserré dans un étou, ne pouvant fluidifier les flux faute de lits d'aval disponibles en nombre suffisant.

- A) L'impact croissant de l'amont : le SAU comme principale porte d'accès à l'hôpital ?

Entre 1990 et 2001 le nombre de passages aux urgences sur l'ensemble du territoire national a augmenté de 64%, soit une augmentation annuelle de 4,6% sur cette période<sup>18</sup>. Le constat général sur les quinze dernières années tend à montrer que les services d'urgences sont devenus la principale porte d'accès à l'hôpital. Le centre hospitalier de Saint-Brieuc ne fait pas exception, avec 35 323 passages enregistrés en 2004, soit une augmentation de 9,31% par rapport à 2001. Par ailleurs, le SIH pour l'année 2003 mentionne que 52% des entrées totales sont des entrées par le SAU

Les chiffres présentés si-dessous témoignent du recours croissant au SAU de l'hôpital. Cela s'explique par divers facteurs, dont l'impact respectif est difficile à objectiver. Outre les facteurs connus au plan national que sont la proximité d'un plateau technique, l'accessibilité 24h/24, la dispense d'avance de frais et par conséquent

---

<sup>17</sup> MATHY C, BENSADON M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *Journal d'économie médicale*. 2002, volume 20 n°5, p 263-278.

<sup>18</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. 2005, p 46.

l'impression de gratuité des soins, il faut noter un problème aigu s'agissant de la permanence des soins de ville sur le secteur 7 et plus spécialement sur le bassin de Saint-Brieuc.

Tableau n°4 : Nombre et structure qualitative des passages aux urgences au centre hospitalier de Saint-Brieuc de 2001 à 2005. (Source : logiciel GEMSA)

Passages aux urgences centrales	Année 2001	Année 2002	Année 2003	Année 2004	Année 2005 <sup>19</sup>	Variation 2004/2005	Variation 2001/2005
Passages suivis d'une hospitalisation ou d'un transfert ou d'un décès	14 152	14 259	13 875	14 340	14 816	+ 3,32%	+ 4,7%
Passages suivis d'une consultation	18 160	19 525	20 160	20 983	22 392	+ 6,71%	+ 23,3%
Total passages	32 312	33 784	34 035	35 323	37 208	+ 5,34%	+ 15,15%

La raréfaction de l'offre de soins de ville en dehors des heures ouvrables incite la population à recourir, notamment en soirée à partir de 18h, la nuit ainsi que les week-end et jours fériés aux urgences hospitalières. Le bassin de Saint-Brieuc subit la désorganisation de la permanence des soins de ville depuis 2001 : réduction voire suppression des visites à domicile en particulier la nuit, absence d'information du public sur les nouveaux dispositifs, etc. La mise en place d'une maison médicale de garde à Saint-Brieuc en mars 2004 n'a jusqu'à présent eu qu'un effet stabilisant sur la progression du nombre de consultations au SAU. La question de la permanence des soins est un sujet délicat, ayant suscité de nombreux débats en début d'année et en partie à l'origine de la grève des urgentistes, initiée en Bretagne avant de s'étendre sur l'ensemble du territoire national.

A cela s'ajoutent des évolutions sociétales de plus en plus marquées. Le SAU est fréquemment utilisé comme une porte d'accès à la consultation médicale ; de plus en plus de personnes se présentent aux urgences sans consultation préalable de leur médecin traitant, spécialement la population jeune. A cet effet, il faut noter que la France est l'un des rares pays dans lequel chaque citoyen peut se rendre directement dans un service d'urgences hospitalières sans passage obligé chez le médecin traitant. La situation du CH de Saint-Brieuc n'est toutefois pas spécifique ; une enquête de la DREES<sup>20</sup> de janvier 2002 relevait que la très grande majorité (62%) des usagers prend la décision de venir seuls ou avec leur entourage sans passer par leur médecin traitant. Les personnes interrogées lors de cette enquête invoquaient fréquemment la possibilité d'accéder plus

<sup>19</sup> Chiffres calculés par extrapolation en année pleine des données PMSI des sept premiers mois de l'année.

<sup>20</sup> DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. Janvier 2003, n° 215.

rapidement à un autre service hospitalier par la voie des urgences que par une demande directe. Le SAU est ainsi devenu un mode spécifique d'accès à l'hôpital, préalable à une prise en charge dans un autre service.

Néanmoins, il faut noter que si le nombre de passages augmentent ostensiblement sur cette période (+15% sur la période 2001-2005), ceux suivis d'une hospitalisation augmentent moins rapidement (+ 4,7%). Ce sont essentiellement les passages suivis d'une consultation qui ont progressé sur les quatre dernières années (+23,3%). Le SAU est ainsi devenu la principale voie d'accès de l'hôpital pour des soins en ambulatoire non programmés.

#### B) Un goulot d'étranglement du au déficit de lit d'aval.

L'hôpital doit faire face à un afflux de plus en plus conséquent de patients arrivant par le SAU. Pour permettre l'accueil de ces patients, une régulation optimale des flux est nécessaire et cela ne peut se mettre en œuvre sans un nombre suffisant de lits d'aval. L'ensemble des hôpitaux français déplore aujourd'hui le manque de structures d'aval, les handicapant dans l'organisation des séjours hospitaliers. Ainsi le déficit de lits d'aval n'est pas une situation propre au secteur sanitaire, ni même à la région qui semble être relativement bien dotée *a priori*. Le rapport du commissariat général du plan concernant les besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes<sup>21</sup>, rendu public en juillet 2005, fait état d'un taux d'équipement, ie le nombre de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, de 140 au plan national en 2003<sup>22</sup>. Le département des Côtes d'Armor se situe dans la borne haute des départements présentant un taux d'équipement compris entre 179 et 269 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Toutefois une analyse plus fine montre que si le taux d'équipement global se situe dans la moyenne supérieure, l'offre en maisons de retraite est elle dans la borne basse ; le département présente sur ce segment un indicateur compris entre 7 et 80, soit inférieur au taux moyen national de 95<sup>23</sup>. L'offre en foyers logements et en unités de soins de longue durée (USLD) se situe elle dans la borne haute, respectivement comprise entre 47 et 121 et entre 25 et 44<sup>24</sup>.

Rapportés à la moyenne régionale la situation n'est pas aussi florissante. Les tableaux de bord sanitaires font ainsi état d'une densité de lits installés en soins de suite

---

<sup>21</sup> COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN. *Prospectives des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes*. Juillet 2005.

<sup>22</sup> Idem, p. 27.

<sup>23</sup> Idem, p. 80.

<sup>24</sup> Idem, p 81-82.

et réadaptation de 117 contre une moyenne régionale de 166. Au 1<sup>er</sup> janvier 2003, le secteur 7 comptait 531 lits et 35 places autorisés en SSR. A l'inverse, s'agissant de la densité des lits installés en longue durée, le secteur est au dessus de la moyenne régionale de 216 pour 1000 avec un taux d'équipement de 268 pour mille représentant les 1040 lits autorisés au 1<sup>er</sup> janvier 2003, dont 920 sont installés en public et 255 sur le site du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc.

La situation de la région, comme celle du département et du secteur ne semble donc pas *a priori* poser de problèmes particuliers. Il faut néanmoins attirer l'attention sur les limites de ces comparaisons. Le taux d'équipement au plan national est largement insuffisant eu égard aux besoins actuels de la population et le sera plus encore d'ici peu, sous l'effet de l'arrivée à « l'âge de la dépendance » de classes d'âge massives. L'hypothèse basse de la mission du commissariat général du plan indique une projection pour 2025 de 805 000 personnes dépendantes (GIR 1 à 4) de plus de 75 ans, soit un besoin, à taux de résidence à domicile et en établissement constant, de 540 000 places supplémentaires en établissement. De surcroît, l'indicateur « taux d'équipement » présente lui aussi ses propres limites ; s'il offre une lecture synthétique du parc des établissements, il n'apporte pas une vision fiable de la situation, en particulier s'agissant de l'adéquation entre l'offre d'équipements et les besoins de la population. Ainsi le nombre relativement élevé de places en foyers logements n'est-elle d'aucun secours, ces structures n'étant pas adaptées à l'aval hospitalier et ayant été créées pour accueillir des personnes valides. Les évolutions dans les modes de vie et la préférence pour un maintien à domicile le plus tard possible, tendent à proposer la réduction quantitative de ces structures et leur modification en structures médicalisées.

La prise en charge des personnes présentant un handicap sévère qu'il soit intellectuel ou physique nécessite un nombre de places accrues et cela d'autant plus qu'il convient, pour assurer une meilleure qualité de la prise en charge, de les dissocier des structures d'accueil pour personnes démentes. Une étude de 2001 a recensé 5000 déments sur le département des Côtes d'Armor, ce chiffre devrait doubler d'ici 2010 et sur les 10 000 personnes potentiellement concernées, 20% auront besoin de recourir à une institution, soit un besoin de l'ordre de 2000 places spécifiques, que ne pourront couvrir les 195 places actuelles du secteur 7. Les pathologies démentielles de type Alzheimer et apparentées sont directement liées au vieillissement ; elles touchent moins de 1% de la population des moins de 65 ans et plus de 65% des personnes âgées de 85 ans et plus<sup>25</sup>. Outre ces besoins spécifiques en lits d'aval définitif, il faut noter l'inadéquation des structures d'aval intermédiaire que sont les maisons de convalescence, les structures de soins de suite et de réadaptation et celles de médecine physique et de réadaptation.

---

<sup>25</sup> Informations fournies par le Dr Madigand, médecin chef de service en neurologie au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc.

Ces données démontrent l'insuffisance de structures d'aval tant quantitativement que qualitativement. Cette situation pose problème à l'organisation hospitalière car nombre de patients ne peuvent sortir du court séjour dès que la prise en charge y est terminée.

### 1.3.3 Une organisation interne non adaptée

Au-delà des facteurs liés à l'environnement, il convient également de tenir compte dans l'analyse des causes de l'organisation interne de l'hôpital. En effet les éléments exposés précédemment montrent que si les taux de « mauvaise orientation » des patients augmentent, le nombre de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation reste lui relativement stable. On en peut donc expliquer la situation de saturation par les seuls éléments externes. Une étude sur les RUM depuis 2002 fait apparaître que les RUM suivant un passage aux urgences ont diminué de 1,23% sur la période 2002-2004. Pendant ce même laps de temps les RUM avec entrée directe (hors urgence, hors mutations internes, hors transfert) ont augmenté de 33,57% passant de 28 676 en 2002 à 38 304 en 2004<sup>26</sup>. Ceci explique également partiellement les difficultés rencontrées par les urgences ; bien que leur activité globale soit en croissance régulière modérée, elles ne peuvent plus placer leurs malades dans les services de soins qui fonctionnent manifestement de plus en plus de manière autonome.

#### A) L'hôpital entre technicité et proximité

Le système de soins hospitaliers français est marqué par une technicité et une hyperspécialisation croissante introduite depuis la réforme Debré de 1958. « *Le processus de la division de la médecine en sous-espaces spécialisés a peu à peu changé les conditions d'exercice de la médecine et les conditions de production du savoir médical (...<sup>27</sup>)* ». Ainsi, sous l'effet du progrès technique notamment, la spécialisation s'est renforcée pour ancrer les nouvelles techniques dans l'organisation du travail. S'il existe officiellement 52 spécialités médicales en France – contre une vingtaine en moyenne dans les autres pays européens- « *la réalité est plus proche de 150* »<sup>28</sup>. Ces sous-espaces spécialisés sont souvent organisés autour de la création de chaires cliniques.

---

<sup>26</sup> Données extraites du PMSI

<sup>27</sup> « Les spécialités sont des témoins de l'histoire ». *Le Quotidien du médecin*, 09/05/05, n° 7744.

<sup>28</sup> Propos rapportés de Jean de Kervasdoué, in *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, rapport du Conseil économique et social, 2005, p. 69.

Cependant, par répercussions et notamment via le système de formation médicale, les CHU ne sont pas les seuls établissements concernés par cette spécialisation accrue. Ainsi, à titre d'exemple, peut-on évoquer la structuration du service de gastroentérologie telle qu'envisagée actuellement au CH de Saint-Brieuc. Cette spécialité, dont le champ est certes vaste, envisage de se structurer en interne en sous spécialités : cancérologie, hépatologie, endoscopies et coloproctologie.

L'hyperspécialisation se comprend parfaitement dans un système complexe de développement rapide des connaissances, notamment sous l'effet des techniques médicales et spécialement de l'imagerie. Elle est nécessaire au développement des progrès médicaux, à l'avancée de la recherche clinique et à la diffusion des nouvelles techniques de soins ; en cela, elle est une réponse aux exigences croissantes de la population envers le monde médical. Néanmoins, elle peut constituer un frein important à une prise en charge de qualité, si le développement des spécialités n'est pas en adéquation avec les besoins de la population, notamment des personnes âgées poly pathologiques qui constituent une part croissante de la population hospitalisée. Or, force est de constater qu'à l'heure actuelle « *c'est la spécialité médicale qui régit l'entrée du patient dans l'hôpital puis sa prise en charge*<sup>29</sup> ».

De ce décalage résultent des frustrations pour les médecins des « grands services » car ceux-ci sont amenés à soigner le « tout venant », ce qui les prive d'occasions d'étude et d'apprentissage<sup>30</sup>, pourtant primordiales dans la mesure où la reconnaissance professionnelle des médecins passe de plus en plus par la publication de travaux de recherche dans la presse spécialisée. Il est peu gratifiant pour un cardiologue de prendre en charge des patients présentant des problèmes cardiaques basiques qui ne lui donneront pas d'occasion de publication, or c'est le lot commun des praticiens hospitaliers, particulièrement en centres hospitaliers généraux. Il faut ici noter un décalage dans les représentations du métier : alors que pour les urgentistes une femme âgée se présentant avec un problème cardiaque doit être adressée en cardiologie, les cardiologues y voient surtout une femme âgée. On assiste là à la confrontation entre logique d'organe et logique globale.

Ces éléments généraux qui valent pour l'ensemble des centres hospitaliers français se retrouvent au niveau du centre hospitalier de Saint-Brieuc. La première évaluation du dossier de soins réalisée en 1986, soit deux ans après sa mise en place, soulignait l'importance dans la prise en charge infirmière des actes techniques. Cela est intimement lié à une culture de la technicité et de la spécialisation, très présente au CH.

---

<sup>29</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. 2005, p. 67.

<sup>30</sup> C. VASSY. *Carrières et relations de pouvoir chez les médecins hospitaliers : une comparaison européenne*, in *Profession et institutions de santé face à l'organisation du travail – Aspects sociologiques*. Editions ENSP 2000.

De nombreux services ont développé une activité programmée qui leur assure un recrutement dans leur spécialité. Il faut d'ailleurs mentionner que les admissions directes sont régulièrement encouragées en ce qu'elles peuvent éviter un passage aux urgences par une action en amont, et qu'elles garantissent par ailleurs une orientation adéquate. Néanmoins, force est de constater que les patients accueillis en hospitalisation programmées ne présentent pas le même profil que ceux venant des urgences. Ainsi, en 2004, le centre hospitalier de Saint-Brieuc comptait 14 582 entrées programmées sur l'ensemble du MCO, soit 38,2% des entrées totales de ce secteur. Il convient cependant de concilier recrutement par les urgences et activité programmée. Par ailleurs, il faut noter que l'activité programmée recourt le plus souvent à des alternatives à l'hospitalisation et notamment aux hôpitaux de jour. Ces derniers, comme leur nom l'indique ne peuvent accueillir des patients 24h/24 étant fermés et sans personnel la nuit et les week-end, et constituent donc des « filières fermées » pour le SAU.

Enfin, parlant de l'hyper spécialisation, il faut mentionner le décalage entre la formation actuelle des médecins, de plus en plus spécialisée, et le besoin en médecins généralistes hospitaliers ou libéraux. Mentionnons à cet effet les 600 postes d'internes en médecine générale non pourvus en 2004. La médecine générale semble en effet être le parent pauvre des épreuves classantes nationales (ECN). A la mi septembre 2005, à l'issue de la procédure de pré choix des vœux d'affection effectués par 4 311 étudiants classés aux ENC, plus d'un millier de postes de médecine générale n'ont pas été pourvus<sup>31</sup>. Cela s'explique notamment par un certaine méconnaissance de cette filière par les étudiants en médecine. Bien qu'un stage en cabinet de médecine générale au cours du deuxième cycle ait été prévu par la loi depuis 1997, cette disposition n'a jamais été appliquée. Aujourd'hui « *la médecine générale reste quelque chose de flou que les étudiants n'abordent qu'en troisième cycle, lorsque les choix d'orientation sont faits* <sup>32</sup> ». De plus, « *dans l'imaginaire des jeunes, le spécialiste est valorisé, le généraliste est au dessous.* <sup>33</sup> ».

---

<sup>31</sup> GATTUSO C. Les choix de postes d'internat : mille de perdus pour la médecine générale. *Le Quotidien du médecin*. 14/09/05

<sup>32</sup> BERLAND Y. Une filière méconnue des étudiants. *Le Quotidien du médecin*. 14/09/05

<sup>33</sup> idem

## B) L'impact de la culture médicale sur l'organisation interne

Les évolutions dans la pratique de l'art médical influent également sur le phénomène de saturation des lits. Ainsi les trente dernières années ont-elles vu un changement radical dans l'organisation des soins sous l'effet conjugué de deux phénomènes : la division du travail et l'évolution des techniques médicales.

Les problèmes issus de l'hyperspécialisation auraient pu être amoindris par une organisation interne décroisée favorisant une meilleure articulation entre des compétences de plus en plus pointues. Sans pouvoir affirmer que cela n'est pas le cas aujourd'hui, force est de nuancer le constat. La culture médicale est en effet un frein à ce type de démarche. L'hôpital reste un lieu empreint de hiérarchies implicites et de guerre de territoires latentes. Les visions restent le plus souvent cloisonnées, formulées en terme de territoires dont l'unité de base reste le service, ce qui rend plus difficile encore la création d'une culture commune à l'entité d'ensemble que devrait normalement constituer l'établissement. A cela s'ajoute la difficulté intrinsèque d'une organisation rationnelle et efficiente des soins hospitaliers. En effet le modèle tayloriste ne peut être directement transposé à l'hôpital car « *contrairement aux productions industrielles dites de masse, il n'existe pas dans le cas de la prise en charge des patients hospitalisés un seul type de processus. Les pathologies en cause, mais aussi les caractéristiques personnelles des patients expliquent cette diversité* »<sup>34</sup>. Le dilemme s'agissant de l'organisation des soins hospitaliers est celui de « *la gestion d'une singularité à grande échelle* ». L'application mécanique des protocoles de soins n'est pas satisfaisante car elle néglige les aspects de coordination des tâches, pourtant essentiels dans le cadre d'une prise en charge du patient qui se veut globale et coordonnée. La baisse constante des durées moyennes de séjour impose une coordination efficace dans un laps de temps réduit. Il s'agit là d'un préalable indispensable pour une articulation réelle entre le séjour hospitalier et la période post hospitalière. Les réflexions en cours sur la préparation de la sortie s'inscrivent pleinement dans cette dynamique.

Dans le même laps de temps, les techniques médicales ont, elles aussi, fortement évoluées, impliquant un changement dans les comportements des praticiens hospitaliers. Le champ de l'imagerie médicale est particulièrement significatif. Depuis vingt-cinq ans les méthodes se sont diversifiées, permettant le développement de techniques de plus en plus sensibles et offrant des alternatives thérapeutiques moins lourdes. « *La conséquence fondamentale de ces évolutions est le glissement inexorable d'une médecine basée sur la clinique vers une médecine qui repose sur les explorations para cliniques, dominées par*

---

<sup>34</sup> MINVIELLE E. Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers, in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail – Aspects sociologiques*. Editions ENSP 2000  
Morgane BIDAULT – Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2005

*l'imagerie*<sup>35</sup>». Ce passage d'une médecine de tradition clinique à une médecine scientifique et technique a été accompagné par des politiques d'équipement fortement volontaristes des gestionnaires publics, guidé par l'idée que « *le maintien et le développement d'un plateau technique sophistiqué plus que performant est un enjeu professionnel important*<sup>36</sup> ». Les bénéfices en découlant pour les patients sont nombreux et ne peuvent raisonnablement être remis en cause. Néanmoins, la tendance au recours quasi systématique de l'imagerie peut, elle, être questionnée, particulièrement s'agissant de la fluidification des flux internes. Les demandes d'examen complémentaires augmentent inmanquablement les durées de séjour. Ainsi les délais d'attente, hors urgence médicale, pour un scanner sont en moyenne de 8 à 15 jours et de 5 jours pour les échographies<sup>37</sup> au centre hospitalier de Saint-Brieuc. Ces délais ne sont pas anormaux et tiennent simplement au nombre de demandes reçues par le service d'imagerie.

Plusieurs explications peuvent être avancées pour comprendre cette tendance. La première est étroitement liée au système de la formation médicale. Les internes, par précaution, mais aussi pour pouvoir présenter un dossier complet aux seniors qui les forment ont une tendance accrue à la demande systématique d'examen<sup>38</sup>. La seconde tient aux évolutions sociétales et plus spécifiquement au développement des risques médico-légaux. L'hôpital n'échappe pas à la judiciarisation ; le nombre de contentieux est en constante augmentation dans les hôpitaux français, créant chez les praticiens une méfiance et une tendance au développement de pratiques conformes au « principe de précaution » afin de se prémunir d'éventuelles accusations.

Sous l'effet conjugué de ces différents facteurs, les praticiens du service d'imagerie constatent une tendance nette à la demande quasi-systématique d'examen complémentaires et déplorent régulièrement qu'aucune indication clinique préalable permettant de cibler les recherches ne leur soit fournie. Ces évolutions se répercutent également sur le fonctionnement du laboratoire. Le système informatique du laboratoire ne permet pas aujourd'hui d'objectiver les éventuelles redondances dans la prescription des examens. Toutefois, le service prête une attention particulière aux demandes coûteuses. Enfin il existe des « contrats », d'ordre moral, entre le biologiste et les services de soins qui travaillent ponctuellement ensemble pour contrôler l'évolution des demandes d'examen. Il faut noter qu'à la différence du radiologue en imagerie médicale, le

---

<sup>35</sup> La place de l'imagerie dans l'hôpital de l'an 2000. *Gestions Hospitalières*, novembre 2000.

<sup>36</sup> F.X. SCHWEYER La transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers, in Normes et valeurs dans le champ de la santé. Editions ENSP 2004.

<sup>37</sup> Ces chiffres résultent de l'observation régulière faite par le cadre de santé du service d'imagerie médicale.

<sup>38</sup> Ces données n'ont pu être objectivées, dans la mesure où il n'existe pas en interne d'indicateurs pertinents concernant les prescriptions d'examen complémentaires.

biologiste n'est pas le seul tenant de l'interprétation des résultats ni même le plus compétent dans la mesure où il ne dispose pas des informations cliniques afférentes. Le plus souvent il est chargé de vérifier la cohérence entre les différents résultats ainsi que par rapport à ceux opérés précédemment sur le même patient.

Ces différents facteurs, tant internes qu'externes ont présidé à l'apparition d'une situation de saturation récurrente des lits de médecine qui tend à s'aggraver au fil des années. Il semble difficile de pouvoir clairement objectiver les conséquences de chacun des facteurs exposés ici et de connaître leurs impacts respectifs. Néanmoins cela induit incontestablement des difficultés accrues dans l'organisation du travail et se répercute sur la qualité de la prise en charge offerte aux patients.



## **2 MARGES DE MANŒUVRE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION ACTUELLES**

Consciente de la gravité des dysfonctionnements induits, la direction du centre hospitalier de Saint-Brieuc a cherché, au regard des éléments du contexte (I), des axes d'actions prioritaires susceptibles d'améliorer la situation (II). Toutefois, une évaluation *a posteriori* des actions engagées montre que de nombreux freins et contraintes (III) limitent les bénéfices attendus.

### **2.1 Eléments de contexte généraux**

Avant d'exposer les choix opérés par l'institution, il nous faut revenir sur les éléments de contexte ; contexte local d'une part, à savoir la structuration des capacités en lits au centre hospitalier, et d'autre part sur des aspects extérieurs que sont le cadre réglementaire et le mode de financement car de ceux-ci résultent également des marges de manœuvre et des contraintes dont l'établissement doit tenir compte dans l'élaboration de sa stratégie.

#### **2.1.1 Une apparente sous capacité en médecine et une apparente sur capacité en chirurgie**

##### **A) Répartition et caractéristiques des activités de médecine et de chirurgie**

Au 01.01.2005, le centre hospitalier de Saint-Brieuc comptait 672 lits et 36 places autorisés en MCO, répartis comme suit :

- 413 lits et 25 places autorisés en médecine ;
- 195 lits et 5 places autorisés en chirurgie ;
- 64 lits et 6 places autorisés en gynécologie obstétrique.

Par ailleurs, on compte hors carte sanitaire et non comptabilisés dans le total autorisé de 1 239 lits et places :

- 22 postes de dialyse ;
- 4 places d'IVG ;

- 17 lits porte dont 5 pédiatriques.

A ces capacités de court séjour s'ajoutent 50 lits de convalescence, sur le site de la Salle Verte à Quintin, site distant de 20 km, et 455 lits d'EHPAD et 26 lits de court séjour gériatrique en centre ville sur le site des Capucins.

Le taux d'occupation sur l'année 2004 et pour l'ensemble des activités de l'établissement, hors maisons de retraite, cure médicale et EHPAD atteignait 87,92% avec toutefois d'assez fortes disparités selon les secteurs.

En effet, les services de médecine présentaient un taux d'occupation global de 92,81% contre 80,08% pour les services de chirurgie. La déclinaison de ces statistiques par service laisse apparaître des écarts relativement importants. S'agissant des services de médecine, il faut noter que, mis à part la pédiatrie dont le taux d'occupation de 62,3% fait exception, tous les services présentent des taux d'occupation supérieurs à 80% et pouvant dépasser les 100%<sup>39</sup> s'agissant de la pneumologie, de la gastro-entérologie ou proches de ce seuil : 99,79% pour la dermatologie, 98,48% pour la néphrologie, 97,56% pour la neurologie. Au total sur l'année 2004, les 21 services de médecine ont enregistré 25 452 entrées totales et réalisé 147 055 journées, soit 68,90% de l'ensemble de l'activité de MCO.

Ces évolutions plaident en faveur du développement des capacités de certains services. Ainsi l'augmentation des capacités des services de médecine, notamment en pneumologie et cardiologie, est-elle envisagée dans le cadre des réflexions pour le futur projet médical, s'appuyant notamment sur les prévisions établies par la fédération hospitalière de France qui pronostique une augmentation de 4,4% des séjours supérieurs à 48h en médecine d'ici 2008, dont une augmentation de ce type de séjours supérieure à 10% en cardiologie.

Il en va différemment pour les services de chirurgie qui présentent toutefois des taux d'occupation non négligeables. Exception faite de la stomatologie et des chirurgies ophtalmologique et pédiatrique, les services atteignent globalement 80% de taux d'occupation. Un biais existe cependant, du au recensement opéré par le SIH. En effet, les patients médicaux hébergés en chirurgie faute de lits disponibles en médecine sont enregistrés dans ces services et viennent alimenter les indicateurs, dès lors biaisés. En 2004, ont ainsi été enregistrées 8 178 entrées totales et 51 098 journées réalisés en chirurgie.

Doté de 195 lits et de 5 places, le CH de Saint-Brieuc disposait en 2002 des plus importantes capacités chirurgicales de la région -hors centres hospitalo-universitaires-

---

<sup>39</sup> Le SIH mentionne des taux d'occupation supérieurs à 100%. Ces taux, logiquement impossibles, s'expliquent par le fait que les lits supplémentaires, normalement installés

mais du plus faible ratio d'intervention par lits (42,2)<sup>40</sup>, ainsi que du plus faible ratio de séjours par lits ; ce ratio était de 33,9 en 2002 contre 39,28 pour le centre hospitalier de Vannes et de 49,62 pour celui de Quimper. L'analyse des parts de marché dans la zone d'attractivité<sup>41</sup> de l'établissement fait ressortir quant à elle que si le CH détient 45,21% des parts de marché toutes disciplines confondues, ce chiffre passe à 19,8% s'agissant de l'activité chirurgicale, l'établissement arrivant en 3<sup>e</sup> position derrière les deux cliniques privées de l'agglomération briochine. Il faut cependant noter que le CH prend en charge des interventions chirurgicales lourdes, non assurées par les établissements privés ; les spécialités les plus importantes en poids de KC<sup>42</sup> et KCC<sup>43</sup> sur l'établissement étant la chirurgie vasculaire, la chirurgie orthopédique et la chirurgie digestive alors que les petites interventions sont plus faiblement représentées. Ces données montrent que l'établissement se situe dans la tendance observée au plan national. Une enquête de la DREES réalisée en 2002 mentionnait en effet que si le secteur public ne réalise qu'un peu moins d'un tiers de l'activité chirurgicale (32%), une forte proportion des actes complexes est traitée dans les EPS<sup>44</sup>. Les rapports d'activité 2001-2004 du CH laissent ainsi percevoir qu'à la baisse de 8,72% du nombre d'interventions sur la période ne correspond qu'une diminution de 2,24% du nombre de K ; le K moyen par intervention atteignant 99,76 en 2004, soit une augmentation de 7,1% sur la période. Enfin il faut mentionner que la FHF prévoit une augmentation de l'activité chirurgicale en hospitalisation traditionnelle de 5,5% d'ici 2008 sur l'établissement.

L'activité des consultations externes est elle aussi en augmentation sur l'ensemble du centre hospitalier avec 173 496 venues externes en 2004 soit une progression de 4,88% par rapport à l'année précédente. Ces consultations sont essentiellement des consultations médicales (50 649), en augmentation de 9%, dans une moindre mesure obstétricales (30 463) et chirurgicales (26 309). Les consultations inter services enregistrent également une forte progression, atteignant le nombre de 7 751 pour les services de médecine en 2004, soit une augmentation de 51,1% par rapport à 2003.

---

provisoirement tendent à être constamment ouverts sur certaines unités or ils ne sont pas recensés dans les capacités. Cela fausse automatiquement les ratios.

<sup>40</sup> Chiffres issus d'une étude de la DSIO, réalisée sur la base des données BDHF.

<sup>41</sup> La zone d'attractivité d'un établissement est définie comme la zone regroupant 80% des hospitalisations effectuées dans cet établissement..

<sup>42</sup> Lettre clé des actes techniques de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin.

<sup>43</sup> Lettre clé des actes techniques de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin spécialiste

<sup>44</sup> DREES. La spécialisation des établissements de santé en 2002, *Etudes et Résultats*. Février 2005, n°374.

- B) Le changement des frontières entre médecine et chirurgie et le développement des alternatives à l'hospitalisation.

L'évolution récente des techniques diagnostiques et thérapeutiques a fortement influé sur les modes de prise en charge. Le développement des activités de médecine interventionnelle, permettant des prises en charge moins invasives, ont eu pour conséquence une diminution de l'activité de chirurgie en hospitalisation traditionnelle. Il en ressort une tendance à ventiler les patients en fonction des pathologies, et non plus selon la dichotomie médecine/chirurgie, la frontière étant de plus en plus ténue entre ces deux champs.

La mission de « pôle de référence » du Centre Hospitalier l'a conduit à développer les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle afin de développer l'activité programmée spécialisée. En 2004, le CH comptait 23 lits d'hospitalisation de semaine et 43 places en hôpitaux de jour. Ces modes de prise en charge devraient encore progresser, notamment en cardiologie, cancérologie, neurologie et pneumologie sans pour autant réduire les capacités en hospitalisations traditionnelles, demeurant nécessaires pour le traitement des pathologies progressant avec l'allongement de l'espérance de vie. Cela tient notamment compte du fait que les personnes âgées représentent une population pour laquelle les prises en charge en ambulatoire sont moins efficaces.

Le Centre Hospitalier dispose actuellement de 43 places installées fonctionnant à plein régime ; le nombre de venues réalisées (16 721) étant supérieur au nombre de venues facturables. Les disciplines représentées remplissent de façon optimale les capacités qui leur sont offertes. Il faut noter à cet effet le développement substantiel de la chirurgie ambulatoire, dont le nombre de venues a plus que quadruplé entre 2000 et 2004. De plus, entre 2001 et 2004 les venues en chirurgie ambulatoire ont augmenté plus rapidement que l'ensemble des venues en hôpital de jour.

Tableau n° 5 : Evolution des alternatives à l'hospitalisation au centre hospitalier de Saint-Brieuc de 2000 à 2004. (Source : rapports d'activité.)

	2000	2001	2002	2003	2004 <sup>45</sup>	Variations 2001-2004
Total des venues en HdJ	13 554	15 177	15 190	15 790	16 721	+ 10,17%
Venues en chirurgie ambulatoire	287	1 086	1 205	1 275	1 221	+ 12,43%

<sup>45</sup> Passage en 2004 à 43 places en hôpital de jour, contre 42 auparavant, correspondant à une place supplémentaire en rhumatologie.

Ces évolutions devraient se confirmer à l'avenir. Les estimations d'évolution d'activité établies par la Fédération Hospitalière de France sur la base de projections démographiques de l'INSEE laissent en effet prévoir une augmentation de 3,3% d'ici 2008 des séjours de moins de 48h en médecine mais une baisse de ces mêmes séjours de 0,8% en chirurgie.

### **2.1.2 L'opportunité des nouveaux cadres réglementaires**

Les données d'activité exposées auparavant présagent d'une redistribution des capacités en interne pour une meilleure adéquation de l'offre de soins hospitalière aux besoins de la population, cela d'autant plus que des modifications dans le cadre réglementaire sont venues assouplir les modalités de répartition interne des capacités.

- A) L'abolition de la carte sanitaire et la fin de la distinction des lits de médecine et de chirurgie

L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissement ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, a substantiellement modifié le régime des autorisations, fondant la carte sanitaire avec le schéma régional d'organisation sanitaire. Le SROS est ainsi devenu l'outil unique de planification, affirmant une dimension territoriale sur la base des « territoires de santé » remplaçant les anciens secteurs sanitaires. La notion d'autorisation d'activité se substitue dès lors aux trois types d'autorisations antérieures (matériel lourd, installation, activité). Délivrée sur la base du SROS et des conditions techniques de fonctionnement, cette autorisation est désormais renouvelée de manière tacite tous les cinq ans. Les annexes du SROS ont également pris une dimension accrue, en ce qu'elles déterminent, compte tenu de la nature et de l'importance de l'offre de soins existante au moment où le SROS entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations et les suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation. Figurent également en annexe du SROS des « objectifs quantifiés », déterminés par l'ARH par territoire de santé et par disciplines.

Il résulte de ce changement dans le cadre réglementaire une plus grande souplesse en interne quant à la distribution des moyens. Il est aujourd'hui possible pour un établissement de santé de remodeler la répartition de ses lits sans avoir à émarger à un processus rigide et peu réactif d'autorisations administratives. En l'espèce, l'éventuelle

re-ventilation des lits entre médecine et chirurgie est envisageable sans difficulté eu égard à la procédure d'autorisation. Elle n'en comporte pas moins des difficultés organisationnelles, notamment en terme d'adéquation des personnels. L'extension des lits de médecine au détriment des capacités de chirurgie devrait s'accompagner d'un redéploiement des personnels tant médicaux que paramédicaux. La formation continue des personnels paramédicaux peut être un outil précieux pour accompagner de tels changements et permettre le développement de compétences spécifiques. S'agissant des personnels médicaux le processus est plus complexe car rigidifié par la notion de spécialisation et, par voie de conséquence, de compétences en termes de savoirs médicaux. On ne peut en effet envisager de placer sous l'autorité d'un chirurgien une unité de médecine. De surcroît, le statut des praticiens hospitaliers, et plus généralement de la fonction publique, ne permet pas d'envisager la réorientation des praticiens en fonction des projets de restructuration internes.

Il convient également de noter la suppression d'un autre frein : les taux de conversion. Les autorisations de place en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation à domicile s'effectuaient, jusqu'à la suppression de la carte sanitaire, par conversion de lits sur la base d'un taux de change variant en fonction du niveau d'excédent de la carte sanitaire. La création d'une place en hospitalisation partielle nécessitait de supprimer deux lits d'hospitalisation traditionnelle lorsque l'excédent était supérieur à 25%, un lit lorsqu'il était inférieur à ce même seuil. Cette barrière est aujourd'hui caduque.

#### B) L'organisation des établissements de santé en pôles : une autre opportunité ?

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé apporte également des opportunités en terme d'organisation interne. Prévoyant, entre autres choses, la création de pôles d'activité dans chaque établissement de santé d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'ordonnance alimentent les réflexions sur le futur projet médical. La constitution future de ces pôles pourra en effet être un levier, via le regroupement des activités médicochirurgicales selon une logique d'organes, de pathologies, de groupes de personnes à prendre en charge ou encore de filières. Le bénéfice attendu de cette modification de l'architecture interne consiste essentiellement au regroupement au sein d'une même unité des lits de médecine et de chirurgie, mettant fin à la dichotomie qui prévaut actuellement. Cela devrait atténuer les difficultés d'orientation des patients venant du SAU faute de lits disponibles dans les services de médecine par une meilleure exploitation des capacités en lits au sein de ces futurs pôles ;

l'environnement médical et paramédical étant apte aux deux types de prises en charge. Toutefois les obstacles prévisibles sont les mêmes que ceux évoqués précédemment, à savoir l'adéquation des qualifications des personnels, notamment des personnels médicaux, médecins et chirurgiens n'étant pas aisément interchangeables.

Outre le fait que la nature du lit ne déterminera plus la prise en charge, il faut également tenir compte du fait que l'UF ne déterminera plus la tarification. La codification du séjour se fait aujourd'hui selon la dichotomie médecine/chirurgie mais devrait évoluer rapidement. En effet, la codification PMSI devrait à moyen terme remplacer l'identification administrative dans la facturation au malade. Cette réforme, initialement prévue pour 2006 a été différée étant donné les difficultés techniques de mise en œuvre.

Par ailleurs, la constitution en pôle des activités de gériatrie pourra être un élément structurant vers le développement d'une filière gériatrique complète, facilitant la coordination entre les différents professionnels.

### **2.1.3 Des marges de manœuvre dégagées par le nouveau régime de financement des ES ?**

Aux aspects réglementaires précédemment évoqués et plaidant en faveur d'une plus grande souplesse dans l'organisation interne de l'hôpital, se rajoutent les changements apportés au plan budgétaire par la réforme du mode de financement.

#### **A) Mise en place progressive de la T2A et autonomie des ES**

La tarification à l'activité (T2A), se mettant progressivement en œuvre dans les ES depuis 2004, est l'un des quatre axes d'orientation du plan « Hôpital 2007 » visant à moderniser l'hôpital public. La réforme du mode de financement a pour principal objectif d'identifier avec un niveau de détail important, l'activité des hôpitaux. De fait, il s'agit de passer d'une logique financière purement comptable à une logique de gestion de programmes, prenant en compte les besoins des établissements ayant des projets de développement d'activité et des méthodes de gestion efficaces, jusqu'alors défavorisés par le système de la dotation globale.

Alors que le mécanisme de dotation globale était fondé sur un niveau de dépenses déterminant un niveau de recettes, le nouveau mode de financement opère à l'inverse. Le niveau de ressources est intimement lié à l'activité réalisée ce qui constitue une incitation forte à la réalisation de « gains de productivité », notion nouvelle qui demande à l'hôpital public une véritable révolution culturelle. Par ailleurs, il devient indispensable pour les ES

de connaître et de maîtriser leurs coûts, via la comptabilité analytique et le contrôle de gestion, outils de base d'un pilotage financier médico-économique. Par effet cumulé, la T2A devrait permettre une transparence des coûts et ainsi, par voie de conséquence permettre une meilleure comparaison des hôpitaux.

Le champ d'application de la réforme ne concerne aujourd'hui que les activités de MCO et de façon partielle, le niveau de financement lié à l'activité ayant été fixé à 25% pour l'année 2005.

Théoriquement la montée en charge progressive de la T2A devrait permettre aux ES de gagner des marges de manœuvre dans la définition de leurs activités. Les recettes déterminant les dépenses, les établissements pouvant financer leurs projets se voient octroyer une plus grande autonomie, dans le respect toutefois de la planification sanitaire et notamment des objectifs quantifiés. Une atténuation substantielle doit cependant être mentionnée ; le système fonctionnant en circuit fermé sur la base d'une enveloppe globale déterminée par le Parlement, l'ONDAM, il s'ensuit un jeu à sommes nulles. La marge d'autonomie éventuellement retrouvée par certains établissements signifie inexorablement des pertes de ressources pour d'autres établissements, conformément au mécanisme de vases communicants. Par ailleurs, la priorité sera donnée aux projets figurant dans le projet médical de territoire ; les projets internes sans lien avec l'organisation graduée des soins sur le territoire de santé ne pourront être financés que dans un deuxième temps, à condition que les ressources financières le permettent.

## B) Choix stratégiques en environnement mouvant : un pari sur l'avenir

La réforme du mode de financement des ES induit donc de nouveaux comportements dans la définition des stratégies d'établissements. Le développement de nouvelles activités ou l'extension de certains champs médicaux doivent être examinés au regard d'une analyse coûts/recettes qui suppose une bonne maîtrise des outils de comptabilité analytique afin de prévoir les coûts futurs d'une part, et des procédés d'anticipation de la nature et de l'importance des activités à développer d'autre part. Cela constitue une nouveauté d'envergure dans l'environnement des ES et tous ne se sont pas encore dotés des moyens nécessaires. Si l'effort pour construire des indicateurs et tableaux de bord fiables s'est rapidement manifesté, il en va autrement s'agissant des potentiels d'activité. Le statut public de l'hôpital implique de la part de ce dernier, non de se positionner sur des segments « rentables » d'activité mais de répondre aux besoins de la population. Cela suppose des compétences en termes de démographie et d'épidémiologie. La Fédération Hospitalière de France a publié récemment des

estimations de l'évolution de l'activité en fonction de la démographie s'appuyant, d'une part, sur les données de l'activité 2003 des établissements et, d'autre part, sur les données du modèle Omphale développé par l'INSEE. Néanmoins ces projections ne tiennent pas compte des connaissances en terme d'épidémiologie. A titre d'exemple, l'augmentation d'ici 2008 de l'activité de pneumologie au CH de Saint-Brieuc à hauteur de 5,2% ne prend pas en considération l'augmentation prévue des cancers bronchiques, mais uniquement le vieillissement de la population et l'incidence élevée des pathologies pulmonaires liées à l'âge. Outre le fait que les données épidémiologiques émanent de sources diverses, ces données de nature différente sont difficiles à recouper, particulièrement pour des ES qui ne disposent pas des compétences nécessaires en terme de personnels. Enfin, à cela s'ajoute la nécessaire connaissance de la concurrence sur un territoire donné ; les données de la BDHF<sup>46</sup> semblent faire référence en la matière.

Encore balbutiante, la démarche constitue un premier pas vers une gestion prospective. Sur la base des hypothèses démographiques, épidémiologiques et avec une connaissance des champs d'activité des établissements concurrents, chaque établissement peut prévoir, organiser et planifier l'évolution de sa structure interne. Néanmoins, ces projections n'en restent pas moins des paris pris sur l'avenir. La liberté de choix d'établissement et de praticiens des patients, le degré de fiabilité des projections démographiques et épidémiologiques, peuvent contredire les projets avancés. Les conséquences financières si l'activité prévue n'est pas atteinte peuvent rapidement mettre en difficulté un établissement. En effet, les coûts engagés pour le recrutement de personnels qualifiés, la construction ou l'aménagement adéquat des locaux, l'achat de matériel, etc. doivent impérativement être compensés par des ressources, dépendantes du niveau d'activité. Contrairement au système de dotation globale, il n'existe plus avec la T2A de certitude sur le niveau de recettes : les établissements entrent dans un système où il faudra engager des moyens sur des niveaux de recettes non garantis. A une éventuelle brusque variation des recettes, l'établissement ne pourra réagir qu'à la marge dans la mesure où les coûts engagés pour l'acquisition de ressources matérielles ne peuvent être remis en cause et que le statut de la fonction publique n'est pas suffisamment souple pour permettre des ajustements. Ce dernier point est d'autant plus essentiel que la part des dépenses de groupe 1 dans le budget hospitalier atteint une moyenne de 70% sur l'ensemble des EPS. Par ailleurs, ainsi que cela a déjà été évoqué, les redéploiements de personnels en interne ne sont pas chose aisée ; possible mais difficile pour les paramédicaux, il devient tout à fait inopérant s'agissant des médecins.

---

<sup>46</sup> La banque de données hospitalières de France est accessible via le site internet de la FHF. Ainsi, chaque établissement peut connaître sa zone d'attractivité par spécialité ainsi que les parts de marché de l'établissement par spécialités et par tranches d'âge. Les tableaux mentionnent également les parts de marché des autres établissements, publics et privés, ayant pris en charge des patients de cette zone.

Ces difficultés à anticiper sont accentuées par le caractère transitoire des dispositions financières pendant toute la durée de montée en charge de la réforme. La tarification à l'activité ne concerne en 2005 que 25% du budget global, les 75% restant relevant de la dotation annuelle complémentaire, versée selon une base historique. Il existe de nombreuses incertitudes dans les établissements quant à l'évolution de ces taux. A cela s'ajoute des changements dans les modalités de financement et spécialement sur les tarifs des GHS. L'ensemble contribue à créer un environnement incertain impliquant une navigation à vue des gestionnaires.

## **2.2 Les principales pistes d'action engagées par l'établissement : réorganiser les flux**

Fort de ces constats, le centre hospitalier a développé plusieurs pistes d'action pour remédier à la situation chronique de saturation des lits de médecine, essentiellement en tentant d'agir sur les flux, en repensant le circuit du patient. Il en résulte des actions en amont, en interne et en aval.

### **2.2.1 Les actions en amont de l'hospitalisation**

#### **A) Expérimentations sur la permanence des soins**

Les difficultés rencontrées sur le secteur pour organiser une réelle permanence des soins de ville se répercutent sur le fonctionnement de l'hôpital. Cela gêne en effet les sorties d'hospitalisation, notamment en fin de semaine, lorsque rien ne garantit le suivi médical par la médecine de ville d'un patient retournant à son domicile. Par précaution et sous la pression des familles, certaines sorties sont alors repoussées au lundi suivant. Par ailleurs, s'agissant des personnes âgées fragiles hébergées en institution, la crainte d'une décompensation le week-end et la difficulté à faire intervenir les médecins de ville sur ces périodes, amènent les personnels à prévoir une hospitalisation « préventive » dès le vendredi.

Afin de réguler, autant que faire se peut, l'arrivée des usagers au service d'accueil des urgences, et ne pas laisser s'instaurer des comportements préventifs, des réflexions ont été menées en interne et avec les autres acteurs de la permanence des soins, débouchant sur la mise en place de procédés expérimentaux.

Le désengagement de la médecine de ville reste un problème aigu sur le bassin de Saint-Brieuc depuis le mouvement de grève des médecins généralistes de novembre 2001. A l'occasion de ces perturbations, l'activité s'est déportée vers le service des urgences et les centres 15. Cela a progressivement créé des habitudes de recours à l'hôpital de la part des médecins libéraux mais aussi des patients qui ont découvert à cette occasion l'existence de moyens faciles d'accéder aux hôpitaux, via les services d'urgences. Pour pallier aux difficultés de régulation au centre 15, des conventions entre le Centre Hospitalier et les associations de médecins libéraux ont été signées, permettant un renforcement de la régulation médicale hospitalière par des médecins libéraux. En effet, il faut ici faire remarquer que si le nombre d'appels au centre 15 a fortement augmenté, ceux au titre de l'urgence « vraie » restent stables ; en moyenne six appels sur dix concernent la médecine libérale.

Les secteurs de garde<sup>47</sup> sont ainsi progressivement tombés en désuétude, obligeant le Préfet à intervenir. En concertation<sup>48</sup> avec le CODAMUPS, 17 secteurs<sup>48</sup> ont été institutionnalisés sur les Côtes d'Armor ; la ville de Saint-Brieuc étant elle-même divisée en deux secteurs. Par ailleurs, alors que les gardes se pratiquaient auparavant depuis le cabinet des médecins généralistes, des maisons médicales de garde ont été créées et sont aujourd'hui au nombre de 8 sur le département. Un médecin généraliste y est en principe présent jusqu'à minuit et peut parfois se déplacer à domicile. Se pose toutefois le problème de la permanence des soins en deuxième partie de nuit, tant à domicile que dans les maisons de retraite ou à la maison d'arrêt. Par ailleurs, il faut noter que le secteur de Saint-Brieuc est le seul pour lequel la maison médicale n'est pas implantée dans les locaux de l'hôpital ; la GAMAB –Garde Médicale de l'Agglomération Briochine- s'étant opposée à ce principe craignant une confusion entre médecine de ville et médecine hospitalière dans l'esprit des patients. Deux après leur mise en place, notamment par le financement du FAQSV, les acteurs reviennent sur ces positions et l'implantation de la maison médicale sur le site de l'hôpital est aujourd'hui envisagée.

Face à ces difficultés, l'intervention des pouvoirs publics et des personnalités politiques locales a notamment conduit à la mise en place d'un dispositif expérimental sur les mois d'août et septembre 2005, ainsi que proposé par le CODAMUPS. A la demande du Préfet des Côtes d'Armor, le ministère de la santé a octroyé une enveloppe de 161 000 € afin d'organiser des vacations de médecins généralistes sur trois bassins de population : l'agglomération briochine, la ville de Guingamp et celle de Dinan. Ces médecins sont chargés d'assurer une permanence des soins de minuit à huit heures, appuyés par les moyens logistiques du SDIS 22 qui met à leur disposition locaux,

---

<sup>47</sup> On comptait alors une cinquantaine de secteurs sur l'ensemble du département. Sur chaque secteur un médecin généraliste assurait la garde de 20h à 8h.

véhicule et chauffeur. Outre le fait que ce dispositif ne fonctionne pas sur le secteur de Dinan, il faut noter le précédent ainsi créé.

L'organisation de la permanence des soins se heurte à de nombreuses difficultés. Ainsi, le Préfet est-il chargé d'organiser cette permanence sans avoir la main mise sur le financement : l'enveloppe concernant le secteur hospitalier étant gérée par l'ARH, celle concernant la médecine de ville par l'URCAM. Mais au-delà de ces différences d'enveloppes se posent des problèmes de valeurs. Il semble en effet particulièrement difficile de mettre en place des dispositifs pérennes avec une telle diversité d'interlocuteurs. Les médecins libéraux, organisés depuis 2001 en associations, ne présentent pas de front uni. La représentativité et la légitimité des représentants siégeant au CODAMUPS sont sans cesse remises en cause. Ainsi les professionnels qui doivent former les différents maillons de la chaîne ne partagent pas les mêmes organisations ni les mêmes valeurs ; au système hiérarchiquement organisé des hospitaliers et des pompiers s'oppose la libre organisation des médecins libéraux. Par ailleurs, ces différents professionnels ne partagent pas les mêmes représentations de l'urgence. Enfin, les dispositifs mis en place pour pallier à ces dysfonctionnements ont accentué les inégalités entre médecins : ainsi les médecins régulateurs au centre 15 ne sont pas rémunérés de la même façon et ne partagent pas les mêmes responsabilités selon qu'il s'agisse d'hospitaliers ou de libéraux, et ceci alors même qu'ils effectuent le même travail. Cela ne peut que contribuer à alimenter des divisions déjà fortes.

Enfin, concernant les efforts menés en amont, il faut par ailleurs noter que le centre hospitalier de Saint-Brieuc a été à l'initiative d'une Fédération Inter hospitalière des Urgences, mettant du temps médical à disposition des CH de Guingamp, Lannion, Paimpol et Saint-Brieuc, ayant pris effet en décembre 2004. La permanence des soins au niveau hospitalier passe en effet par le déploiement sur l'ensemble du territoire de santé de personnels compétents. Or il est de plus en plus difficile pour les centres hospitaliers périphériques de pourvoir leurs postes d'urgentistes. L'attractivité plus importante du centre hospitalier de Saint-Brieuc lui permet de recruter avec de moindres difficultés. Partant de ce constat, la fédération «  *vise au développement de la mise en réseau des professionnels de l'urgence des SAMU, SMUR, unités et services d'accueil des urgences dans un souci de maillage du territoire et d'amélioration de la qualité de la réponse aux soins urgents*<sup>49</sup> » par la mutualisation des ressources.

---

<sup>48</sup> Ce nombre passe à 20 en période estivale afin de tenir compte de l'arrivée massive de population sur les côtes.

## B) Adaptation du SAU au recours croissant des usagers

En interne, le service d'accueil des urgences a été réorganisé pour répondre à différentes exigences : faire face à la demande croissante de soins urgents en ambulatoire et organiser le filtrage sécurisé des hospitalisations. En effet, constatant au fil des années un recours croissant des usagers au SAU pour des problèmes de santé ne nécessitant pas une hospitalisation, le tri des patients et le filtrage des hospitalisations de façon sécurisée a progressivement été organisé. De par ses missions de service public, l'hôpital ne peut refuser de prendre en charge les patients se présentant au SAU. Pour autant, tous ne nécessitent pas une hospitalisation ; on relève en effet un nombre croissant de personnes se présentant aux urgences hospitalières pour des problèmes de santé bénins, qui auraient pu être pris en charge par la médecine de ville. Il convient donc d'opérer un tri de ces patients. La difficulté de la pratique de la médecine d'urgence réside notamment dans la détection, en un laps de temps réduit et sans connaissance préalable du patient, de problèmes de santé graves, non facilement décelable (tels que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral) nécessitant l'intervention des équipes hospitalières. Le fossé qui sépare l'urgence ressentie par les usagers de l'urgence médicale évaluée par le médecin est souvent important. De plus, l'existence de symptômes analogues et/ou cachés suppose un œil averti pour décider de l'état d'urgence d'un cas et des priorités à déterminer. Cela souligne l'importance et la difficulté qu'il y a pour les urgentistes à détecter précocement des situations à risque et donc à opérer un « tri » des patients. De surcroît, les services d'urgence ont traditionnellement fonctionné en France grâce aux internes. Ces étudiants en médecine, encore en formation, ne bénéficient pas de l'expérience de leurs aînés et peuvent être naturellement tentés d'hospitaliser plus systématiquement, sous la pression notamment des risques médico-légaux. Dans ce contexte, la « seniorisation » du SAU s'est rapidement imposée, permettant à la fois d'organiser un filtre sécurisé des hospitalisations et une meilleure formation des futurs professionnels médicaux. Le recrutement de PH détenant une capacité en médecine d'urgence (Camu) a été accéléré pour renforcer le SAU ; en témoigne la répartition des effectifs médicaux : alors que le service des urgences fonctionnait avec 2,66 PH, 1,33 assistant et 3,66 internes en 2000, la répartition en 2005 est de 4,1 PH, 3,75 assistants et 2,66 internes<sup>50</sup>. Par ailleurs, pour organiser au mieux la prise en charge des patients, une double garde senior a été mise en place cinq jours sur sept depuis 2003 afin de substituer un médecin senior à l'interne lors des gardes au SAU. La commission médicale d'établissement a voté le 13 juin 2005 la participation obligatoire

---

<sup>49</sup> Convention constitutive de la fédération médicale inter hospitalière des urgences des centres hospitaliers de Saint-Brieuc, Guingamp, Paimpol et Lannion, p.1

<sup>50</sup> Effectif en ETP calculé par un lissage sur l'année.

de tous les médecins seniors des unités de médecine à la garde sur place au SAU. Ce dispositif présente un double avantage ; il permet le renforcement des qualifications aux urgences hospitalières et s'inscrit également dans le processus de formation continue des médecins. De surcroît, la participation des médecins spécialistes des unités de soins au fonctionnement du SAU améliore leurs connaissances de l'organisation, des contraintes et difficultés auxquels le SAU est quotidiennement confronté. La connaissance des contraintes réciproques est un aspect primordial eu égard aux relations entre ce service et les services de soins.

Enfin, une procédure institutionnelle de gestion de crise a été élaborée et mise en place en interne. Cet outil, simple, prend la forme d'un tableau Excel partagé entre les services de soins et le SAU dans lequel les cadres des unités renseignent en temps réel la disponibilité en lits dans leur unité ainsi que les sorties prévues en cours de journée<sup>51</sup>. En fonction de l'évolution constatée via ce tableur et de l'activité observée au SAU, le cadre des urgences renseigne un « état des lieux » chaque fin d'après-midi indiquant le nombre de lits disponibles pour chaque secteur (médecine/chirurgie) et le nombre de patients en attente au SAU. La confrontation de ces deux indicateurs permet de déterminer un niveau d'alerte (vert = situation normale/ orange = situation tendue/ rouge = situation de crise). Cet état des lieux est transmis chaque jours vers 17h au directeur de garde qui déclenche en cas d'alerte rouge la procédure « situation de crise : saturation de l'établissement » et organise, en concertation étroite avec les médecins, le transfert de certains patients et/ou la mise en place de lits supplémentaires dans les unités. Par ailleurs, le « serveur régional de veille et d'alerte » est également renseigné quotidiennement et permet notamment de connaître les disponibilités dans les établissements du secteur, avec lesquels des échanges d'information réguliers sont organisés depuis le SAU.

### **2.2.2 Décloisonner l'hôpital**

Conscient que les actions menées en amont comme en aval ne peuvent suffire à améliorer la situation, des réflexions ont également été menées sur l'organisation en interne et sur le nécessaire décloisonnement des services dans les relations qu'ils entretiennent entre eux et celles qu'ils sont amenés à développer avec l'extérieur.

## A) Décloisonnement interne

Afin de prendre en compte le vieillissement de la population et les besoins spécifiques des personnes âgées, l'avenant au COM pour 2003 a permis la création de 26 lits de court séjour gériatrique ouverts au 1<sup>er</sup> décembre 2003, et complétés des 13 lits de l'unité d'orientation des personnes âgées (UOPA) en 2004. Ce fait marque le début de la structuration d'une filière gériatrique, incomplète à ce jour, sur le centre hospitalier. Après dix huit mois de fonctionnement, les nouvelles structures s'avèrent insuffisantes pour répondre correctement aux difficultés d'accueil et d'orientation des personnes âgées hospitalisées par le SAU. Cela s'explique notamment par le profil poly pathologique des patients, nécessitant des soins aigus de gériatrie, ainsi que par une DMS plus longue (14,27 jours en 2004 contre 5,78 en moyenne sur l'ensemble du MCO), en partie aggravée par l'éloignement du plateau technique et par l'insuffisante structuration de l'ensemble de la filière et notamment le manque de lits en unité de soins de longue durée pour accueillir les patients fortement dépendants et ayant des problèmes médicaux associés qui n'ont pas leur place dans les structures médico-sociales et qui faute de lits en USLD en nombre suffisant sont renvoyés vers l'hôpital.

Outre le développement d'une prise en charge ciblée et adaptée pour les personnes âgées, il convient également de s'interroger sur les interfaces, ie sur dans la coordination des relations inter services. Les consultations internes reflètent une partie de ces relations en ce qu'elles permettent, par un système de « bons », de demander l'avis d'un spécialiste exerçant dans un autre service que celui dans lequel le patient est hospitalisé. Cela permet de développer une certaine polyvalence, une coordination des compétences médicales autour d'un même patient. S'agissant de l'activité de médecine, le nombre de ces consultations a fortement augmenté passant de 4 687 en 2001 à 7 751 en 2004, soit une augmentation de plus de 51%. L'analyse de ces chiffres requiert une grande prudence ; on peut certes y voir une tendance plus systématique à recourir à l'avis de confrères, cependant il faut également tenir compte dans cette analyse des dysfonctionnements induits par l'hébergement inadéquat des patients, dans les services de chirurgie ou dans un service de médecine inadéquat au regard de la pathologie diagnostiquée et qui nécessite une organisation différente de la prise en charge médicale dans un premier temps, et éventuellement une mutation si un lit se libère par la suite. A cet effet, il faut noter que les entrées par mutation<sup>52</sup> atteignaient 10,98% des entrées

---

<sup>51</sup> La mise en place de cet outil est rendue nécessaire car la saisie des mouvements au sein de l'hôpital ne peut se faire actuellement en temps réel ; le SIH ne peut donc fournir automatiquement des informations fiables.

<sup>52</sup> Les entrées par mutation dans une spécialité sont les entrées de malades venant d'une autre spécialité pratiquée dans l'établissement.

totales en 2004. A cela se rajoute de surcroît le profil même de certains patients, et notamment des personnes âgées dont le motif principal d'adressage à l'hôpital masque souvent des motifs associés. Ce type de profil correspond parfaitement aux objectifs fixés au court séjour gériatrique, mais les capacités d'accueil de ce service ne permettent pas de satisfaire les besoins de tous. Sur le plan de l'organisation du travail il faut noter la difficulté renforcée que cela représente pour les médecins qui sont amenés à se déplacer dans l'établissement et qui ne peuvent dès lors assurer une surveillance médicale constante.

Enfin, constatant que l'embolisation des lits tient en partie aux difficultés d'organisation des sorties, cet aspect fait l'objet de réflexions accrues. Il faut ici relever un paradoxe ; la réduction globale des DMS ces dernières années a réduit le temps de préparation des sorties, visant elles-mêmes à réduire le temps d'hospitalisation pour augmenter les rotations de patients. L'hospitalisation est en effet un temps particulier pouvant modifier de façon substantielle les conditions de vie de la personne, spécialement s'agissant des personnes âgées pour lesquelles un retour à domicile ne sera pas nécessairement possible, du moins dans l'immédiat. Les assistantes sociales jouent un rôle prépondérant dans cette démarche, par l'information des familles, la recherche de solutions appropriées eu égard à l'environnement social, familial mais aussi financier de la personne considérée. Conformément aux recommandations formulées par l'ANAES<sup>53</sup>, le service social et les cadres de santé de l'établissement s'impliquent aujourd'hui fortement dans cette démarche.

## B) Le difficile développement des relations ville/hôpital

La résolution du problème complexe que constitue la saturation des lits de médecine passe également par le développement des relations de l'hôpital avec les structures extrahospitalières.

La poursuite de cet objectif s'est notamment traduite par le développement des relations avec les structures médico-sociales pouvant accueillir les patients à leur sortie d'hospitalisation. Pour cela, le service social de l'hôpital a élaboré des outils facilitant l'échange d'information, et notamment des fiches de liaison entre l'hôpital et les structures de cure médicale, de soins de suite et de long séjour. Des rencontres régulières visant à

---

<sup>53</sup> ANAES. *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Préparation de la sortie du patient hospitalisé*. Novembre 2001.

permettre des admissions anticipées vers ces structures, directement à partir des urgences ou peu après l'hospitalisation, ont été organisées à l'initiative de la direction du système d'information et d'organisation avec l'établissement de convalescence des Châtelets, l'établissement Velleda, les foyers d'hébergement et les établissements sociaux dans le cadre de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), ainsi qu'avec des structures à orientation psychiatrique telles que la clinique de la Cerisaie ou celle du Val Josselin. Certaines de ces rencontres ont pu aboutir à la signature de conventions, notamment avec l'établissement des Châtelets.

L'organisation graduée de l'offre de soins sur le territoire de santé est également un atout à développer. Les SROS de troisième génération ont posé cet objectif comme essentiel, visant à organiser la complémentarité des ES sur un territoire donné. Le projet médical de territoire a pour ambition de se faire l'écho de cette graduation des soins. Néanmoins la démarche est nouvelle et nécessitera du temps pour une mise en œuvre effective. La culture des différents acteurs est probablement le principal obstacle à la réalisation de cet objectif. Les ES, bénéficiant d'une autonomie dans leur gestion, sont tentés de conserver des modes de fonctionnement autonomes ; les plus petites structures craignant de voir émerger par ce biais des restructurations à moyen terme et leur éventuelle disparition à plus long terme. Néanmoins, il faut noter les bonnes relations entretenues entre le centre hospitalier et les hôpitaux locaux de Quintin et Lamballe, en particulier s'agissant de la prise en charge des personnes âgées et des patients en état de coma végétatif.

L'intérêt pour les structures d'hospitalisation à domicile est également à replacer dans ce contexte. Différentes enquêtes ont montré la préférence marquée des patients (actuels et potentiels) pour un maintien à domicile. Néanmoins l'HAD est une problématique nouvelle au CH, peu aisée à mettre en place dans la mesure où elle suppose l'intervention coordonnée de différentes catégories de personnels qualifiés rattachés à des établissements différents dans leur forme juridique. Le futur projet médical espère pouvoir tenir compte de ces attentes et la direction de l'hôpital a montré sa volonté de développer ce champ en partenariat avec d'autres acteurs.

### **2.2.3 Développer les structures d'aval : la création de 30 lits de SSR à orientation gériatrique**

Après avoir depuis longtemps déploré le déficit de structures d'aval et les dysfonctionnements afférents en interne, le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc ouvrira fin 2005 une unité de 30 lits de SSR à orientation gériatrique, espérant ainsi améliorer la situation de saturation des services d'hospitalisation et la prise en charge des patients.

#### **A) Contexte et effets attendus**

Envisagé depuis quelques années, le projet de création de lits de soins de suite et réadaptation à orientation gériatrique au centre hospitalier de Saint-Brieuc a pu se concrétiser à la faveur d'un climat social tendu créé par la grève des urgentistes commencée en mars 2005, non sans répercussions sur le contexte politique local. Cela explique notamment le financement de ce projet sur l'enveloppe du « Plan Urgences ».

Le financement via le Plan Urgences a été motivé par les constats posés précédemment : engorgement des urgences, saturation des services d'hospitalisation entraînant des difficultés d'orientation des patients se présentant au SAU. L'objectif affiché qui sous-tend la création de ces trente lits étant le désengorgement des services de MCO des patients ne relevant plus d'une prise en charge aiguë, la méthodologie adoptée pour la réalisation d'une étude d'impact a donc été l'analyse des RSS se terminant par une sortie mutation ou transfert vers des services de suite (SSR et long séjour), sur la base d'extrapolations tirées du PMSI sur les cinq dernières années. Cette étude menée par le DIM, fait apparaître un nombre stable au fil des années des séjours MCO se terminant par une mutation ou un transfert vers des structures de suite, à hauteur de 1500 en 2004. Parmi ces séjours, le SSR représente la destination majoritaire ; 1336 séjours de ce type en 2004 soit 89% du total des séjours se terminant par un transfert ou une mutation vers des structures de suite.

L'impact de la création d'une unité de SSR gériatrique devrait être double. D'une part, sur le plan qualitatif cela amorce des perspectives d'amélioration de la qualité de la prise en charge dans la mesure où les patients nécessitant une réadaptation avant le retour à domicile pourront bénéficier d'une prise en charge par des personnels qualifiés. Le maintien, par manque de lits d'aval, en service de court séjour n'est en effet pas une solution optimale, la kinésithérapie et l'ergothérapie faisant souvent défaut dans ces services. D'autre part, au plan financier, par un jeu de vases communicants, cette ouverture laisse espérer un regain d'activité sur le secteur MCO spécialisé et donc des recettes supplémentaires au titre de la T2A. Sur ce dernier point, le raisonnement est le

suyvant : en offrant de nouveaux débouchés aux patients hospitalisés incapables de rentrer directement à leur domicile, la création d'une unité supplémentaire de SSR pourrait permettre une diminution des DMS en court séjour et, par voie de conséquence, permettre un gain en terme de journées réalisées. L'analyse des séjours avec sortie vers une structure SSR ou long séjour fait apparaître un nombre de journées « perdues » de 11 521, réparties sur 810 séjours sur l'année 2003. Partant de ce constat, le calcul consiste à considérer que les séjours MCO réalisables relèveraient de l'hospitalisation en spécialité, hors hôpital de jour, dont la DMS peut être estimée à 5 jours. Le nombre de séjours ainsi réalisables est estimé à 2304, et la valorisation T2A hypothétique de ces séjours à 1 563 840 €, considérant que la T2A ne s'applique actuellement qu'à hauteur de 25% de l'activité et sur la base d'une valeur moyenne du séjour estimée à 2 715 €.

## B) Contraintes et limites

Toutefois, il faut noter que cette analyse est une spéculation devant être regardée avec circonspection, d'autant plus qu'elle présuppose plusieurs éléments dont la réalisation n'est pas certaine.

Tout d'abord, il est difficile d'imaginer qu'une unité de 30 lits puisse prendre en charge la totalité des 810 séjours. En effet, considérant que la DMS moyenne en SSR est de 21 jours, cela supposerait un taux d'occupation de 146%. Partant d'un taux d'occupation de 95% et d'une DMS de 21 jours, l'unité de 30 lits de SSR gériatrique ne pourrait guère prendre en charge plus de 495 séjours soit 61% de ceux identifiés comme posant problème en MCO.

Ensuite, cela suppose que les journées ainsi libérées soient toutes réutilisées, ce qui paraît peu probable étant donné l'engagement du CH de revenir à une prise en charge de qualité en supprimant les lits en surcapacité, soit les quinze lits supplémentaires installés de façon quasi-permanente, et en supprimant les chambres à trois lits. Ainsi, l'unité de 30 lits de SSR ne devrait pas permettre la réalisation de 10 000<sup>54</sup> journées supplémentaires en MCO, mais uniquement de 5 000<sup>55</sup> si l'on tient compte de la suppression des 15 lits supplémentaires. Enfin, ce scénario comporte un autre présupposé qui est une stabilité des flux entrants vers les MCO pour permettre la réalisation de 1000 séjours supplémentaires. Par ailleurs, si cela devrait permettre une meilleure orientation des patients médicaux, l'effet, par voie de conséquence, sera de

---

<sup>54</sup> Nombre de séjours (495) x DMS (21) = 10 395

<sup>55</sup> 10 395 – [nombre de lits supplémentaires à désinstaller (15) x 365] = 4 920

redonner à la chirurgie son « vrai profil » et probablement des taux d'occupation bien moindre que ce qu'ils sont actuellement.

Il faut enfin mentionner les aspects logistiques que nécessite ce type d'opération, notamment en terme de locaux. L'espace disponible étant fortement réduit sur le site de l'hôpital Yves Le Foll, la mise en place de la nouvelle unité a nécessité de nombreuses réflexions sur les localisations jugées les plus opportunes pour l'unité elle-même, mais également pour les autres services de soins pouvant être affectés par l'effet des déménagements. Il en résulte des délais dans la mise en place effective de ce nouveau service ainsi que des craintes de la part des professionnels de santé qui n'ont pas nécessairement une vue d'ensemble de la situation et ne maîtrisent pas les tenants et aboutissants de la réflexion.

## **2.3 Freins et contraintes**

Les différentes actions menées jusqu'à présent ou envisagées dans un avenir proche se heurtent cependant dans leur mise en œuvre concrète à des difficultés de diverse nature : difficultés en terme d'organisation, divergence des logiques médicales et financières et séparation pénalisante des secteurs sanitaire et social s'agissant de la mise en place de complémentarités.

### **2.3.1 Les difficultés organisationnelles**

#### **A) Interdépendance des acteurs dans le champ de la santé**

Bien que pouvant constituer une opportunité, l'interdépendance des acteurs intervenant dans le champ de la santé tend à ralentir les processus de décision et il en résulte plus souvent une forme d'immobilisme que de dynamisme.

La complémentarité entre EPS, que l'on pourrait penser plus aisée du fait d'une analogie de structure et de fonctionnement, est déjà source de difficultés. L'élaboration des projets médicaux de territoire témoigne en ce sens. Nouveauté introduite par l'ordonnance du 4 septembre 2003, les projets médicaux de territoire visent à l'organisation graduée de l'offre de soins sur le territoire de santé par la concertation des différents acteurs de soins, publics et privés. Organisés par grandes disciplines, les

groupes de travail ont la charge de proposer des domaines partagés d'intervention et d'en prévoir les modalités pratiques de mise en œuvre. La coopération, nécessaire à la mise en œuvre de la démarche ne va pourtant pas de soi ; bien que l'idée d'une organisation en différents niveaux de prise en charge ait progressé et que certains exemples - tel que la prise en charge de la maternité - soient désormais acceptés, des craintes subsistent notamment dans les petites structures qui craignent d'être progressivement dépourvue de leurs activités les plus « nobles », et notamment de leur chirurgie. La conduite du changement étant par nature difficile, et ne pouvant être conduit que de manière progressive, il faut laisser le temps aux acteurs de s'inscrire dans ce nouveau mode de concertation qui ne leur est pas encore familier.

A cela s'ajoute le fait que l'hôpital ne dispose pas de leviers d'action directs sur de nombreux acteurs partageant avec lui le champ sanitaire et pouvant pourtant devenir des partenaires de premier niveau. Cela apparaît notamment dans les problématiques d'organisation du maintien et/ou du retour à domicile après l'hospitalisation. La présence en nombre suffisant de professionnels médicaux libéraux et notamment d'infirmiers est un facteur déterminant qu'il s'agisse d'hospitalisation à domicile ou de retour précoce après l'hospitalisation. Il en va de même s'agissant des professionnels sociaux et médico-sociaux comme les aides ménagères ou encore les auxiliaires de vie. Sans la présence de ces personnels qualifiés, le lien entre l'hôpital et le domicile reste utopique. Une enquête de la DDASS de 2002 comptabilisait 323 infirmiers libéraux exerçant sur le département des Côtes d'Armor et 337 personnels permanents salariés des SSIAD<sup>56</sup>. Il faut ici noter une difficulté d'ordre méthodologique. Le recensement des infirmiers libéraux ne peut mentionner que des effectifs en personnes physiques et non en équivalent temps plein dans la mesure où ces professionnels sont libres d'organiser leur temps de travail. Les chiffres ainsi communiqués ne sont dès lors que des ordres de grandeur. A titre de comparaison, il faut noter que l'enquête de la DREES<sup>57</sup> réalisée en 2002 fait état d'un taux d'équipement national de 10 places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de plus de 70 ans. Le taux de soignants salariés des SSIAD, infirmiers et aides soignants confondus, se situait entre 2,15 et 3,50 pour le département des Côtes d'Armor. L'offre globale, ie IDE libéraux et SSIAD confondus, était de 5,3 pour mille sur l'ensemble du territoire national en 2002. Les Côtes d'Armor appartiennent aux 60% des départements ayant une densité inférieure à ce taux, avec une fourchette comprise entre 5,3 et 6,41 pour mille. A l'heure actuelle ni la DDASS 22 ni la DRASS de Bretagne n'ont effectué d'études de besoin en terme de professionnels libéraux au regard du vieillissement de la

---

<sup>56</sup> DRASS Bretagne. *Données du service statistique de la DRASS Bretagne*. 2002.

<sup>57</sup> DREES. Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. *Etudes et Résultats*. Novembre 2004, n° 350.

population. Néanmoins, les difficultés auxquelles sont confrontées les services de soins pour la préparation des sorties vers le domicile et notamment pour prévoir le passage régulier de professionnels libéraux laissent penser qu'un déficit se creuse sur l'ensemble du département. L'URCAM a initié en 1999 un ensemble d'études sur la prise en charge des personnes âgées en Bretagne qui faisait état d'une offre globale de 32 000 places. Le rôle des infirmiers libéraux dans le maintien à domicile semble fondamental en ce qu'ils assuraient trois fois plus de prises en charge que les SSIAD. La confrontation de l'offre et des besoins aboutissait alors à un déficit global proche de 7 000 « lits » en Bretagne pour la prise en charge médicalisée des soins de base. L'URCAM notait également qu'à cette date la couverture des besoins atteignait 83% en Bretagne contre 70% au niveau national<sup>58</sup>.

L'information est plus difficile encore à rechercher s'agissant des professionnels non soignants, ie des professionnels de l'aide à domicile : aides ménagères, auxiliaires de vie sociales, etc. La diversité des statuts, régimes juridiques et modes de financement cache une égale disparité dans la taille de ces structures. Le conseil général des Côtes d'Armor a estimé à 110 le nombre actuel de structures de ce type sur l'ensemble du département. Il faut noter que dans ce domaine nous ne pouvons disposer de chiffres fiables. En effet, jusqu'à la loi du 2 janvier 2002 et aux décrets d'application de 2003, ces structures n'étaient pas soumises à une quelconque procédure d'autorisation, un simple agrément de la direction du travail et de l'emploi en fonction de la nature des interventions suffisant à leur création. Il en résulte une faible lisibilité du Conseil Général, d'autant plus que les structures, préexistantes au dispositif législatif, disposent d'un délai de cinq ans, soit jusque fin 2008 pour demander l'autorisation. A l'heure actuelle, seuls quatre services sont clairement identifiés par les services du département<sup>59</sup>. De surcroît il faut noter la faible qualification des personnels intervenant dans ces structures malgré l'instauration par le décret n°2002-410 du 26 mars 2002 du diplôme d'auxiliaire de vie sociale, visant à professionnaliser le champ de l'aide à domicile, encore essentiellement composé de salariées issues de longues périodes de chômage ou de femmes elles-mêmes en difficultés sociales<sup>60</sup>.

Ces carences du maillage des soins de ville et de l'aide à domicile ont d'autant plus de répercussions sur le fonctionnement hospitalier que le vieillissement de la population est important dans le secteur et que ce phénomène ira en s'accroissant sur les prochaines décennies. Il faut à cet égard rappeler que 86% des sorties d'hospitalisation à l'hôpital Yves Le Foll se font vers le domicile.

---

<sup>58</sup> URCAM Bretagne. L'offre et les besoins dans le domaine gériatrique, *Les dossiers de l'URCAM Bretagne*. Juin 2001, n°6,

<sup>59</sup> Données communiquées par les services du Conseil Général des Côtes d'Armor.

<sup>60</sup> Cf. M.E JOEL « Il faut sortir d'une logique où l'on fait soigner les vieux par les pauvres », *Le Monde économique*, 16 septembre 2003.

## B) Des missions de service public difficiles à concilier

Au-delà de ces contingences organisationnelles qui sont en grande partie extérieures à l'hôpital, s'ajoutent des missions de service public pouvant apparaître comme contradictoires. En effet, le centre hospitalier de Saint-Brieuc se doit d'assumer à la fois la mission d'hôpital de référence pour le secteur sanitaire 7 et plus largement pour le département des Côtes d'Armor mais aussi d'assurer une prise en charge de proximité à destination de la population de l'agglomération, soit pour un bassin qui compte plus de 210 000 habitants.

Sa mission d'hôpital « de référence » incite le centre hospitalier à développer l'hyperspécialisation pour répondre aux exigences accrues des patients en terme de compétences et de techniques médicales innovantes. Les données de la BDHF font en effet état d'une zone d'attractivité bien plus large que l'agglomération elle-même et s'étendant au département avec des variations selon les disciplines et ce malgré la proximité géographique des deux CHU des villes de Rennes et Brest. Ainsi les services de neurologie, de cardiologie, de pneumologie, d'hématologie, d'endocrinologie et de médecine interne obtiennent des parts de marché supérieures à 60% sur la zone d'attractivité. Le maintien de prises en charge de qualité dans ces disciplines, ainsi que le rôle de recours qui en découle auprès des autres ES du secteur, impliquent une veille constante en terme de savoirs et savoirs faire. Cela se répercute logiquement sur la définition de la stratégie d'établissement, qui doit dès lors prendre en considération les efforts attendus en terme de formation des personnels mais aussi d'équipements et de locaux. Par ailleurs, son rôle d'hôpital de référence impose au CH de disposer de certaines activités dites « de pointe » et d'organiser des « consultations avancées », en partenariat avec les autres établissements publics du secteur pour garantir aux patients une certaine égalité d'accès aux soins..

Il n'en demeure pas moins que le CH est également l'établissement public de proximité pour les habitants du bassin de Saint-Brieuc ce qui lui confère d'autres missions au premier rang desquelles l'accueil, la prise en charge et l'orientation de tous les patients se présentant au SAU. Il existe en effet une confusion sur le vocable « proximité » qui pour beaucoup évoque l'hôpital local. Pourtant, la notion de proximité n'est pas liée à une structure spécifique mais à la prise en charge des besoins d'une population. Chaque citoyen, en vertu du principe constitutionnel d'égalité, est légitimement en droit d'accéder à une gamme de services sanitaires de premiers recours diversifiée et de qualité. Cela ne pose *a priori* pas de difficultés majeures dans des établissements disposant d'un

ensemble diversifié de compétences. Pour autant la spécialisation des services conduit à une défaillance dans la prise en charge de premier niveau, auquel l'hôpital général, souvent très empreint de technicité, n'est plus adapté. Il convient donc d'allier spécialisation et prise en charge générale, notamment pour accueillir et soigner les personnes âgées poly pathologiques dont le nombre ira croissant. L'énoncé est plus aisé que la mise en œuvre ; l'adéquation entre les besoins de la population et la qualification des personnels, essentiellement médicaux, passe par le recrutement de médecins généralistes aptes à une prise en charge globale du patient ce qui semble contradictoire au regard d'une technicisation poussée.

### **2.3.2 Des logiques financières et médicales divergentes**

Outre les difficultés organisationnelles, la logique financière, à laquelle les ES sont particulièrement réceptifs depuis la réforme du mode de financement, peut constituer un obstacle à la mise en place de dispositifs visant à l'amélioration de la prise en charge du patient. Force est de constater que logique financière et logique médicale loin de se rapprocher parfois divergent.

- A) Traduction en termes financiers dans la logique T2A : ambivalence d'une analyse financière

La saturation des lits des services d'hospitalisation constitue immanquablement un handicap sur le plan financier pour l'établissement. En effet, la présence de patients ne nécessitant plus de prise en charge aiguë, signifie pour l'établissement un « manque à gagner » égal au nombre de séjours non réalisés. L'étude menée par le DIM à l'occasion de la création d'une unité de 30 lits de SSR à orientation gériatrique chiffrait à 11 500 le nombre de journées ainsi non réalisées. Les contraintes budgétaires que subissent les établissements semblent donc plaider pour la création de structures d'aval. Néanmoins, le raisonnement n'est pas aussi simple et l'analyse financière de la situation se révèle rapidement ambivalente.

En effet, il faut également tenir compte des modalités de financement, notamment de la structuration des GHS. Les tarifs correspondant aux GHS sont calculés sur la base d'une moyenne nationale pour tenir compte d'une certaine DMS, ceci dans l'idée d'agrémenter les modalités de financement de notions de qualité. Toutefois, lorsque la DMS est largement supérieure, cela peut donner lieu à des ressources complémentaires, les « suppléments borne haute », conçus à l'origine pour financer des séjours

anormalement longs mais justifiés au plan médical. Ainsi la valorisation des journées extrêmes hautes réduit-elle l'intérêt économique de la réduction de certaines DMS.

A titre d'illustration, nous allons développer l'exemple de la création de l'unité de 30 lits de SSR. En effet, la création de cette unité, qui vise à permettre un aval adapté et immédiat au court séjour, pourrait faire perdre à l'établissement ce type de recettes. A partir des données de l'ATIH pour l'année 2004, on relevait 680 séjours (soit 12 000 journées) de plus de 17 jours donnant lieu au versement de suppléments borne haute à hauteur de 700 000 € au centre hospitalier de Saint-Brieuc. Or ces recettes sont à déduire du gain espéré en termes T2A sur le MCO. Ce constat est à nuancer toutefois par le nombre de journées des séjours dépassant la DMS moyenne sans pour autant atteindre la borne haute et pour lesquelles l'établissement ne perçoit aucune compensation financière. Par ailleurs, il faut prendre en considération le fait que les dépenses engendrées par les séjours MCO ont tendance à être plus élevées pour les journées comportant des soins actifs (examens, médicaments, etc.) que pour les journées de patients en attente de débouchés.

#### B) Difficultés à anticiper dans un environnement changeant

La réforme du mode de financement des ES induit des comportements nouveaux et notamment un intérêt renforcé pour les prévisions d'activité en ce que celle-ci déterminera à l'avenir les recettes de l'établissement. Toutefois l'anticipation n'est pas aisée dans un environnement aussi peu stable. La mise en œuvre progressive de la réforme s'accompagne de changements dans les modalités d'application qui bouleverse chaque année les prévisions faites par les financiers. L'absence de lisibilité sur le montant des tarifs futurs, l'éventuelle re-pondération entre financement par les tarifs GHS et financement par les MIGAC et l'incertitude sur le pourcentage des activités soumis à la T2A pour les années à venir, invitent les directions d'établissement à la plus grande prudence.

De surcroît, le raisonnement en terme de T2A s'avère difficile pendant toute la durée de montée en charge de la réforme. En effet, si les établissements efficients peuvent dégager des marges financières à activité constante, il en va différemment lors de la création d'activités nouvelles. La création d'une activité suppose la mise à disposition de personnels, d'équipements, de locaux, etc. Or ces coûts ne figurent pas dans la base historique et ne sont donc pas intégrés dans le versement de la dotation annuelle complémentaire (DAC). Il faut dès lors que le produit de l'activité, aujourd'hui valorisée à hauteur de 25%, puisse couvrir l'intégralité des dépenses engagées. Les

marges dégagées par le produit de l'activité au niveau de l'établissement peuvent éventuellement aider à couvrir les nouveaux coûts induits, cependant le choix est risqué et doit faire l'objet de priorités décidées au niveau institutionnel. Il faut en effet rappeler que les tarifs sont calculés au niveau national pour couvrir un coût moyen. L'organisation plus ou moins efficiente d'un établissement peut lui permettre de dégager des marges de manœuvre. Toutefois on ne peut véritablement parler d'activités « rentables » au sens économique du terme, cela d'autant plus qu'il n'appartient pas au secteur public de rechercher la rentabilité économique. Le raisonnement s'opère, en fonction des coûts localement observés, sur le caractère valable, ie non pénalisant d'une activité pour l'équilibre financier de l'ensemble de la structure. La complexité de ce type de raisonnements et l'absence combinée d'une culture de gestion et d'une culture d'établissement parmi les personnels hospitaliers conduit à de larges incompréhensions, notamment de la part du personnel médical qui attend du fait de la T2A la création d'activités nouvelles.

### **2.3.3 Une dichotomie pénalisante entre secteur sanitaire et secteur social**

La séparation entre d'une part le secteur sanitaire et d'autre part le secteur social et médico-social constitue également un frein important aux développements de complémentarités pourtant nécessaires pour améliorer une prise en charge globale du patient.

#### **A) Des réglementations et des modes de financement différents.**

La loi du 30 juin 1975 modifiée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a posé le principe d'une séparation très nette entre le secteur social et le secteur sanitaire. Ainsi, les dispositions du Code de la santé publique ne sont-elles pas applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux, à moins qu'un article en dispose autrement en visant expressément ces établissements. En conséquence, seules les dispositions du code de l'action sociale et des familles ont en principe vocation à s'appliquer à la gestion des établissements sociaux et médico-sociaux. Il faut néanmoins mentionner l'article 51 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui rend possible la création et la gestion par les ES de services ou établissements sociaux et médico-sociaux. Cette possibilité était déjà ouverte par la loi du 18 janvier 1994 mais pour le seul domaine de

l'hébergement des personnes âgées. Cette disposition permet certes de rapprocher les deux secteurs mais la formule a l'inconvénient majeur de se situer dans une logique inverse à celle de la mise en réseau et maintient une conception hospitalocentriste, nuisant au développement de partenariats.

L'organisation différenciée des financements renforce encore le clivage entre les deux secteurs. Le financement sanitaire est un financement socialisé, en ce que l'assurance y est sociale et organisée au niveau national. Les ARH sont ainsi maîtres des enveloppes sanitaires, issus de l'Assurance Maladie. Il en va différemment pour le financement du secteur social, beaucoup plus hétéroclite. Les collectivités territoriales ont vu depuis les lois de décentralisation de 1982 leurs compétences en matière sociale considérablement augmenter, notamment par la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 ou encore la décentralisation du RMI au 1<sup>er</sup> janvier 2004. En cela la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales est en cohérence avec les textes précédents mais prend une importance accrue en ce qu'elle consacre le rôle de « chef de file » du département en matière d'action sociale. A ce titre, il revient au Conseil Général d'adopter le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Enfin le secteur social est également largement investi par le secteur associatif.

#### B) Un frein aux complémentarités.

L'étanchéité longtemps de rigueur, entre le sanitaire et le social constitue certainement un des puissants freins au développement de dispositifs innovants réellement adaptés à certaines catégories de population comme les personnes âgées mais aussi les malades mentaux, les toxicomanes, les sidéens, tous les patients porteurs de pathologies chroniques lourdes qui nécessiteraient en contrepoint d'un projet de soins, un véritable projet de vie, prenant en compte différents aspects : sociaux, environnementaux, familiaux, financier, etc. Au-delà de la distinction des champs de compétences entre les ARH pour le secteur sanitaire, et les DDASS et Conseils Généraux pour le secteur social et médico-social, il faut prendre en compte des différences de culture et de pratiques.

Le secteur sanitaire bénéficie d'une reconnaissance importante liée à sa forte technicité d'ordre médical, et est par ailleurs fortement intégré au secteur public, notamment via le financement par l'assurance maladie, et se caractérise par une organisation très structurée. A l'inverse, le secteur social et médico-social sont des secteurs faiblement organisés, plus empiriques, gérés par une multiplicité d'acteurs dont

une grande partie d'associations et d'organismes privés. La différence est également marquée en termes de techniques et de durée de prise en charge ; alors que le secteur sanitaire se caractérise par une forte technicité médicale et des durées de séjour en baisse constante, le travail social est axé sur la socialisation dans le long terme. Il en résulte des identités professionnelles différentes, ayant des difficultés à travailler de concert : « (...) *cette séparation génère un flou et une méconnaissance des acteurs entre eux et par conséquent un manque de coordination*<sup>61</sup>».

Les ordonnances du 26 avril 1996 permettent une certaine articulation entre les deux secteurs en instituant les réseaux<sup>62</sup> qu'ils soient qualifiés de soins ou sociaux. La dynamique verticale, en filière, ou horizontale en réseau, pour les personnes qui requièrent plusieurs formes d'aides simultanément, est certes une avancée pour tendre vers la définition de la charte d'Ottawa adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 21 novembre 1986 et qui indiquait déjà que « *la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire (...)* » et que le concept de santé publique englobe à la fois le bien être physique, mental et social. Il faut néanmoins faire remarquer le faible nombre de réseaux associant acteurs sanitaires et sociaux et les difficultés rencontrées au quotidien pour articuler ces professionnels au sein de réseaux et plus largement les réseaux entre eux.

La situation actuelle de l'établissement, son contexte particulier et l'environnement notamment réglementaire et budgétaire dans lequel il évolue, permet de dresser un premier bilan des actions menées en amont, en interne et en aval.

---

<sup>61</sup> M. JAEGER. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*, Dunod Paris, 2000

<sup>62</sup> Article 6321-1 CSP

### **3 LES AUTRES PISTES ENVISAGEABLES EN INTERNE**

Sur la base des retours d'expérience des actions déjà engagées, des contraintes mais aussi les opportunités peuvent être relevées pour aider à construire des plans d'actions complémentaires.

#### **3.1 Prendre en compte le vieillissement de la population et son impact sur l'organisation des soins par la structuration d'une filière gériatrique complète.**

Le SROS 2006-2011 dans son volet médecine présente le vieillissement de la population comme le principal facteur d'évolution des contours de l'offre de soins. La proportion des personnes âgées de plus de 60 ans (23,8%) est plus élevée en Bretagne que sur l'ensemble du territoire national (20,6%). Or cette frange de la population va croître rapidement d'ici 2015 ; le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans sera multiplié par 1,8 d'ici 2015 et ces personnes ont un taux de recours à l'hospitalisation 6 fois plus important que la tranche 0-60 ans. A comportement et modalités de prise en charge identiques, le vieillissement de la population va donc générer une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation. Les projections mentionnées par le SROS font état d'une augmentation de 14% entre 2000 et 2010 du nombre de journées, avec une croissance plus marquée sur certaines spécialités comme la pneumologie et la cardiologie.

##### **3.1.1 Impact du vieillissement de la population sur l'organisation des soins au CH de Saint-Brieuc**

###### **A) Données chiffrées**

Une requête a été formulée en interne auprès de la statisticienne de la direction du système d'information et de l'organisation des soins afin de connaître la répartition par

âge des patients dans le nombre d'entrées totales<sup>63</sup>. Ainsi, en 2004, on comptait 33,4% de patients âgés de plus de 70 ans et 15,94% de patients âgés de plus de 80 ans. Sur le nombre d'entrées totales, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient plus de 44%. Ces chiffres sont supérieurs à ceux observés au plan national, le rapport du conseil économique et social faisant état de près d'un tiers des séjours hospitaliers concernant des personnes âgées de 65 ans et plus<sup>64</sup>. Par ailleurs, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 44,4% des entrées totales enregistrées au SAU et celles de plus de 70 ans 19,68%, contre 14% sur le plan national<sup>65</sup>. Parmi les services de soins, la répartition par âge diffère selon la spécialité. Ainsi, les services de cardiologie et de néphrologie présentent-ils les taux de personnes âgées les plus élevés, avec respectivement 61% et 58,5% de patients âgés de plus de 70 ans dans le nombre d'entrées totales. Ces chiffres sont significatifs mais ne doivent pas moins être examinés avec prudence dans la mesure où la saturation régulière de l'établissement conduit à l'hospitalisation dans ces services de patients ne relevant pas nécessairement de cette spécialité au regard de leur pathologie. On retrouve néanmoins une certaine cohérence, la prévalence des pathologies cardio-vasculaires augmentant avec l'âge. Le choix a été fait de retenir les seuils de 70 et 80 ans. En effet, alors que le passage à la vieillesse a longtemps été estimé à 60 ans, la réalité du vieillissement s'est déplacée puisque les principales incapacités liées à l'âge se concentrent globalement vers 75-80 ans, avec toutefois des variations importantes lorsque l'on étudie des cas individuels.

Un autre indicateur a été recherché, le taux de ré hospitalisation des patients âgés de plus de 70 ans. La Haute Autorité en Santé (HAS) définit le taux de ré hospitalisation comme le pourcentage parmi un groupe de personnes donné de patients devant être à nouveau hospitaliser dans les trente jours suivant la première admission. Cette requête n'a pu aboutir à ce jour. Des études ont été menées en interne sur le nombre de patients hospitalisés en court séjour gériatrique revenus dans ce même service dans les trente jours suivants la sortie. Ces chiffres ne sont exploitables pour plusieurs raisons. D'une part parce que la saturation récurrente de l'établissement ne permet pas d'être certain de l'exhaustivité de l'enquête, d'autre part parce que la prise en charge dans ce service obéit à des préceptes particuliers. En situation de saturation le patient ne sera pas nécessairement hospitalisé dans le même service que celui qui l'a accueilli la première fois. Ainsi pour recueillir des données exploitables faudrait-il élargir l'enquête à l'ensemble de l'établissement. De surcroît, la prise en charge en médecine gériatrique ne répond pas aux mêmes principes que dans d'autres services. La personne âgée y est appréhendée

---

<sup>63</sup> Cf. Annexe 4 Répartition des patients par classe d'âge au centre hospitalier de Saint-Brieuc en 2004.

<sup>64</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. 2005, p 130.

dans sa globalité et le temps nécessaire à sa remise en condition est intégré dans la durée moyenne de séjour. Il en va différemment pour les patients de chirurgie, qui d'une manière générale sortent plus précocement et dont le retour à l'hôpital peut sembler sans lien *a priori* avec l'intervention. Pour autant il n'est pas rare que l'opération ait des répercussions diverses sur l'état de santé du patient. Cela ne pourrait être objectivé que par un médecin ayant développé dans le temps une bonne connaissance de son patient.

## B) Impact en terme d'organisation des soins

L'impact du vieillissement de la population sur le fonctionnement de l'hôpital est certain mais toutefois difficile à objectiver. Une étude lancée par la DHOS en juin 2005 et dont la publication est attendue pour la fin de l'année devrait permettre de connaître de façon globale les répercussions de ce phénomène démographique sur l'organisation des soins. Quelques éléments se dégagent, analysés par la littérature professionnelle.

Les personnes âgées, sans constituer un groupe spécifique de patients, ne requièrent pas moins une attention particulière. On peut opérer une classification des personnes âgées en quatre sous-groupes<sup>66</sup>. Pour chacun de ces groupes, les besoins exprimés, et donc les conséquences sur l'organisation des soins sont différents :

- les personnes âgées valides suivies pour une pathologie précise. Ce type de patient entre dans le schéma classique de prise en charge de pathologies aiguës et ne pose pas de problème spécifique.
- Les personnes âgées qui arrivent à l'hôpital le plus souvent par le biais du SAU, avec une ordonnance de spécialiste et une demande d'hospitalisation. Ce sont les situations les plus problématiques : difficultés d'orientation adéquate, séjour prolongé dans un service de spécialité en attente d'une solution, fragilité physique, psychologique et parfois sociale.
- Les personnes âgées valides qui ne peuvent rester à leur domicile et doivent intégrer une institution du fait de la perte d'autonomie
- Les personnes âgées dépendantes ou invalides nécessitant des soins de longue durée jusqu'au terme de leur vie. Ces patients sont orientés vers des structures de type EHPAD, lorsque les capacités d'accueil le permettent.

---

<sup>65</sup> DREES. Les usagers des urgences, enquête de janvier 2002, *Etudes et Résultats*. Janvier 2003, n°212

<sup>66</sup> D. DEBROSSE, G. ARBUZ. Quelles stratégies pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? in *Gestions Hospitalières*. Mai 2003, n°424, p 191.

Ces patients ont des besoins spécifiques qui nécessitent une adaptation en terme de prise en charge et une anticipation des besoins futurs liés au vieillissement de la population. Les pathologies liées à l'âge ont été identifiées et couplées avec les projections démographiques ce qui permet d'anticiper les besoins futurs de la population. Ainsi retrouve-t-on majoritairement parmi les pathologies associées au grand âge<sup>67</sup> :

- les maladies dites « dégénératives », qui sont de fait l'accentuation de pathologies déjà prévalentes à l'âge adulte tels que les cancers ou les maladies cardio-vasculaires, qui représentent les deux tiers des décès des personnes de plus de 65 ans ;
- les états déficitaires qui se manifestent par le déficit des fonctions intellectuelles et des troubles du comportement ;
- la démence ;
- les problèmes psychopathologiques ;
- les maladies chroniques du grand âge « non fatales » comme l'arthrose, l'ostéoporose, l'asthme, l'incontinence qui constituent des handicaps dans la vie quotidienne et des facteurs de risque, notamment de risque de chutes ;
- les maladies rhumatismales ;
- les affections broncho-pulmonaires et ORL, ie des gênes respiratoires majeures.

Les groupes de pathologies - ici retracées à grands traits - ne sont toutefois pas tout à fait représentatifs de la réalité observée quotidiennement par les équipes hospitalières. Il est en effet fréquent que plusieurs pathologies soient associées à celle ayant motivé l'admission. De surcroît l'état de dépendance physique et/ou psychologique influe fortement sur l'hospitalisation<sup>68</sup>.

Ces données médicales doivent par ailleurs être complétées d'éléments sociaux ; la mortalité au grand âge défait les couples, veuves et veufs renforcent l'effectif des célibataires et des divorcés. Ainsi estime-t-on que 46% des femmes âgées de 65 ans et plus sont veuves ; parmi cette population, 2,3 millions de personnes vivent seules et cette solitude pèse sur les situations de dépendance. L'isolement des personnes âgées est notamment un frein à la sortie de l'hospitalisation, renforcé par la mobilité géographique des générations suivantes dont l'éloignement ne permet pas toujours un accompagnement familial.

S'agissant de l'organisation interne, l'augmentation du nombre de personnes âgées est un facteur essentiel à prendre en compte dans l'évolution des durées de séjour. L'attention à porter sur la conservation de l'autonomie semble plaider pour une réduction,

---

<sup>67</sup> G. ARBUZ. *Le grand âge : chance ou fatalité ?* Editions Seli Arlan, 2003, p 177.

<sup>68</sup> F. MESLE. Allongement de la vie et évolution des pathologies, in *Gérontologie et société, Le bien Mourir*. Mars 2004, cahier n°108, p23.

lorsqu'elle est médicalement souhaitable, des durées de séjour. Il est en effet essentiel que la personne puisse retrouver dans un laps de temps restreint son environnement habituel et reprendre ses habitudes de vie, au risque le cas échéant de voir une dégradation générale de l'autonomie. Paradoxalement, l'organisation de la sortie d'hospitalisation est consommatrice de temps et de plus en plus difficile à mettre en œuvre pendant la durée de l'hospitalisation et favorise à l'inverse le maintien provisoire à l'hôpital. Les familles font d'ailleurs souvent pression en ce sens, le temps pour elles d'organiser la prise en charge à domicile.

### **3.1.2 La nécessité de structurer une filière gériatrique complète.**

La circulaire DHOS/02/DGS/SD 5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique indique le sens dans lequel doit s'inscrire les projets de gériatrie : « *La survenue d'une maladie ou d'un accident peut rompre l'équilibre fragile en place. Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, en ville ou à l'hôpital. La trajectoire des soins des personnes âgées (...) doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adaptées à leur besoin* ».

#### **A) La mise en place d'une équipe mobile gériatrique**

La structuration de la filière gériatrique a été amorcée au centre hospitalier de Saint-Brieuc par la création en décembre 2003 de 39 lits de court séjour gériatrique venus en complément de l'offre sectorielle et notamment des 41 lits de médecine des hôpitaux locaux de Quintin et Lamballe. L'existence de 1 040 lits de soins de longue durée sur le secteur sanitaire, soit un taux d'équipement de 268,2 pour 100 000 habitants, est également un atout majeur, malgré l'insuffisance de places dont témoignent les listes d'attente. L'ouverture en fin d'année de 30 lits de SSR à orientation gériatrique viendra compléter en partie la filière. Néanmoins des améliorations sont à prévoir notamment par la création d'une unité mobile gériatrique (UMG) au sein de l'établissement.

L'objectif de l'UMG est l'intervention au sein de l'hôpital afin que le passage aux urgences, s'il n'a pu être évité, soit limité dans le temps et soit l'occasion d'une orientation pertinente, fondée sur un avis gériatrique. Il convient en effet de faire en sorte que l'éventualité d'une poly pathologie soit identifiée précocement et que l'information soit

transmise au service de spécialité accueillant la personne âgée<sup>69</sup>. Les services d'urgences sont en effet fréquemment confrontés à l'évaluation et à l'orientation des personnes âgées. La spécificité de cette population ne permet pas aux urgentistes, dont la formation répond à l'accueil de tous types de publics, de poser un diagnostic suffisamment précis. Cela implique donc que les urgentistes puissent faire appel à la compétence d'un gériatre pour effectuer dès l'entrée un bilan approfondi de la personne accueillie. Pour autant la mise en place d'unités spécifiques d'urgences gériatriques ne paraît pas souhaitable, en ce qu'elle induirait la stigmatisation d'une catégorie de patients.

Selon une étude française présentée au Congrès Urgences 2005 à Paris, 13% des personnes âgées vues aux urgences sont réadmisées dans le mois suivant et parmi ces réadmissions, 80% concerneraient des sorties d'hôpital datant de moins de 15 jours<sup>70</sup>. Ces chiffres indiquent une insuffisance des compétences proposées à l'accueil. Il ressort d'une étude de la caisse régionale d'assurance maladie de Rhône-Alpes que la désignation d'un référent gériatrique aux urgences permettrait de limiter l'encombrement des lits de médecine<sup>71</sup>.

Le centre hospitalier de Saint-Brieuc avait déjà fait état d'un projet de mise en place d'une UMG lors de la signature de l'avenant au COM en 2003. L'étude concernant les moyens nécessaires, réalisée par la direction des ressources humaine et la direction des soins en concertation avec le SAU et la médecine gériatrique, avait fait état d'un besoin en personnel paramédical à hauteur d'une IDE, de 0,5 secrétaire médicale et de 0,5 assistante sociale, le temps médical prévu étant à dégager sur le service de médecine gériatrique.

La mise en place d'une UMG est donc réalisable à court terme sur l'établissement et inscrite à ce titre dans les thèmes du futur projet médical. Le projet actuel du centre hospitalier vise à créer une UMG essentiellement constituée de paramédicaux notamment infirmières et assistantes sociales formées à la gériatrie. Néanmoins, il faut d'ores et déjà noté que l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'impact sur le taux d'occupation des lits de médecine ne seront positifs que dans la mesure où les lits adéquats seront disponibles. L'imbrication des causes et l'interdépendance des actions correctrices à mettre en place laissent penser que l'amélioration ne sera visible et évaluable qu'à moyen terme. Il faut également noter que la mise en place d'une UMG ne doit pas uniquement être envisagée au niveau du SAU ; les effectifs de cette unité doivent être suffisants pour permettre des avis spécialisés d'une équipe pluridisciplinaire à tous les stades de la prise en charge et donc également à la demande des services spécialisés. Les médecins gériatres des unités de court séjour gériatrique se déplacent

---

<sup>69</sup> SROS Bretagne, Prise en charge sanitaire des personnes âgées, juin 2003, p. 15.

<sup>70</sup> Dépêche APM du 18 mai 2005.

régulièrement à la demande des spécialistes lorsqu'une évaluation gérontologique est requise. Cependant, les demandes sont plus souvent de nature sociale, aspect de la prise en charge sur lesquels les équipes du service de médecine gériatrique refusent d'intervenir systématiquement, étant donné que chaque service de soins peut faire appel aux compétences d'une assistante sociale. Il faut ici faire remarquer que ce type d'activité est très consommateur de temps, ce qui impliquerait de revoir l'étude des moyens humains nécessaires à la hausse.

## B) La nécessité d'instaurer un CLIC sur le bassin de Saint-Brieuc

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en interne est un axe indispensable mais pour autant non suffisant. Il convient en effet de prendre en compte les partenaires extérieurs intervenants à différents stades de cette prise en charge, cela d'autant plus que la population des personnes âgées présente la caractéristique de nombreux allers-retours entre soins ambulatoires, soins hospitaliers, aides à domicile et institutions sociales et médico-sociales. Bien que le travail en réseau de ces différents acteurs soit amorcé, il est souvent difficile pour les personnes âgées et leurs familles de connaître l'éventail des solutions possibles. C'est en partie l'objectif fixé au centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Ces structures, créées par la circulaire n° 2000-310 du 6 juin 2000 et qui ont reçu un fondement législatif avec la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001, se caractérisent en effet par leur dimension partenariale et leur vocation sectorielle : « *Ils visent à garantir la continuité, la cohérence et l'ancrage territorial des politiques publiques en direction des personnes âgées dans une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de réseaux entre professionnels et acteurs locaux*<sup>72</sup> ». Les CLIC doivent ainsi structurer le dispositif de maintien à domicile et jouer le rôle de guichet unique, fédérant l'ensemble des acteurs et offrant aux personnes âgées une lisibilité plus grande. Leur vocation pluridisciplinaire, prenant en compte tous les aspects de la vie quotidienne (soins, accompagnement de la personne, vie sociale, culturelle, citoyenne) les amènent à coordonner les dispositifs existants dans un même secteur afin de dépasser le cloisonnement entre le sanitaire et le social et de donner une réponse globale au demandeur. Pour cela leurs missions sont nombreuses :

- l'information des personnes âgées et de leur famille ainsi que des professionnels ;

---

<sup>71</sup> CRAM Rhône-Alpes *Enquête Médecine 2004*. Service Hospitalisation et Médico-social, Mars 2005.

<sup>72</sup> M. LONG. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques : un nouveau mode d'action locale, in *Politiques et Management public*. Septembre 2003, volume 21 n°3, p 123.

- l'orientation de la personne âgée dans un dispositif d'offre de prestation ;
- l'évaluation des besoins de la personne ;
- la construction des rapports contractuels avec les prestataires divers ;
- la mise en oeuvre du plan d'aide individualisé ainsi que son suivi et son adaptation.

Depuis 2000 de nombreux CLIC ont ainsi vu le jour. La circulaire du 6 juin 2000 a défini la zone d'attraction des CLIC en différenciant milieu rural et milieu urbain ; en milieu rural ou d'habitat dispersé le CLIC concernera une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus, en milieu urbain ce chiffre sera porté à 15 000. L'agglomération de Saint-Brieuc ne dispose pas à ce jour de CLIC ce que l'ensemble des acteurs semblent regretter étant donné les difficultés qui se posent s'agissant de la prise en charge des personnes âgées. Les tentatives menées jusqu'ici se sont soldées par un échec, faute de promoteur, institutionnel ou associatif. Face à ce constat, le Conseil Général des Côtes d'Armor envisage la mise en place d'un CLIC sur l'agglomération briochine pour fin 2006. A cet égard il faut noter que le CLIC s'inscrit dans un ensemble de dispositifs et qu'il n'a pas vocation à s'y substituer mais doit s'insérer dans un paysage complexe que le département doit façonner ou du moins coordonner via le schéma de coordination gérontologique, arrêté conjointement par le Président du Conseil Général et le Préfet. S'agissant des Côtes d'Armor, ce schéma, arrêté en 2001, est actuellement en cours de révision.

Les retours d'expérience des CLIC de Dinan et Guingamp font état de bilans très positifs qui laissent espérer aux différents professionnels du bassin de Saint-Brieuc une amélioration prochaine.

### **3.1.3 Leviers et obstacles pour une mise en oeuvre opérationnelle**

#### **A) Le dynamisme de l'équipe de médecine gériatrique**

Ouvert en décembre 2003, le service de court séjour gériatrique a amorcé la structuration de la filière qui se poursuit encore actuellement, notamment par la création d'ici fin 2005 d'une unité de 30 lits de SSR à orientation gériatrique. Néanmoins, de larges pans d'activité sont encore manquants pour pouvoir parler de filière complète, notamment s'agissant de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. L'équipe médicale a pleinement conscience qu'il faut du temps pour parvenir à s'inscrire dans un dispositif cohérent et bien coordonné, et oeuvre en ce sens. Ainsi, mentionnons à titre d'exemple qu'une trame de dossier unique d'admission en SSR gériatrique a été élaborée par le

service qui envisage de recueillir l'avis des autres ES et de se mettre en relation avec les professionnels de ville pour que ce travail puisse répondre aux attentes de chacun sans être l'occasion de multiplier les supports, ce qui est une charge de travail supplémentaire pour les personnels et facteur d'une faible lisibilité sur les facteurs d'admission.

L'équipe de gériatrie reçoit l'appui d'autres médecins spécialistes et notamment des neurologues pour travailler dans cette optique. A cet égard, il faut d'ailleurs noter que les deux spécialités concourent ensemble au fonctionnement de consultations mémoire. Cet appui est un élément essentiel à prendre en compte car la gériatrie a encore sa place à faire dans la « hiérarchie » médicale hospitalière. Malgré la reconnaissance institutionnelle par l'instauration d'un diplôme d'études spécialisées, la gériatrie n'est pas considérée par tous comme une spécialité au même titre que les autres ; beaucoup considérant qu'il ne s'agit que d'une médecine générale à destination des sujets âgés. Pour autant, force est de constater que la vision globale de la prise en charge gériatrique apportée par les trois dimensions intrinsèques de la discipline (dimension médicale, psychologique et sociale) est un élément essentiel qu'il serait souhaitable de généraliser.

#### B) Le poids des représentations du passé

L'accent mis sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital se heurtera probablement à la culture hospitalière très empreinte de technicité. La remise en cause de l'hyperspécialisation risque d'être le premier point d'achoppement. Centrés sur un domaine précis du savoir médical, les spécialistes recrutent plus volontiers des patients dont les pathologies correspondent au domaine de leurs compétences. Le développement de services consacrés à une prise en charge globale, notamment du sujet âgé, peut dès lors leur apparaître comme un retour en arrière, un gage de moindre qualité au plan technique. Toute la difficulté pour les décideurs consiste à trouver un juste milieu entre prise en charge globale et technicité. On ne peut en effet nier les bénéfices de la spécialisation, de l'avancée des techniques médicales qui ont largement contribué à l'allongement de la durée de la vie. Des efforts sont à maintenir dans ce sens. La recherche clinique doit être poursuivie, toutefois dans une moindre mesure dans un centre hospitalier général en comparaison avec les centres hospitaliers universitaires, ainsi que la diffusion des techniques et produits innovants. Pour autant l'arbitrage ne sera pas aisé, cela d'autant plus que l'hôpital évolue dans un environnement de plus en plus contraint au plan budgétaire, imposant des arbitrages difficiles.

Le poids du passé est ici un facteur à prendre en considération. Longtemps cantonné à son rôle d'hospice, le visage de l'hôpital a fortement changé en un demi-

siècle. « *Au yeux de ces professionnels, très attachés à ce que leur hôpital ne soit pas perçu comme un établissement pour personnes âgées - un hôpital où l'on rencontre beaucoup de personnes âgées ne peut pas être performant- il perd en technicité ce qu'il doit gagner dans le registre relationnel. Par opposition les hôpitaux qui accueillent des gens dans la force de l'âge, dans des lieux de haute technicité renvoient du médecin et du soignant une image plus valorisante* »<sup>73</sup>. Ces représentations sociales sont de surcroît, largement partagées par la population et ce malgré le décalage avec le nouveau profil des sujets âgés dont les exigences augmentent avec le niveau d'instruction et dont les modes de vie n'ont plus rien de semblables avec ceux des décennies passées.

### **3.2 Améliorer l'articulation entre l'offre de soins hospitalière, la médecine de ville et le secteur médico-social**

L'hôpital ne peut se penser seul mais dans un environnement complexe dont il constitue un des maillons. Cela lui impose de prendre en compte les relations avec la médecine de ville, tant en amont qu'en aval, ainsi qu'avec les structures médico-sociales qui constituent une part essentielle de l'aval hospitalier. La gestion des interfaces n'est pas chose aisée en ce qu'elle suppose une articulation qui ne peut faire l'économie de partenariats avec des acteurs divers aux logiques de fonctionnement propres.

#### **3.2.1 Faciliter le développement des consultations externes et des hospitalisations programmées**

Il faut ici rappeler que 70% des usagers des services d'urgence s'y présentent directement sans contact médical préalable<sup>74</sup>. Sans doute faut-il y voir une évolution sociétale forte, le recours à un médecin traitant référent n'étant plus une pratique majoritaire. Le fait peut être déploré de part son impact sur la qualité du suivi médical, il n'en demeure pas moins une constante à laquelle le système de soins doit s'adapter. Le dispositif du « médecin traitant » institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie aura peut être des impacts bénéfiques, néanmoins il faut rappeler la possibilité pour tout citoyen de recourir directement aux urgences hospitalières s'il le

---

<sup>73</sup> G. ARBUZ. *Le grand âge : chance ou fatalité ?* Editions Seli Arslan, 2003, p 77.

<sup>74</sup> DREES. Les usagers des urgences. *Etudes et Résultats*. Janvier 2003, n° 212.

souhaite. Au centre hospitalier de Saint-Brieuc, l'analyse de l'activité du SAU sur les sept premiers mois de 2005 montre que la part des patients « non attendus dans un service et hospitalisés après son passage aux urgences » atteint 38,9% des entrées totales. Ce chiffre est en baisse sur les dernières années. A l'inverse, la part des patients « non convoqués sortant après consultation ou soins » tend à augmenter ; représentant à peine 40% en 2002, elle atteint 55,8% des entrées totales au SAU sur les sept premiers mois de 2005. Il ressort de ces statistiques, issues du logiciel GEMSA, un recours accru aux urgences hospitalières comme porte d'accès à l'hôpital, non en termes d'hospitalisations mais de consultations. Pour autant le SAU n'est pas nécessairement le lieu le plus approprié pour répondre aux besoins exprimés par les patients et il convient en conséquence de redéfinir son rôle et de proposer des solutions alternatives de qualité à la population et aux professionnels de santé libéraux.

#### A) Organiser la complémentarité entre médecine de ville et médecine hospitalière

Afin d'améliorer la qualité de l'orientation et donc des soins apportés au patient il est nécessaire d'organiser une réelle complémentarité entre l'hôpital et la médecine de ville. Une enquête de la DREES de janvier 2002 mentionnait que 16% des usagers des urgences y étaient adressés par leur médecin traitant<sup>75</sup>. Dans la majorité des cas les généralistes renvoient les patients vers les urgences, faute de pouvoir recevoir une réponse rapide et adaptée de la part de l'hôpital. Le taux d'admission direct est difficile à objectiver. Le rapport d'activité pour l'année 2004 mentionne 14 582 entrées programmées, soit 38,2% des entrées totales. Ce chiffre ne recouvre cependant pas la seule notion d'admissions directes en hospitalisation complète, dans la mesure où l'activité programmée des hôpitaux de jour et de semaine y est incluse.

Certains services ont développé des organisations spécifiques pour répondre à la demande des patients et des médecins libéraux. C'est notamment le cas du service de pneumologie, dont la part d'admissions via la médecine de ville a largement augmenté sur les quatre dernières années ; ainsi le nombre de nouveaux patients atteints de cancers bronchiques adressés au centre hospitalier par la médecine de ville est-il passé de 11 en 2000 à 75 en 2004. Cela a nécessité un effort conséquent de la part des praticiens hospitaliers qui répondent aujourd'hui aux demandes d'avis et d'hospitalisation de leurs confrères libéraux dans un laps de temps restreint. L'organisation en lits du service a également été modifiée pour répondre à cette exigence. Un accord de principe, passé avec la direction, a permis de « sanctuariser » six lits, qualifiés d'hôpital de semaine, pour

---

<sup>75</sup> DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. Janvier 2003, n° 215.

les hospitalisations programmées et qui ne peuvent être pris par les patients venant du SAU qu'en situation de crise. En contre partie, le service a accepté de consacrer les 34 autres lits à l'accueil du « tout venant » des urgences. Par ailleurs, les patients appartenant déjà à la file active du service peuvent, en cas de besoin, être hospitalisés dans le service à la demande du médecin traitant si le taux d'occupation le permet. Cela permet d'éviter un encombrement supplémentaire du service des urgences mais aussi d'éviter une mauvaise orientation préjudiciable en terme de prise en charge et, par voie de conséquence, d'image de l'hôpital. Ce mode d'organisation est généralisable à l'ensemble des services de soins, via la contractualisation interne, pour des patients déjà connus et dont l'état de santé n'est pas trop grave. L'établissement, dans le temps, de relation de confiance entre PH et médecins de ville est un élément primordial au bon fonctionnement de ce champ d'activité. Il faut néanmoins faire remarquer que ce mode de fonctionnement est consommateur de temps ; les patients ne passant pas par le SAU, il appartient aux personnels du service de les techniquer et de programmer les premiers examens nécessaires. Cela suppose également que les plannings puissent être respectés, la déprogrammation ayant un effet particulièrement perturbant, à la fois psychologiquement pour le patient, et en terme de confiance et d'image pour son médecin traitant. Le développement de l'activité de consultations externes est également un facteur possible d'amélioration. Le profil des patients qui y sont accueillis est différent de celui de l'hospitalisation programmée ; les consultations externes permettent d'établir des bilans initiaux ou de suivis, sans examens complexes, pour la prise en charge de problèmes ponctuels nécessitant une simple surveillance. Lorsque la demande nécessite un recours assez étoffé au plateau technique, la consultation n'est plus efficiente. Elle peut néanmoins servir à un premier bilan et à la programmation d'examens complémentaires en hospitalisation partielle.

D'autres établissements ont répondu différemment à cette demande de soins. Le Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) de Lorient a mis en place une commission d'adéquation des flux d'admissions (CAFA), émanation de la CME, depuis 2001. Parmi les thèmes de travail investis par la CAFA figurent notamment la gestion des flux d'admissions en médecine, les situations à risque médico-légal, la mise à jour de protocoles de communication directe entre le SAU et les services de médecine pour éviter l'hébergement de patients médicaux en service de chirurgie, et la capacité de l'établissement à répondre par l'activité programmée. Faisant le constat que l'hôpital communique mal avec la médecine de ville, la CAFA a été élargie au bénéfice de représentants de l'URML et a travaillé sur les modalités possibles de communication en amont comme en aval de l'hospitalisation, partant de la volonté d'un dialogue et d'échange d'informations réciproques. Ainsi le CHBS envisage aujourd'hui de mettre en place un dispositif de réponse systématique aux médecins traitants ayant adressés un

patient vers le centre hospitalier, présentant notamment les autres modalités possibles de prise en charge et celle qui aurait été *a priori* la plus opportune étant donné l'état de santé du patient. L'idée ici sous-jacente est de mettre en place une « interface hôpital/ médecine de ville » qui permette à ces deux « mondes » de se rencontrer et de bâtir progressivement des habitudes de travail communes. Il faut permettre, par ce biais ou par un autre, au médecin traitant de trouver les bonnes réponses à ses interrogations pour éviter que, par défaut, celui-ci n'adresse son patient au SAU.

B) Conserver le rôle d'accueil des urgences au SAU tout en développant l'activité programmée

Ainsi que le souligne le rapport du conseil économique et social, « *les urgences sont pour tout hôpital un mode de recrutement « tout venant », lui permettant de conserver une ouverture sur la ville, donc un rôle d'hôpital de proximité*<sup>76</sup> ». Devenues la porte d'entrée principale de l'hôpital, les urgences constituent un révélateur des insuffisances de la prise en charge des patients, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'hôpital, en amont et en aval de ce service clé. L'existence même des services d'urgence est une réponse à la mission d'accueil permanent du service public hospitalier. Néanmoins, pour maintenir des services d'urgence de qualité, aptes à répondre aux besoins de la population et notamment aux cas les plus graves, il est nécessaire de revoir l'organisation interne, et avec l'extérieur, pour que les urgentistes ne se substituent pas progressivement aux médecins généralistes. Le recours, dénoncé comme abusif, aux urgences hospitalières témoigne d'un problème dans la chaîne de soins : problème dans l'organisation de la permanence des soins, mais également dans la perception que peuvent en avoir les usagers. Si pour certains il y a une volonté délibérée d'aller au plus vite et au plus simple, beaucoup semblent perdus dans la complexité du système de santé et sont demandeurs d'action d'éducation. Certains établissements réfléchissent aux modalités pratiques que pourraient prendre ce type d'action : présentation du service et de ses missions via une plaquette d'information envoyée systématiquement aux usagers, spots publicitaires sur le même modèle que ceux concernant les médicaments génériques, etc. Ces actions de communication sont toutefois coûteuses et par là même peu réalisables par les établissements qui évoluent déjà dans un contexte budgétaire difficile et qui ne disposent pas nécessairement des personnels qualifiés en matière de communication.

---

<sup>76</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. 2005, p 51.

L'évolution du nombre de passages au SAU suivis d'une consultation est en constante augmentation ; représentant 56,2% des passages totaux en 2001, ils atteignent 60% sur les sept premiers mois de 2005. La part des urgences « vraies », ie des urgences vitales reste quant à elles relativement stable sur la même période, représentant 2% des passages enregistrés. Ces chiffres laissent penser qu'il serait nécessaire de renvoyer vers la médecine de ville et notamment vers la maison médicale de garde une partie de ces passages. Des nuances doivent toutefois être apportées à cette éventualité.

D'une part, la saturation des services d'urgence ne se fait pas tant par le nombre de passages que par la nature de ces derniers. Le SAU est en effet, au-delà du service le plus visible de l'hôpital, un refuge pour les populations les plus précaires qui viennent y chercher une prise en charge autant sociale que médicale. On retrouve ici la dimension asilaire, historique, de l'hôpital à laquelle nombre de soignants restent légitimement attachés. L'hôpital en cela pallie le défaut de structures sociales, essentiellement en périodes hivernales. On peut douter que la médecine de ville, aujourd'hui défaillante sur le secteur, acceptera de prendre en charge ce type de populations qui viennent chercher à l'hôpital un lit où dormir dans un endroit chauffé et propre. Il faut par ailleurs noter que certains de ces patients ont appris au fil du temps à connaître les « ficelles » et savent utiliser les « douleurs thoraciques » comme sésame.

Par ailleurs, le mode de financement de l'activité d'urgence n'incite pas nécessairement à la mise en place de ce type de dispositif. L'activité d'urgence hospitalière est financée de façon complexe. Chaque passage donne lieu à un forfait ATU – accueil et traitement des urgences - de 25 € auquel se rajoute la valorisation des actes éventuellement produits en consultations externes. S'agissant des patients hospitalisés dans les services de soins, le tarif des GHS comprend une part censée couvrir le coût du passage préalable aux urgences. L'activité de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) donne également lieu à une valorisation sur la base d'un GHS spécifique. Enfin se rajoute à ces recettes un forfait global, fonction du nombre de passages enregistrés et fonctionnant par tranches de 2 500 passages ; à partir de la tranche [15 000, 17 500], chaque tranche de 2 500 passages supplémentaires donne lieu à l'obtention de 184 182€. L'établissement n'a donc pas nécessairement intérêt, financièrement parlant, à voir diminuer le nombre de passages, au risque de passer sous un seuil et de perdre des ressources.

Le désengorgement des services d'urgence passe également par le développement de l'activité programmée qui constitue par ailleurs un atout en terme d'attractivité pour les praticiens hospitaliers, ce qui ne peut être négligé dans un contexte de démographie médicale difficile. Outre les éléments exposés précédemment, il faut mentionner une

autre expérience innovante envisagée au centre hospitalier de Lorient. Les médecins de ville, essentiellement les généralistes, souhaitent souvent connaître l'avis des spécialistes hospitaliers mais sont souvent dans l'incapacité de les joindre. Les praticiens hospitaliers, sans être opposés sur le principe, ne souhaitent pas être sans cesse dérangés dans leur exercice. Partant de ces constats, le CHBS envisage de calquer l'organisation du CHU de Nantes qui a mis en place une régulation spécifique, ouverte uniquement aux médecins de ville qui disposent d'un numéro d'appel unique pouvant les renseigner sur le service à contacter, les possibilités de prise de rendez-vous en hospitalisations programmées, etc. Il faut également noter que le SROS II dans son volet « prise en charge des personnes âgées », préconisait la mise en place de dispositif de ce type à destination des médecins traitant, leur permettant de joindre en journée un gériatre de l'équipe hospitalière de référence pour se voir proposer la programmation d'une consultation et/ou d'une évaluation gériatrique en hôpital de jour dans un délai rapide<sup>77</sup>.

Ces solutions, séduisantes dans le principe, sont néanmoins sous-tendues par la nécessité pour les patients de se réappropriier le médecin traitant, généraliste, comme pivot de leur prise en charge, y compris pour les soins non programmés. Or, si cela est encore fréquemment le cas pour les personnes âgées, il l'est beaucoup moins pour la population comprise globalement.

De surcroît, le fonctionnement d'une telle plate-forme nécessite la mise à disposition de temps de secrétariat médical sur une amplitude horaire suffisamment large pour avoir des retombées positives. Le contexte syndical du centre hospitalier de Saint-Brieuc laisse présager des difficultés dans la mise en place d'un tel mode de fonctionnement. Les organisations de travail sont en effet rigidifiées par des habitudes comprises comme des acquis sociaux. L'amplitude d'ouverture des secrétariats médicaux des services de soins n'est déjà pas sans poser problème aujourd'hui ; la fermeture entre 16h et 17h de ces postes de travail ne correspond pas aux besoins exprimés par les médecins de ville qui reviennent sur leurs dossiers « difficiles » en fin de journée, heures auxquelles les services ne sont plus aisément joignables.

### **3.2.2 Organiser la sortie du patient dès son entrée**

Une enquête de la CRAM de Rhône Alpes réalisée entre février et avril 2004 relève que 15,2% des patients enquêtés ont été jugés comme médicalement sortants<sup>78</sup>. Ce résultat rejoint celui de l'enquête réalisée en 2002 par le service médical de Bretagne sur plus de

---

<sup>77</sup> SROS Bretagne - Prise en charge des personnes âgées – juin 2003, p 10.

5 000 personnes de plus de 75 ans qui concluait que 20% des patients étaient médicalement sortants. L'enquête de la CRAM de Rhône Alpes mentionne l'absence de place dans un établissement d'aval (62,6% des patients) et les difficultés liées à l'environnement (22%) comme motifs principaux du maintien à l'hôpital de ces patients. Ces chiffres témoignent de l'importance qu'il y a à organiser au plus tôt la sortie des patients, et particulièrement des patients âgés. Dans cet objectif, l'ANAES a publié en novembre 2001 un guide à destination des professionnels relatif à la préparation de la sortie du patient hospitalisé<sup>79</sup>.

A) Mettre du personnel qualifié à disposition pour l'organisation de la sortie

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après l'hospitalisation. La préparation de la sortie dès l'entrée s'inscrit dans la logique du parcours de soins et vise à éviter toute rupture.

Le compte rendu d'hospitalisation à destination du médecin traitant constitue un élément essentiel en ce qu'il regroupe les informations les plus importantes. Les principales difficultés liées à ce support de communication entre médecins tiennent à son contenu et à son délai d'émission. Le rapport d'autoévaluation mentionne que la totalité des services émettent un compte rendu à destination du médecin ayant adressé le patient. Toutefois, selon une évaluation réalisée en 2002, le délai de production de ce document varie de 24h à 15 jours selon les services, en fonction de la charge de travail des praticiens et des secrétariats médicaux. Une réflexion a été amorcée sur la transmission par voie télématiques (messagerie cryptée ou plateforme de télé santé) du compte rendu au médecin traitant de manière rapide et sécurisée.

Il faut par ailleurs souligner l'important travail de coordination que la préparation de la sortie implique pour les professionnels. Lorsque l'hospitalisation est programmée, la sortie est organisée dès l'entrée. Dans les autres cas elle se fait en cours de séjour selon le diagnostic et en principe au plus tard la veille de la sortie<sup>80</sup>. Néanmoins nombreux sont les cas où un problème d'ordre social perturbe cette organisation. Lorsque celui-ci est précocement détecté, le service fait appel à une assistante sociale dont la mission est de « *conseiller, d'orienter les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale. (...) Ils assurent, dans l'intérêt de ces personnes, la coordination avec*

---

<sup>78</sup> CRAM Rhône-Alpes. *Enquête Médecine 2004 – données régionales*, Service de l'hospitalisation et médico-social. Mars 2005, p 36.

<sup>79</sup> ANAES. *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, Préparation de la sortie du patient hospitalisé*. Novembre 2001.

*d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux*<sup>81</sup> ». Le rôle des assistantes sociales dans la préparation de la sortie d'hospitalisation est donc essentiel. Leur action se caractérise par la multiplicité des partenaires internes et externes et est contrainte par une exigence de temps ; la DMS très courte (moins 6 jours pour l'année 2004 en MCO) nécessite une réactivité forte. L'évaluation doit se faire le plus précocement possible tout en tenant compte des contraintes extérieures, notamment du manque de structures d'aval (SSR et LS) et de l'insuffisance de l'offre de soins libérale, et des souhaits du patient et de sa famille. Ces différents éléments sont souvent difficilement conciliables ce qui nécessite de la part de ces personnels un travail de coordination avec les partenaires extérieurs et une aptitude au relationnel avec les familles. Actuellement, le service social du centre hospitalier est composé de sept assistantes de service social. Cet effectif semble insuffisant eu égard aux demandes reçues par le service. Le recrutement, envisagé, d'effectifs supplémentaires suppose également le recrutement d'un cadre – le service étant actuellement directement supervisé par la directrice adjointe chargée de la direction du système d'information, de l'organisation et de la qualité – ainsi que la mise à disposition d'un secrétariat propre.

Le rôle des médecins ne doit pas être non plus négligé. La disponibilité des médecins et l'information qu'ils dispensent aux patients et aux familles sont des éléments à prendre en considération. L'hospitalisation, notamment d'une personne âgée, modifie souvent ses conditions de vie et il est essentiel que la personne et sa famille soient informées au plus tôt des perspectives d'évolution et des besoins futurs pour engager des démarches auprès des structures adéquates, en ambulatoire pour un retour à domicile, ou auprès d'établissements de soins de suite ou de long séjour. Or il faut mentionner les effets de la réduction du temps de travail sur la disponibilité des médecins ; la RTT a en effet réduit de 9,7% en moyenne la durée de travail des PH<sup>82</sup> et n'a été compensée au centre hospitalier de Saint-Brieuc que dans les services effectuant des gardes, services qui ne gèrent pas l'hospitalisation traditionnelle. Or il est essentiel, pour instaurer des rouages précis, que les médecins puissent à la fois prendre le temps de dispenser une information claire au patient et faire la visite de sortie ainsi qu'elle a été initialement prévue et programmée, en lien avec les partenaires extérieurs et/ou la famille.

---

<sup>80</sup> CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC. *Rapport d'autoévaluation*. Juin 2005, référentiel OPC 12, p 36.

<sup>81</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE, 1993. Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

<sup>82</sup> ENA, Rapport de séminaire. *Les politiques de santé*. Juillet 2003, p 7.

- B) Coordonner la sortie avec les professionnels sanitaires et sociaux : développer les liens avec les partenaires libéraux

Les professionnels de santé du secteur déplorent une insuffisance de professionnels de soins libéraux pour permettre le retour à domicile après l'hospitalisation. Outre ce facteur quantitatif sur lequel l'hôpital n'a pas directement prise, il convient d'examiner l'aspect qualitatif. Les relations entre la ville et l'hôpital ne semblent pas optimales, les professionnels étant de chaque côté confrontés à des difficultés récurrentes ; les hospitaliers devant remplir différents supports pour la transmission d'information et les libéraux ne retrouvant pas les éléments nécessaires à l'évaluation de la charge de travail et à la définition des modalités de prise en charge. Sur la base de ce constat, la direction des soins du centre hospitalier souhaite mettre en place un groupe de travail sur la préparation de la sortie associant les professionnels de ville et notamment les infirmiers libéraux. Il s'agit de fait de réactiver deux groupes de travail, le premier a permis l'élaboration d'un nouveau dossier de soins, le second mène des réflexions sur les modalités de sortie. Ces groupes de travail fonctionnent en étroite collaboration avec la cellule qualité de l'hôpital, mais déplorent le faible investissement du corps médical. Les premiers échanges sur l'analyse des besoins des infirmiers libéraux font état d'un manque d'information concernant l'état de dépendance du patient et la charge en soins nécessaire, et au-delà, de façons différentes d'organiser et de percevoir leurs tâches.

Les premiers contacts font en effet ressortir un manque en terme de diagnostic infirmier partagé. Le plus souvent les demandes de prise en charge émanent des assistantes sociales de l'hôpital qui ne font pas état d'objectifs de soins, or cet aspect est primordial en ce qu'il justifie ou non une prise en charge infirmière à domicile. La médicalisation doit en effet répondre à des objectifs précis, déterminés dans le temps, et non se substituer à une prise en charge sociale par des auxiliaires de vie. Trop souvent les demandes sont systématiquement basculées vers les infirmiers, ce qui représente un coût pour l'Assurance Maladie, et crée un glissement de compétences entre tâches infirmières et aides à la vie quotidienne. L'explosion des demandes du fait du vieillissement de la population a conduit à saturer les possibilités de réponses par les cabinets infirmiers. Il s'en suit une médicalisation injustifiée pour certains patients et une perte de chance pour ceux dont l'état de santé aurait nécessité une intervention et qui devront faire appel à une auxiliaire de vie sociale, faute de trouver un intervenant infirmier disponible. Il faut également noter le rôle joué par la pression exercée par les familles ; l'hôpital étant un lieu très médicalisé, celles-ci souhaitent être rassurées par une prise en charge infirmière, qui de surcroît leur est partiellement remboursée par l'assurance maladie.

L'objectif du groupe de travail à mettre en place est donc d'établir des protocoles adaptés, comportant un diagnostic infirmier sur un support unique pour ne pas augmenter la charge de travail des hospitaliers. Les retours d'expérience, positivement perçus, de la mise en place d'une cellule interne de préparation de la sortie au centre hospitalier de Guingamp pourront constituer des premiers repères. La coordination entre d'une part l'analyse hospitalière en terme d'objectifs de soins, et d'autre part l'évaluation des modalités à mettre en œuvre en ambulatoire par les libéraux devrait permettre une meilleure articulation entre les versants hospitalier et libéraux de la prise en charge, et par là assurer une qualité de prise en charge aux patients.

Le travail en partenariat entre soins de ville et hôpital se heurte souvent au déficit de représentativité des professionnels paramédicaux libéraux. En ce sens il faut noter l'atout de la région qui a vu se créer, sur le modèle des URML pour le versant médical, une association regroupant l'ensemble des professionnels paramédicaux libéraux, dénommée Cap'Réseau, qui propose une représentation de ces professionnels autre que syndicale ou individuelle. Reconnue par l'Assurance Maladie, Cap'Réseau a participé à ce titre aux travaux de préparation des SROS de troisième génération et s'investit aujourd'hui pleinement aux côtés d'autres acteurs institutionnels pour la mise en place de structures d'HAD.

### **3.2.3 Mettre en place une plateforme de coordination et des fiches de liaison avec les structures médico-sociales**

Le retour à domicile représentait 86% des modes de sortie en 2004. Néanmoins, 10,83% soit 3 699 patients étaient orientés à la sortie de l'hôpital vers d'autres structures : moyen séjour, établissements psychiatriques, maison de « convalescence », long séjour, etc. En ces cas également, la qualité de la prise en charge dépend de la nature et de la qualité des informations transmises entre l'hôpital et ces structures. Le refus de prise en charge fréquemment opposé tient à deux motifs principaux : d'une part l'incapacité des services hospitaliers de fournir une durée précise de séjour, d'autre part les faibles ratios d'encadrement de nombreuses structures qui limitent leur recrutement de personnes fortement dépendantes.

#### **A) La nécessité d'apprendre à se connaître : la constitution de réseaux**

Les assistantes sociales et les cadres des services de soins sont régulièrement amenés à formuler des demandes de prise en charge dans des structures d'aval, SSR ou

long séjour, pour les patients ne pouvant regagner leur domicile après l'hospitalisation car les familles sont souvent prises au dépourvu et n'ont pas entamé ces démarches. Ce travail est fortement consommateur de temps et nécessite la constitution de liste de contacts, le plus souvent informels. Ces démarches se font généralement par téléphone. Au fil du temps, les acteurs ont appris à se connaître et des réseaux « naturels » se sont ainsi constitués. A titre d'exemple, il faut mentionner les rencontres entre les assistantes sociales de l'hôpital et leurs homologues des caisses de retraites et du CCAS de la ville de Saint-Brieuc. Une convention est venue formaliser ce dispositif qui vise à un échange d'information s'agissant de patients généralement connus des travailleurs sociaux des différentes institutions. Des relations régulières sont également entretenues avec les hôpitaux locaux de Quintin et de Lamballe, ainsi qu'avec les structures médico-sociales du secteur, tels que l'établissement de convalescence des Châtelets, les cliniques de la Cerisaie et du Val Josselin, structures privées à but lucratif orientées vers la prise en charge psychiatrique, ou encore l'établissement Velleda. Les assistantes sociales de l'hôpital interviennent à la demande des services de soins lorsqu'un problème a été identifié et apportent notamment une aide dans le montage de dossier, essentiellement pour l'obtention d'aides financières, telle que l'APA.

Pour consolider ces liens interpersonnels, des initiatives institutionnelles ont été prises par la directrice adjointe chargée de la direction du système d'information, de l'organisation et de la qualité, en concertation avec la direction des soins. Des conventions ont ainsi pu être établies avec certains établissements, notamment avec les Châtelets, structure privée non lucrative offrant une prise en charge en SSR.

#### B) Formaliser un mode unique de transmission : le travail sur les fiches de liaison

Les personnels hospitaliers sont confrontés dans leur travail de recherche de structures d'aval à une multiplicité de supports dont l'objectif reste pourtant unique, à savoir la transmission d'informations sur l'état de santé du patient, son niveau de dépendance et la charge de travail qui en découle. Faisant le constat que quel que soit le lieu de prise en charge, les besoins en termes d'information restent identiques, des réflexions sont menées sur la possibilité d'uniformiser les pratiques et de mettre en place une fiche de liaison unique répondant aux besoins de tous.

Une étude menée en décembre 2004 pour l'évaluation du dossier de soins mentionne que ces fiches de liaison étaient remplies dans 9,87% des cas. Ce chiffre, faible en apparence, est à mettre en relation avec le pourcentage de patients quittant l'hôpital vers des structures d'aval, soit 10,87% du total des sorties enregistrées en 2004.

Sur la base des besoins exprimés en interne lors de cette enquête, une nouvelle fiche de liaison a ainsi été insérée dans le dossier de soins en vigueur au centre hospitalier de Saint-Brieuc. Néanmoins, le groupe de travail à l'origine de cet outil est conscient de la nécessité d'entendre les besoins des différents partenaires extérieurs pour permettre une homogénéisation de ce support et éviter une charge de travail supplémentaire pour les soignants qui passent un temps considérable à remplir ces documents et à se procurer la version actualisée en vigueur dans l'établissement d'aval. Un travail de concertation avec les établissements des Châtelets et Velleda a d'ores et déjà pu aboutir à une trame commune régulièrement actualisée en fonction des besoins exprimés. Pour autant la généralisation de cet outil se heurte à la tendance naturelle de chacune des structures à travailler de façon isolée. Les différentes démarches engagées dans ce sens par le centre hospitalier sont restées lettre morte faute d'interlocuteur.

L'élaboration d'un outil efficient suppose au préalable une évaluation de la charge en soins. Le centre hospitalier de Saint-Brieuc ne dispose pas à ce jour d'outil performant permettant cette évaluation. Toutefois, le nouveau dossier de soins comprend un diagramme de soins remplis par les aides soignants et comprenant les rubriques hygiène, alimentation, mobilisation, élimination, sécurité et relation qui du fait de leur proximité avec la grille AGIR, devrait permettre une évaluation du degré de dépendance selon le barème des GIR. Ces outils demandent cependant à être améliorés et informatisés pour permettre une information de qualité et un réel gain de temps.

L'ouverture prochaine d'une unité de SSR à orientation gériatrique peut en cela être un levier. L'équipe médicale et paramédicale souhaite en effet instaurer un dossier d'admission unique en SSR qui, s'il est validé, devrait pouvoir être mis à disposition de toutes les structures analogues du secteur. Ce dossier comporte entre autre chose un encart spécifique précisant si la demande est acceptée ou refusée. Les services restent en effet souvent dans l'attente d'une réponse, ce qui nécessite de leur part des rappels fréquents, augmentant d'autant leur charge de travail. Cette initiative est louable mais comporte toutefois un risque de multiplication des groupes de travail et des supports proposés. Un recentrage, par la direction des soins en concertation avec les partenaires extérieurs est fortement souhaitable afin d'éviter cet écueil.

### **3.3 Entre technicité et proximité : faire une place à la médecine polyvalente hospitalière**

#### **3.3.1 Pallier à l'hyperspécialisation**

##### A) L'insuffisance de la juxtaposition d'avis de spécialistes

Structurée en services de spécialité, l'organisation interne de l'hôpital est aujourd'hui non optimale essentiellement dans deux cas : lorsque des patients médicaux sont accueillis dans un service de chirurgie et dans le cas des patients présentant des pathologies associées à celle qui a constitué le motif de recours aux soins hospitaliers. Ce constat a nourri l'argumentation de certains membres de la communauté médicale en faveur du recrutement de médecins généralistes chargés de coordonner l'ensemble de la prise en charge. Le fonctionnement actuel par un système de bons de consultation émis par le service d'accueil du patient à destination d'un spécialiste atteint ses limites. Certaines ont déjà exposées précédemment, les autres résident dans le fait qu'il faut souvent attendre l'avis de ce spécialiste pour s'apercevoir que le problème médical ne relève pas de ses compétences mais de celles d'un autre médecin. Il en résulte pour le patient une perte de temps, qui cumulée peut être importante et générer un préjudice, constitué par une perte de chance. Force est de constater en effet que le lien se fait difficilement entre les spécialistes d'organe et que le corps médical, par un effet d'âge et de formation cumulé, perd progressivement les compétences cliniciennes indispensables à une prise en charge globale. Le recrutement de médecins généralistes permettrait d'éviter cet écueil et de mieux utiliser le temps médical faisant aujourd'hui défaut, notamment par l'absence de compensation systématique des effets de la RTT.

##### B) Améliorer la prise en charge des patients ne relevant pas clairement d'une spécialité

Nombre de patients ne présentent pas un profil médical clairement déterminé, des symptômes précis permettant aux urgentistes de décider d'une orientation vers une spécialité d'organe. Aujourd'hui le service de médecine interne joue en partie ce rôle d'unité polyvalente, par défaut. Il faut néanmoins faire remarquer que la médecine interne

ne doit pas être confondue avec la médecine générale en ce qu'elle est une spécialité uniquement hospitalière, centrée sur l'étude des pathologies dites de « système », des maladies rares ou touchant de multiples organes. Les médecins internistes sont formés à l'établissement d'un diagnostic sur la base de l'observation de signes cliniques et en appliquant un raisonnement déductif. Cela nécessite une formation poussée et un esprit de synthèse particulièrement développé et se différencie de la médecine générale.

Le constat d'une saturation accrue de l'établissement lors des périodes épidémiques par des patients présentant des pathologies infectieuses favorisant une décompensation générale (gastroentérites, gripes, pneumopathies, etc.) peut plaider en faveur de l'instauration d'une organisation analogue à celle mise en place en pédiatrie de décembre à avril pour faire face aux bronchiolites et gastroentérites infantiles. Le service de pédiatrie prévoit en effet chaque année l'installation possible en cas de besoin de lits supplémentaires pour permettre l'accueil d'un nombre plus important de jeunes patients en périodes épidémiques. S'il semble *a priori* possible de calquer ce mode de fonctionnement, les modalités pratiques montrent rapidement les limites d'un tel raisonnement. Les patients ainsi accueillis en pédiatrie bénéficient d'une prise en charge par les équipes médicales des urgences pédiatriques, de l'hôpital de jour et du service de chirurgie pédiatrique situés à proximité immédiate. Les personnels paramédicaux sont renforcés pendant cette période afin de faire face à une charge de travail accrue. L'installation de lits supplémentaires ne pose pas de difficultés majeures, les enfants pouvant être exceptionnellement placés à trois par chambre. Cela est déjà moins envisageable s'agissant des adultes. Le service des urgences ne dispose pas dans ses locaux de la place nécessaire à l'installation de 10 à 15 lits supplémentaires. De surcroît, si l'on peut envisager de dégager des effectifs paramédicaux, le problème des compétences médicales se pose avec acuité, en ce qu'il semble illusoire d'envisager le recrutement temporaire de médecins. Ces différentes raisons conduisent à abandonner cette piste d'action et plaide en faveur de la création d'une unité permanente.

### **3.3.2 Une nécessité accrue du fait du vieillissement pour la prise en charge des personnes poly pathologiques**

#### **A) Les limites de la médecine gériatrique**

Le bilan d'activité du service de médecine gériatrique permet d'établir un profil de patients. Cette unité, dotée de 39 lits, prend en charge principalement des patients âgés de plus de 70 ans. Cette frange de population représente plus de 95% des entrées totales

enregistrées dans le service en 2004. La part des plus de 80 ans représentant 75,5% et celle des plus de 90 ans près de 28%. Les patients accueillis présentent des poly pathologies à haut risque de dépendance physique, psychique et sociale. Le recrutement se fait essentiellement depuis le SAU (59%). Il faut cependant noter que le fort taux d'occupation (97,8% sur les sept premiers mois de 2005) ne permet pas la prise en charge de la totalité des patients âgés poly pathologiques hospitalisés dans l'établissement. La durée moyenne de séjour y est de près de 14 jours et le mode de sortie majoritaire reste le retour à domicile (65%) devant les décès (13%), l'accueil en SSR (10%) et l'hébergement en structures médico-sociales (4%).

L'objectif de la mise en place d'une unité de médecine polyvalente pourrait être, dans ce contexte, la prise en charge de patients moins âgés et présentant de moindres complications. On constate en effet une augmentation constante de la part des plus de 70 ans depuis le service des urgences, jusqu'à atteindre 19,68% des entrées totales au SAU en 2004. L'approche de la poly pathologie par le modèle PATHOS répertorie une moyenne de 5 affections par patient. Toutes les personnes âgées arrivant à l'hôpital ne présentent pas ce type de complications et de pathologies associées. Néanmoins, la nécessité d'une prise en charge globale laisse à penser que la seule possibilité d'orientation vers les services de spécialité n'est pas adéquate et prône pour une unité distincte, de médecine générale, pouvant avoir recours en cas de besoin à l'avis des spécialistes hospitaliers.

## B) Des exemples positifs sur lesquels prendre modèle

La création d'unités de médecine polyvalente a été un choix stratégique opéré par de nombreux hôpitaux et notamment par les centres hospitaliers de Quimper et de Lorient. Le projet d'établissement du CHIC – Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille – prévoit en effet l'extension de 10 à 24 lits de l'unité de médecine générale et son rattachement au service des urgences. Cette mesure accompagne la mise en place d'une équipe mobile gériatrique et l'extension prévue à moyen terme du service de neurologie de 7 lits supplémentaires, permettant de rassembler en un lieu unique la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Le CHBS –Centre Hospitalier de Bretagne Sud – a lui opté pour la création en janvier 2003 d'une unité de médecine polyvalente de 54 lits dédiés à la prise en charge post-urgences. Ce service assure la totalité de son recrutement depuis le SAU, n'ayant aucune activité programmée. La prise en charge des patients y est assurée par 4 PH : un médecin chef de service interniste de formation et trois généralistes ayant passé le concours de PH. Ce service est chaque jour

en mesure de proposer 7 à 8 lits au SAU, la durée moyenne de séjour étant de 10 jours et la moyenne d'âge de 70 ans. Il convient de noter la nomination en tant que chef de service d'une personnalité importante de la communauté médicale. Le médecin chef de service appartient en effet au bureau de la CME et est par ailleurs président de la commission d'adéquation des flux d'admission. Cela est important à souligner car le choix à ce poste d'une personnalité reconnue permet d'éviter que toutes les situations difficiles, dont les services de spécialités souhaiteraient se décharger, reviennent sur la médecine polyvalente.

### **3.3.3 Contraintes et leviers pour une mise en œuvre opérationnelle**

#### **A) La difficulté de faire émerger une position interne commune**

Inscrite dans les thèmes de réflexion visant à l'élaboration du futur projet d'établissement, la création d'une unité de médecine polyvalente ne fait pourtant pas l'unanimité, notamment au sein de la communauté médicale. Soucieux de conserver un visage fortement empreint de technicité et des compétences pointues, nombre de médecins plaident pour l'extension des capacités des services les plus concernés par le vieillissement de la population, ie essentiellement la cardiologie et la pneumologie ; ces services présentant des taux d'occupation respectifs de 93% et 99% sur les sept premiers mois de 2005. Ces analyses sont corroborées par les données de la FHF qui prévoit d'ici 2008 une augmentation du nombre de séjour de 10,5% en cardiologie et de 5,2% en pneumologie sur la base des projections du modèle Omphale de l'INSEE. Par ailleurs, le choix opéré en 2003 d'étendre les capacités du service de neurologie, à hauteur de 12 lits supplémentaires, pour répondre aux besoins de la population s'est avéré judicieux, permettant la prise en charge adéquate de 692 patients supplémentaires par rapport à 2002.

Le poids des représentations et le legs historique de l'image de l'hôpital hospice pèsent également dans ces positionnements ; la gériatrie ne bénéficiant dans l'esprit de tous de la noblesse des spécialités. Si le choix est fait de renforcer les unités de spécialités existantes, il conviendra d'imposer le principe selon lequel ces services devront prendre en charge les patients orientés par le SAU sans se défausser en arguant du profil âgé de ces patients.

## B) L'opportunité créée par la mise en place du pôle des pathologies digestives

La mise en place récente du pôle médicochirurgical des pathologies digestives offre une opportunité de requalification de 14 lits de chirurgie en unité de médecine polyvalente. La difficulté à trouver des locaux adéquats sur le site de l'hôpital Yves Le Foll est en effet une donnée essentielle concernant la faisabilité des projets de création et d'extension d'activité. Le regroupement des lits de médecine et de chirurgie digestive permet le dégagement d'une demi aile du bâtiment principal, dans laquelle pourrait s'installer l'unité de médecine polyvalente. De surcroît, la tarification à l'activité invite à ne pas diminuer les capacités en lits sur le secteur MCO, au risque de voir la valorisation de l'activité se restreindre.

Si des possibilités existent en terme de locaux, des difficultés persistent s'agissant des personnels. Les personnels paramédicaux assurant la prise en charge des patients sur les 14 lits de chirurgie pourront être redéployés de façon à permettre l'ouverture de la médecine polyvalente. Néanmoins, le fonctionnement d'une telle unité nécessite le recrutement *a minima* de deux praticiens hospitaliers pour assurer une continuité des soins. Cela n'est pas neutre au plan budgétaire, dans la mesure où cette activité est nouvelle et ne figure donc pas dans la base historique issue de la dotation globale. Sur ce point précis il faut noter que le problème se poserait dans les mêmes termes s'agissant du recrutement de praticiens supplémentaires dans les services de spécialité.

Par ailleurs, à supposer que la création d'une unité de médecine polyvalente remporte l'adhésion des décideurs, il conviendrait de s'entendre sur la qualification des médecins à recruter. Les praticiens du SAU ne sont en effet pas favorables à la création de postes d'urgentistes pour la prise en charge de cette unité, en ce que cela reviendrait à une forme de balkanisation des urgences, excluant certains patients du circuit d'hospitalisation traditionnel. Par ailleurs ils font remarquer que le SAU dispose d'ores et déjà d'une unité d'hospitalisation de courte durée de 12 lits. Pour autant, il ne semble pas se dégager de majorité au sein de la CME pour le recrutement de généralistes, beaucoup estimant qu'il est du devoir d'un hôpital de référence de consacrer ces financements au recrutement de praticiens spécialisés, hautement qualifiés.

Ces trois axes de proposition que sont la structuration progressive d'une filière gériatrique complète, le développement des relations entre l'hôpital et ses partenaires extérieurs et la création d'une unité de médecine polyvalente ne constituent pas les seules voies possibles d'amélioration. Elles peuvent s'avérer intéressantes, au regard du problème de la saturation chronique des lits de médecine mais suggèrent des changements importants, notamment en terme d'organisation du travail et de culture et, à ce titre, nécessiteront du temps.

## CONCLUSION

Les pistes d'action exposées s'inspirent assez largement d'expériences extérieures et proposent leur adaptation au contexte local. Elles ne prétendent pas être exhaustives ; diverses autres pistes auraient pu être développées telles que la formation des personnels soignants à la prise en charge spécifique des personnes âgées, ou encore l'élaboration d'une procédure d'accueil formalisée.

L'ampleur du sujet permet d'aborder la quasi-totalité des champs hospitaliers. Ce travail ne propose qu'une première formalisation et doit beaucoup aux études et travaux préalables élaborés en interne. En cela, il ne fait que contribuer modestement aux réflexions stratégiques amorcées. Nul doute que d'autres suivront, notamment dans la dynamique de la constitution des pôles à mettre en place et en préparation de la deuxième version de la démarche d'accréditation.

Un ligne directrice semble devoir guider toutes réflexions de cette nature : l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, quelque soient leurs besoins, leurs ressources, ou leur lieu de résidence. La vocation d'accueil de l'hôpital est inscrite dans son histoire. Pour autant, miroir d'une société et d'une époque, l'hôpital sous l'effet d'évolutions auxquelles il participe et que paradoxalement il subit, concentre les attentes d'un monde en mutation : mutations technologiques, sociales, démographiques, comportementales.

En tant qu'établissement public, l'hôpital doit répondre au principe de mutabilité du service public qui permet à toute administration de modifier ses règles d'organisation et de fonctionnement pour les adapter aux exigences variables de l'intérêt général. L'exercice est cependant difficile pour les établissements de santé encadrés dans des contraintes budgétaires fortes et soumis à des exigences accrues. Cela d'autant plus que les pouvoirs à l'hôpital sont multiples et les identités professionnelles fortes. Le défi est de parvenir à s'adapter, dans l'optique d'une meilleure prise en charge du patient, par la participation de tous et en prenant en compte les contraintes de chacun. Plus que dans la gestion quotidienne, c'est là que se situe l'enjeu, la difficulté mais aussi l'intérêt du métier de directeur d'hôpital. A long terme, c'est probablement l'avenir même du service public hospitalier qui y est en jeu.

---

## Bibliographie

---

ANATOLE-TOUZET V. La gouvernance, Compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ? *Revue Hospitalière de France*, mai juin 2004, n° 498, pp 21-24.

ARBUZ A. *Le grand âge : chance ou fatalité ?* 2003. Editions Seli Arslan

ARBUZ G. Réactualiser les modes d'élaboration du projet gérontologique hospitalier. *Gestions Hospitalières*. Février 2005.

ARTIBA A., DONTAINE A., BRIQUET M., COLIN J., PEMPTROAD G., POURCEL C. Le déploiement de la stratégie dans les établissements de santé. *Gestions Hospitalières*. Mai 2005.

BONHOMME C., NGUYEN T., COLLET G. Dossier : Le programme de médicalisation du système d'information. *Revue Hospitalière de France*, juin juillet 2001, n° 481.

BOURJAC M. La T2A prend-t-elle en compte la qualité des soins ? *Revue Hospitalière de France*. Juillet-Août 2005, n°505.

BRIERE J., GOULEY C. Organisation sanitaire. La proximité des soins hospitaliers. *Gestions Hospitalières*. Décembre 2003.

BRUGERON JM. Hôpital du bon usage des aumônes...à la tarification à l'activité. *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2004, p 425.

CCECQA, ANAES. *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé*. 2004.

CHICHE P. Simplification de l'organisation sanitaire et sociale. L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003. *Gestions Hospitalières*. Décembre 2003.

CLAVERANNE JP., PASCAL C. *Repenser les processus à l'hôpital*. 2004

COLLIGNON N. Admission et responsabilité. *Gestions Hospitalières*. Mars 2000.

COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN. Perspectives des besoins d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes. Juillet 2005.

CONSEIL D'ETAT. *Réflexions sur le droit de la santé. Rapport public 1998*. Février 1998.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. L'hôpital public en France : bilan et perspectives. 2005.

CREDES. *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. 2001.

CREDES. *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*. Août 2002.

CREDES. Rapport du groupe de travail « *Territoire et accès aux soins* ». Janvier 2003.

CRESSON G., SCHWEYER F.X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Editions ENSP. 2000.

DEBROSSE D., ARBUZ A. Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? *Gestions Hospitalières*. Mai 2003, n°424.

DEWITTE J.P. 2004 – Les prémices de la tarification à l'activité. *Revue Hospitalière de France*. Mai-juin 2004, n°498, pp 18-19.

DREES. La spécialisation des établissements de santé en 2002. *Etudes et Résultats*. Février 2005, n°374.

DREES. Le personnel des services d'aide à domicile en 1999. *Etudes et Résultats*. Mars 2004, n°297.

DREES. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*. Juillet 2000, n°72.

DREES. Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. *Etudes et Résultats*. Novembre 2004, n°350.

DREES. Les usagers des urgences. *Etudes et Résultats*. Janvier 2003, n°212.

DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. Janvier 2003, n°215.

ENA, direction des études, promotion 2002-2004 « Léopold Sedar SENGHOR ». *Les politiques de santé*. Juillet 2003

ENSP, *Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ?* Module Interprofessionnel de Santé Publique, 2004.

ENSP. *Les consultations et soins externes : une offre de soins mal connue aux enjeux importants*. Module Interprofessionnel, 2001.

EXPERT P., PERARD Y. La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision. *Revue Hospitalière de France*, septembre octobre 2001, n° 482.

GILBERT P. Critères de gestion et mesure des coûts dans les hôpitaux. *Revue Hospitalière de France*, N°486.

GOMPEL F., POULIGNY P. L'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité. *Gestions Hospitalières*. Mars 2005.

INSEE. La pauvreté en Bretagne. *Les dossiers d'Octant*. Mai 2005, n°47.

JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. 2000. DUNOD, Paris.

KERVASDOUE J. *La crise des professions de santé*. DUNOD. Paris 2003.

KERVASDOUE J. Une crise profonde et multiforme. *Soins Cadres*. Février 2005, n°53. p 27-31.

LAUNAY G. Tarification à l'activité, Le nouveau système d'incitations. *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2004, pp 426-427.

LECLET H. La place de l'imagerie dans l'hôpital de l'an 2000. *Gestions Hospitalières*. Novembre 2000, n°400.

LEMOYNE de FORGES J.M., A propos de la responsabilité des services d'urgence des hôpitaux. *L'entreprise médicale*. 2001, n°210.

LLORCA G. *Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine*. PARIS. Editions Med-line. 2003.

LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU C., CASES C., CUNEO P. Qu'appelle-t-on performances hospitalières ? DREES, *Solidarité et santé*, 2001, n°2.

LONG M. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques : un nouveau mode d'action locale. *Politiques et management public*. Septembre 2003, volume 21, n°3.

LORINO P. Le déploiement de la valeur par les processus. *Revue Française de Gestion*, 1995, n°104.

LORSON P., FAUCONNIER A. Quel rôle pour les hôpitaux de proximité ? *La gazette santé social*. Novembre 2004, n°2

MADLMONT F., DUPILET C. La prévision d'activité, Un outil stratégique dans le cadre de la tarification à l'activité. *Gestions hospitalières*. Janvier 2005, pp 12-13

MARIAN L., BERNARD L., COURAY-TOURAGE S. Tarification à l'activité : du territoire à la trajectoire. *Revue Hospitalière de France*. Novembre-décembre 2004, n° 501, pp 38-43.

MATHY C., BENSADON M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires. *Journal d'économie médicale*. 2002, Volume 20, n°5, p 263-278.

MAUREL-ARRIGHI E., PABOIS A.M., LAGABRIELLE S. Les pouvoirs en médecine. *Pratiques ou les cahiers de la médecine utopique*. Janvier 2005, n°28. p 3-59.

MESLE F. Allongement de la vie et évolution des pathologies. *Gérontologie et société – Le bien mourir*. Cahier n°108. Mars 2004.

PASCAL C. *Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Jean Moulin Lyon 3. 2002.

PASCAL C. La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur. *Revue Française de Gestion*, septembre 2003.

PRADEAU F., PRADEAU M.C. Admission en hébergement des patients et responsabilité pénale. *Médecine et droit*. 1999, n°35.

RAIKOVIC M. Les grandes mutations médicales. *Décisions Santé*. 2000, n°155. p 15-20

RAPIAU M.T., RIONDET J. La sortie d'hospitalisation des personnes âgées. *Gestions Hospitalières*. Août-Septembre 2004.

RIVIERE D. *Connaissance des coûts et tarification à l'activité : une analyse par les processus. L'exemple des chimiothérapies au centre hospitalier du Mans*. Mémoires ENSP, 2004.

SCHWACH V. Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. *Gestions Hospitalières*. Mars 2005.

SCHWEYER F.X., CRESSON G., PENNEC S., COUCHAYER F. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Editions ENSP. 2004.

SEGUI S. Appréciation des conditions d'admission dans un service hospitalier inadéquat. *Gestions Hospitalières*. Janvier 2002.

THEVENET A. *Les Institutions sanitaires et sociales de la France*. PUF. 1999

URCAM BRETAGNE. L'offre et les besoins dans le domaine gériatrique. 2001

WELTER E. *Pour une meilleure prise en charge de la dépendance à domicile, en milieu rural : le SSIDPA, pivot d'un travail en réseau*. Mémoires ENSP, 2004.

#### **Documents internes et réglementaires :**

SROS II. Prise en charge sanitaire des personnes âgées. Juin 2003.

Travaux préparatoires au SROS de 3eme génération. Bilan de la mise en œuvre du volet complémentaire du SROS. Prise en charge sanitaire des personnes âgées. Octobre 2004.

Travaux préparatoires au SROS 3eme génération. Bilan de la mise en œuvre du SROS 1999-2004. Prise en charge des urgences. Octobre 2004.

SROS 2006-1011. Volet « Médecine ». Bilan d'étape et propositions d'organisation. Mars 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1993. Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2000. Circulaire DAS-RV n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

ORSB. *Tableau de bord sanitaire du secteur sanitaire 7*. Septembre 2004.

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC. *Rapport d'auto-évaluation*. Juin 2005

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Tableaux comparatifs des taux d'occupation MCO du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire de fin de formation.

Annexe 3 : Activité du service social du centre hospitalier de Saint-Brieuc au 31.08.05

Annexe 4 : Répartition des patients par classes d'âge au centre hospitalier de Saint-Brieuc en 2004.

**ANNEXE 1 TABLEAUX COMPARATIFS DES TAUX D'OCCUPATION MCO DU  
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC**

	2000	2001	2002	2003	2004	7 mois 2005	Variation 2000/2004
<b>Médecine</b>	90,54%	90,94%	93,85%	93,12%	<b>92,81%</b>	<b>95,43%</b>	+ 2,5%
<b>MCO</b>	85,20%	86,37%	88,49%	87,32%	<b>87,24%</b>	<b>86,66%</b>	+ 1,71%

**Nombre de services dont le taux d'occupation dépasse les 95% au moins six mois sur  
l'année.**

2000	2001	2002	2003	2004
Neurologie	Médecine interne	Médecine interne	Médecine interne	Médecine interne
Rhumatologie	Neurologie	Endocrinologie	Endocrinologie	Neurologie
Dermatologie	Hémodialyse Néphrologie	Neurologie	Neurologie	Rhumatologie
	Dermatologie	Hémodialyse Néphrologie	Hémodialyse Néphrologie	Hémodialyse Néphrologie
	Gastro- entérologie	Dermatologie	Dermatologie	Dermatologie
		Gastro- entérologie	Gastro- entérologie	Gastro- entérologie
		Pneumologie	Pneumologie	Pneumologie

### Evolution des taux d'occupation annuels par service

<b>SERVICES</b>	2000	2001	2002	2003	2004	7 mois 2005	Variation 2000/2005
Médecine interne	91,12	94,95	96,04	96,77	95,58	95,37	+4,89
Endocrinologie	90,53	92,05	99,56	94,91	93,22	101,38	+ 2,97
Cardiologie	87,24	86,46	92,65	92,00	92,01	93,50	+ 5,46
Neurologie	94,58	95,50	96,86	97,59	97,56	98,32	+ 3,15
Hématologie	86,85	90,58	92,76	89,28	91,18	92,63	+ 4,98
Rhumatologie	93,66	92,65	94,58	94,05	96,99	100,40	+ 3,55
Hémodialyse Néphrologie	88,57	92,99	97,16	97,97	98,48	101,08	<b>+ 11,18</b>
Dermatologie Infectiologie	98,51	97,73	97,36	100,63	99,79	101,55	+ 1,29
Gastro- entérologie	91,08	99,75	101,51	101,99	100,12	102,69	<b>+ 9,92</b>
Pneumologie	90,68	92,24	98,09	97,21	98,72	101,16	<b>+ 8,86</b>
Réanimation	90,60	92,84	92,51	85,79	88,51	94,20	+ 3,97
Urgences	76,62	69,73	82,31	77,49	73,38	73,66	- 4,22
Médecine gériatrique				96,61	96,84	97,85	/
<b>Total Médecine</b>	<b>90,54</b>	<b>90,94</b>	<b>93,85</b>	<b>93,12</b>	<b>92,81</b>	<b>95,43</b>	<b>+ 2,5</b>
<b>Total MCO</b>	<b>85,20</b>	<b>86,37</b>	<b>88,49</b>	<b>87,32</b>	<b>87,24</b>	<b>86,66</b>	<b>+ 2,39</b>

## ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES RENCONTREES<sup>83</sup> DANS LE CADRE DU MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

### ➤ Dans l'établissement :

- M. BRIANT, directeur du centre hospitalier de Saint-Brieuc.
- Mme COLAS, directrice adjointe chargée de la gériatrie et des vigilances.
- Mme SAUNIER-DUFOUR, directrice adjointe chargée du système d'information, de l'organisation et de la qualité.
- M. CONAN, directeur adjoint chargé de la direction des affaires médicales.
- Mme ACHE, coordonnatrice des soins.
- Mme LE GAL, directrice des soins.
- Dr SIMON, président de la Commission Médicale d'Etablissement.
- Dr THOREUX, médecin chef de service du département d'information médicale.
- Dr MADIGAND, médecin chef de service de neurologie.
- Dr VAN ASSCHE, praticien hospitalier au service d'accueil des urgences.
- Dr BRIENS, praticien hospitalier dans le service de pneumologie.
- Dr TROADEC, médecin chef de service de médecine gériatrique.
- M. FOY, cadre supérieur de santé du service d'imagerie médicale.
- Mme KERROUX, cadre supérieure de santé du laboratoire.
- M. CARRO, cadre de santé au SAMU-SMUR.
- Melle CLOAREC, cadre de santé du service d'accueil des urgences.
- Mme GICQUEL, cadre de santé aux consultations externes.
- Mme BOURDAIS, cadre de santé du service de cardiologie-pneumologie.
- Mme LE DUC, cadre de santé du service de pneumologie.
- Mme LE FAUCHEUR, assistante sociale en médecine gériatrique.
- Mme HUERRE, assistante sociale auprès du SAU et référente PASS.
- Mme GICQUEL, adjoint des cadres hospitaliers à la direction des affaires médicales.
- Mme LONGEARD, attachée d'administration hospitalière chargée du bureau des mouvements.
- Mme QUERE, ingénieur qualité à la cellule qualité.
- Melle MAHE, adjoint technique statisticienne.

---

<sup>83</sup> Rencontres physiques ou entretiens téléphoniques

- M. DISDERO, attaché d'administration hospitalière à la direction des affaires financières.

➤ **En externe :**

- M. LE BORGNE, directeur adjoint chargé de la direction des affaires médicales, Centre Hospitalier Bretagne Sud, Lorient.
- Mme FERIGOULE, cadre supérieure de santé du secteur gériatrique, centre hospitalier d'Avignon.
- Mme LEON, responsable du service des établissements pour personnes âgées, Conseil Général des Côtes d'Armor.
- M. VERNEY, infirmier libéral et représentant de Cap'réseau
- Mme CHARLES, infirmière au service de coordination du CCAS de Saint-Brieuc.
- M. BOURDOULOU, responsable du SSIAD au CCAS de Saint-Brieuc.

### ANNEXE 3 ACTIVITE DU SERVICE SOCIAL AU 31.08.05

Motifs	Nombre de dossiers	Part dans l'activité globale du service social
A.P.A	268	7,44%
Accès aux droits	94	2,61%
Accès aux soins	28	0,77%
Accès ressources	198	5,5%
Aides Financières	42	1,16%
Consultation Gériatrique	2	0,05%
Déplacements	2	0,05%
Difficultés familiales	263	7,30%
Hébergement temporaire	76	2,11%
Information famille	31	0,86%
Justice	125	3,47%
Logement	92	2,55%
Permanence d'accès aux soins	183	5,08%
Placement	441	12,25%
Réactualisation du dossier	112	3,11%
<b>Relais réseau</b>	<b>819</b>	<b>22,76%</b>
<b>Retour et maintien à domicile</b>	<b>647</b>	<b>17,98%</b>
S.S.R	105	2,92%
Suivi résident	27	0,75%
Synthèse	17	0,47%
Travail et formation	26	0,72%
<b>Total</b>	<b>3 598</b>	<b>100%</b>

**ANNEXE 4 REPARTITION DES PATIENTS PAR CLASSES D'AGE AU CENTRE  
HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC EN 2004.**

**Répartition des entrées par classe d'âge pour les services de MCO au centre  
hospitalier de Saint-Brieuc – Année 2004 - (source : SIH)**

<b>ANNEE 2004</b>								
<b>Classes d'âge</b>	<b>Entrées programmées</b>	<b>%</b>	<b>Entrées par le SAU</b>	<b>%</b>	<b>Entrées par mutation</b>	<b>%</b>	<b>Entrées totales</b>	<b>%</b>
[0 ;10 ans[	1 179	8,09	3 530	18,21	92	2,19	4 801	12,58
[10 ;20 ans[	402	2,76	1 544	7,96	84	2,00	2 030	5,32
[20 ;30 ans[	1 445	9,91	1 429	7,37	164	3,91	3 038	7,96
[30 ;40 ans[	1 721	11,80	1 552	8,01	263	6,27	3 536	9,27
[40 ;50 ans[	1 546	10,60	1 678	8,66	429	10,23	3 653	9,57
[50 ;60 ans[	2 034	13,95	1 630	8,41	556	13,26	4 220	11,06
[60 ;70 ans[	2 154	14,77	1 438	7,42	560	13,36	4 152	10,88
[70 ; 80 ans[	2 778	19,05	2 788	14,38	1 081	25,78	6 647	17,42
[80 ; 90 ans[	1 161	7,96	2 833	14,61	800	19,08	4 794	12,56
[90 ;100 ans[	155	1,06	949	4,90	164	3,91	1 268	3,32
≥ 100 ans	7	0,05	16	0,08	0	0	23	0,06
	<b>14 582</b>	<b>100,00</b>	<b>19 387</b>	<b>100,00</b>	<b>4 193</b>	<b>100,00</b>	<b>38 162</b>	<b>100,00</b>

**Répartition en pourcentage et par classe d'âge des patients âgés de plus de 60 ans  
dans le nombre d'entrées au centre hospitalier de Saint-Brieuc – Année 2004 –  
(Source SIH)**

	<b>Patients âgés de plus de 60 ans</b>	<b>Patients âgés de plus de 70 ans</b>	<b>Patients âgés de plus de 80 ans</b>
Entrées programmées	42,89%	28,12%	9,07%
Entrées par le SAU	41,39%	33,97%	19,59%
Entrées par mutation	62,13%	48,77%	22,99%
<b>Entrées totales</b>	<b>44,24%</b>	<b>33,36%</b>	<b>15,94%</b>