EHESP

**DESSMS**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **DECEMBRE 2009**

# La transversalité sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge des personnes âgées :

# l'exemple de l'équipe mobile gériatrique du Centre Hospitalier de Saumur

**Emmanuelle BUISSON**

# Remerciements

Je souhaite exprimer mes remerciements à Monsieur Jean-Christophe PINSON, Directeur Général du Centre Hospitalier de Saumur ainsi qu'à toute l'équipe de direction pour leur accueil chaleureux.

Ma reconnaissante s'adresse tout particulièrement à Madame Anne-Marie LEMESSAGER, Directeur adjoint en charge des ressources humaines et des affaires médicales du centre Hospitalier de Saumur pour son accompagnement permanent et l'aide qu'elle m'a apportée tout au long de mon stage.

Cette étude est le fruit d'un échange ouvert et constructif avec les équipes du service de gériatrie que je remercie sincèrement : Dr Hervé CAUSERET chef de service de gériatrie, Dr Véronique BAUDOUX-EUDO praticien hospitalier, Dr Sylvie POCHIC assistante spécialiste, Dr Anne BICHON-CHARDONNEAU assistante spécialiste, Madame Sylvie PRISSET cadre supérieur de santé, Madame Christelle HARMANGE cadre de santé, et enfin Madame Françoise BESNARD assistante sociale.

De manière générale, mais tout aussi sincère, je salue l'ensemble du personnel du Centre Hospitalier.

Je remercie une nouvelle fois mes compagnons d'aventure pour leurs soutiens inconditionnels : Anne, Christine, Ghislain et Sylvain.

# Sommaire

**Introduction** ..... **1**

**1 LA FILIERE GERIATRIQUE EST UNE REPONSE INNOVANTE DES POUVOIRS PUBLICS AU DEFI DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION** ..... **7**

**1.1 Les enjeux démographiques, épidémiologiques et économiques actuels et à venir obligent les professionnels à repenser le parcours de soins du patient âgé** ..... **7**

1.1.1 L'évolution des données démographiques, épidémiologiques et économiques modifient le contexte de l'offre de soins des personnes âgées ..... 7

1.1.2 La filière gériatrique hospitalière est un dispositif récent et innovant qui s'inscrit dans une politique publique ambitieuse en faveur des personnes âgées ..... 12

**1.2 Le Centre hospitalier de Saumur met en place une filière sur le territoire Angers/Saumur** ..... **16**

1.2.1 Les bases de la filière gériatrique ont été posées récemment sous l'impulsion de l'ARH avec la formalisation d'une charte intégrant le sanitaire et le médico-social ..... 16

1.2.2 L'équipe mobile gériatrique, véritable satellite au service de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées hospitalisées est destinée à fluidifier le cheminement du patient au sein de la filière gériatrique. ..... 21

**2 LE CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR A MIS EN PLACE UNE EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE QUI PEINE A TROUVER SA PLACE** ..... **25**

**2.1 L'expérience de l'équipe mobile gériatrique se conclut par un manque de moyens et par une non reconnaissance de la discipline par ses confrères** ..... **25**

2.1.1 Un projet sans véritable moyens dédiés mais porté par une équipe médicale investie ..... 25

2.1.2 Un champ d'intervention qui relève de l'expertise plutôt que d'une véritable évaluation gériatrique standardisée.....27

**2.2 L'équipe mobile gériatrique n'a pas de légitimité institutionnelle pour pouvoir asseoir son rôle.....31**

2.2.1 L'absence de suivi de l'activité constitue un frein majeur à une reconnaissance institutionnelle.....31

2.2.2 L'EMG est intégrée au pôle de gériatrie sans avoir d'organisation et d'objectifs formalisés.....34

**3 LE PROJET PORTE PAR L'EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE IMPLIQUE DES CHANGEMENTS INTERNE ET EXTERNE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR..... 37**

**3.1 Relancer l'élaboration du projet dans son intégralité permettra à cette équipe d'exercer une activité pérenne et efficiente.....37**

3.1.1 Identifier les besoins afin de calibrer l'équipe mobile gériatrique au regard de l'activité potentielle identifiée.....37

3.1.2 Identifier les ambitions de l'équipe mobile gériatrique afin de lui permettre de prendre pleinement sa place.....42

**3.2 L'engagement de l'institution auprès de l'EMG implique un investissement plus large de l'hôpital sur son territoire.....45**

3.2.1 La validation institutionnelle de l'EMG pousse le Centre Hospitalier de Saumur à s'ouvrir sur son environnement.....45

3.2.2 Partenaires incontournables de son environnement, les autorités de tarification doivent être sollicitées pour accompagner la mise en place de cette équipe.....48

**Conclusion..... 51**

**Bibliographie..... 53**

**Liste des annexes..... I**

# Liste des sigles utilisés

| | |
|---|---|
| ARH : | Agence régionale de l'Hospitalisation |
| ARS : | Agence régionale de la Santé |
| CH : | Centre Hospitalier |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CLIC : | Centre local d'information et de coordination |
| CLICs : | Comité de liaison et de coordination des soins |
| CPAM : | Caisse primaire d'assurance maladie |
| DHOS : | Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins |
| DMS : | Durée moyenne de Séjour |
| EGS: | Evaluation gériatrique standardisée |
| EMG: | Equipe mobile gériatrique |
| EHPAD : | Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées dépendantes |
| DDASS : | Direction des Affaires sanitaire et sociales |
| IDE : | Infirmière Diplômée d'Etat |
| NTIC : | Nouvelles technologies d'information et de communication |
| SROS : | Schéma régional d'Organisation sanitaire |
| SSIAD : | Services de Soins infirmiers à domicile |
| SSR : | Soins de Suite et de Réadaptation |
| T2A : | Tarification à l'Activité |
| USLD : | Unité de Soins de longue Durée |
| INSEE : | Institut national de la Statistique et des Etudes économiques |

# Introduction

La période de la canicule de 2003 est souvent qualifiée de crise sanitaire majeure, tant elle a mis à mal toute la structure sociale (place du lien social dans notre société, structure familiale, solidarité, prestations sociales et sanitaires, etc.), ainsi que le système de santé sanitaire et social. Dans un premier temps, les pouvoirs publics ont apporté un traitement spécifique à la situation d'urgence, puis ils ont envisagé des solutions pour éviter que cette tragédie ne se reproduise dans le futur. En réalité, cet événement pose un problème plus important à l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, à savoir la fragmentation des réponses apportées par les différents secteurs et la difficulté pour les professionnels (médicaux, sociaux, médicosociaux,...) de se coordonner les uns aux autres. Ce morcellement est donc aujourd'hui inadapté à une prise en charge globale de la personne âgée. La transversalité entre les acteurs paraît donc nécessaire à une prise en charge globale de la personne âgée.

La transversalité caractérise ce qui recoupe plusieurs disciplines ou secteurs[1]. Dans le champ sanitaire, ce mot désigne de manière pertinente l'un des objectifs poursuivis pour répondre aux besoins de prise en charge du sujet âgé dans un contexte qui est en pleine évolution. Le vieillissement de la population fait naître de nouveaux besoins pour lesquels le système sanitaire et social n'est pas adapté. Aujourd'hui, la personne âgée présente de multiples visages. «*Celui que l'on qualifie de sujet âgé et fragile représente un concept médical nouveau et un enjeu sanitaire et social. Ce groupe comprend les personnes âgées vulnérables, présentant des réserves fonctionnelles réduites qui amenuisent leurs capacités de réaction à l'environnement, à une maladie ou à un stress. Les études montrent une réduction des capacités d'intégration sociale, des performances cognitives, de la force musculaire, de la capacité d'aérobie et des réserves nutritionnelles. La personne âgée fragile représente l'usager potentiel principal du système de soins communautaire hospitalier, des Urgences, de la filière gériatrique, de l'aide médico-sociale et très probablement des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Il est à risque pathologique, en particulier de ces affections que l'on peut*

[1] Site internet : www.larousse.fr

*nommer les piliers de la gériatrie à savoir: la dénutrition, les chutes, la démence, la dépression, le syndrome d'immobilisation, l'incontinence, la perte neurosensorielle et enfin la polymédication*»[2].

Parallèlement au vieillissement de la population, se met en place la réforme tarifaire appelée la tarification à l'activité (T2A). Celle-ci désavantage les séjours à moyen et long terme du secteur sanitaire qui concernent principalement les personnes âgées. En effet, le nouveau mécanisme de tarification des hôpitaux pénalise toutes les hospitalisations qui seraient supérieures à la durée moyenne de séjour (DMS) correspondant à la pathologie pour laquelle le patient est entré à l'hôpital. Or, le séjour d'un sujet âgé est souvent long. La structure hospitalière est engorgée par la proportion importante de personnes âgées qui s'adresse à elle, avec des prises en charge à la fois médicales et sociales auxquelles elles peinent à répondre. Un tel patient demande du temps à des équipes qui sont confrontées à une rotation accrue et à une accélération du travail. Tout ceci dans un contexte où la fluidité devient le critère-clé, la personne âgée réunit tous les éléments pour faire obstacle à cette fluidité[3]. En outre, l'hôpital ne cesse de déplorer un manque de solutions d'aval adaptées. Le sujet âgé est ainsi perçu comme «incasable»[4] et pesant fortement sur la structure hospitalière. Quant au secteur social et médico-social, il peine lui aussi à apporter les réponses médicales nécessaires à satisfaire les besoins des personnes accueillies dans ses établissements et garantir ainsi, une prise en charge de qualité. Malgré l'appartenance au même secteur d'activité, à savoir, celui très large de la santé, la coordination et le travail en partenariat entre les structures sanitaires, médico-sociales et les professionnels libéraux ne sont pas toujours effectifs et ne vont pas non plus forcément de soi. Ainsi, comment répondre à ces nouveaux besoins et coordonner les réponses, les acteurs et les moyens dans un environnement extrêmement stratifié?

Les pouvoirs publics mobilisés autour de cette question proposent la mise en place d'un dispositif innovant: la filière de soins gériatrique, déclinaison des filières de soins. La filière n'est pas une invention récente, son histoire est étroitement liée à celle des réseaux. C'est véritablement à partir des années

---

[2] BOURDILLON F, BRUCKER G, TABUTEAU D, *Traité de santé publique*, 2e édition, édition Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2007, page 488

[3] Pr JEANDEL C, VIGOUROUX P, *Programme pour la gériatrie, la labellisation des filières*, Technologies et Santé, CNED, avril 2007 page 8.

[4] DRUNAT O, LUTZLER P, HOLSTEIN J, *Intérêt du concept « filière de soins » pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie*, Gestions hospitalières Janvier 1997, page 46

1980 que le terme de réseau s'est peu à peu imposé pour obtenir une reconnaissance officielle avec les ordonnances du 24 avril 1996 dites ordonnances « *Juppé* »[5]. Toutefois, ce n'est que très récemment que la filière a pris une ampleur importante dans le paysage sanitaire et médico-social. Le préambule de l'annexe 1 de la circulaire du 28 mars 2007 définit très exactement la notion de filière de soins gériatriques : « *la filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant en compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique*[6]». Celle-ci se compose d'un certain nombre d'éléments dont l'équipe mobile gériatrique (EMG). L'E.M.G est définie dans l'annexe 3 de la circulaire du 28 mars 2007. « *Elles interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les Comités de liaison et de coordination des soins (CLICs) et les réseaux de santé «personnes âgées». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé»* Le rôle de l'EMG est extrêmement stratégique car elle sert de vitrine de la gériatrie et elle peut constituer une interface entre d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux, les libéraux et les intervenants à domicile.

Le Centre Hospitalier (CH) de Saumur a débuté la mise en place d'une filière gériatrique et notamment d'une EMG. Cet établissement public de santé se situe à Saumur, dans le Maine-et-Loire, une ville qui compte 28 654 habitants en 2006 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques[7]. A ce jour, l'hôpital dispose de 6 places d'hospitalisation de jour médecine/chirurgie, 20 places d'hospitalisation de jour en psychiatrie et de 439 lits dont 192 de court séjour. Il gère également : deux EHPAD de 192 lits, un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), une école de formation d'aides-soignantes et, enfin, un secteur de psychiatrie infanto-juvénile couvrant tout l'Est du Maine-et-Loire. Sa situation géographique le place à

[5] POURTOUT G, *Les réseaux de santé*, Les Cahiers Hospitaliers, n°219, janvier 2006 page 6
[6] Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
[7] Site internet officiel de l'INSEE : http:/www.insee.fr

égale distance de deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui se situent l'un à Tours et l'autre à Angers. Cette proximité est un atout, avec par exemple, la possibilité de nouer des partenariats privilégiés, mais c'est aussi un handicap, notamment en raison de l'attractivité plus importante de ces structures sur la population environnante. Le CH de Saumur doit donc s'adapter aux besoins et améliorer sa prise en charge pour rester attractif. L'hôpital s'est ainsi engagé dans la création d'un pôle de santé du Saumurois avec la clinique chirurgicale de la Loire. Ce partenariat se traduit par la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire destiné à partager un bloc opératoire. Dans un autre registre, le service de gériatrie du Centre Hospitalier de Saumur s'est investi dès 2006 dans la création de sa filière de soins gériatriques avec, notamment, la rédaction d'une charte de fonctionnement de cette filière. Le service de gériatrie comprend actuellement: 28 lits de médecine polyvalente gériatrique, 8 lits de neuro-gériatrie, 25 lits en soins de suite et réadaptation (SSR) dont 4 lits de soins palliatifs. C'est la raison pour laquelle, j'ai choisi d'investir ce terrain de recherche professionnel car je souhaitais voir l'aspect opérationnel d'une filière de soins gériatriques et en effectuer une première évaluation. Or, il s'est révélé, au regard des premières conclusions, que ce sujet était beaucoup trop vaste pour un stage de huit mois, compte tenu de l'avancement du projet. J'ai donc circonscrit mon étude à l'EMG, composante importante de la filière de soins gériatriques.

L'exemple du Centre Hospitalier de Saumur atteste que l'équipe mobile gériatrique est un dispositif transversal qui implique de transformer les organisations traditionnelles hospitalières mais aussi d'envisager une ouverture sur l'extérieur qui ne va pas forcément de soi pour les professionnels. Aussi, il revêt une dimension stratégique et managériale très importante. En effet, le directeur est responsable de la vision stratégique d'une institution. Il doit conjuguer au quotidien, une gestion optimisée des ressources financières et humaines devenues rares, avec la nécessité d'assurer une prise en charge de qualité. Cet axe oriente sa stratégie interne. D'un point de vue stratégie externe, l'hôpital doit s'ouvrir sur les autres acteurs du secteur sanitaire et social, en particulier sur son environnement professionnel proche: le secteur libéral et les structures et services médico-sociaux. Bien que cette nécessité face l'objet d'un consensus entre les acteurs, dans la réalité, le travail en collaboration pour des raisons historiques et

culturelles n'est pas encore ancré dans les pratiques professionnelles et le cloisonnement des secteurs existe encore de fait. Le directeur doit ainsi comprendre les enjeux et interagir sur un environnement plus vaste et plus complexe pour permettre de garantir l'efficience de la prise en charge. Il doit construire et fédérer les professionnels autour de ce projet, et accompagner le changement pour permettre sa mise en œuvre effective. En outre, la nouvelle gouvernance implique de travailler également avec les équipes médicales qui sont des acteurs essentiels et incontournables. L'exemple du Centre Hospitalier de Saumur illustre la situation d'une équipe médicale de gériatrie volontaire et particulièrement demandeuse, sur laquelle le directeur pourra se reposer pour garantir l'efficience de son EMG.

L'approche de ce sujet a été multidimensionnelle : une recherche documentaire a alimenté au fur et à mesure l'avancée des travaux ; un état des lieux sur le fonctionnement de l'équipe mobile du Centre Hospitalier de Saumur et les autres éléments de la filière a été établi sur la base du référentiel d'organisation des soins de la circulaire de 2007 et rempli par le cadre du service, le médecin référent de chaque unité ainsi que par le chef de service de gériatrie. Ce document a servi de point de départ pour ce travail.
J'ai élaboré un guide d'entretien à partir de la littérature spécialisée présentant un large panel d'expériences d'équipes mobiles gériatriques sur le territoire, ce qui a permis d'enrichir les premiers constats. Ce guide a été validé par la Direction des soins infirmiers, la Direction des ressources humaines et par le chef de service du service de gériatrie qui ont joué un rôle de soutien et d'appui. S'ensuivent des entretiens menés auprès des médecins gériatres et des cadres de santé construits sur la base de ce guide. Enfin, des réunions pluridisciplinaires ont permis de débattre et d'avancer sur cette thématique.

Face au vieillissement de la population, l'hôpital doit désormais adapter son dispositif de prise en charge au regard du parcours de l'usager et mettre en place sa filière de soins gériatrique, aussi il est légitime de s'interroger sur la place à donner à cette équipe mobile gériatrique au sein du Centre Hospitalier de Saumur. En effet, quels sont les attendus de l'équipe mobile gériatrique et, plus largement, de la filière de soins gériatriques pour la population et pour le Centre Hospitalier de Saumur? Quel rôle, quelles missions et quels moyens

doivent être donnés à cette équipe. Enfin, quel rôle doit jouer le directeur pour accompagner la mise en place d'un tel projet?

La filière est une réponse innovante des pouvoirs publics au défi du vieillissement de la population (I). Ainsi, le Centre Hospitalier de Saumur a mis en place l'équipe mobile gériatrique qui peine à trouver sa place (II). Néanmoins, le projet porté par l'équipe mobile gériatrique implique des changements internes et externes au Centre Hospitalier de Saumur(III).

# 1 LA FILIERE GERIATRIQUE EST UNE REPONSE INNOVANTE DES POUVOIRS PUBLICS AU DEFI DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Dans la société française désormais, l'âge moyen et le pourcentage de personnes âgées dans la population totale, augmentent. Les projections établies par l'Insee permettent d'affirmer que ce phénomène est amené à s'amplifier dans les prochaines décennies. Toutefois, ces paramètres démographiques s'ajoutent aux contraintes épidémiologiques et économiques qui obligent les professionnels à reconsidérer le parcours de soins tout en assurant un continuum des prises en charge en fonction de la gradation des soins requis (1.1). Le Centre Hospitalier de Saumur s'est investi dans cette démarche avec la mise en place de la filière de soins gériatriques sur le territoire de recours d'Angers/Saumur (1.2).

## 1.1 Les enjeux démographiques, épidémiologiques et économiques actuels et à venir obligent les professionnels à repenser le parcours de soins du patient âgé.

De par son ampleur, le vieillissement de la population présente des enjeux démographiques, épidémiologiques et économiques qui impactent fortement le système de soins (1.1.1). Acteur incontournable dans la prise en charge du vieillissement de la population, le Centre Hospitalier de Saumur doit s'adapter à ce nouveau contexte en mettant en place une filière de soins gériatriques (1.1.2)

### 1.1.1 L'évolution des données démographiques, épidémiologiques et économiques modifient le contexte de l'offre de soins des personnes âgées

L'offre de soins, c'est-à-dire l'ensemble des prestations en soins proposées aux usagers, doit être capable de s'adapter aux besoins de la population.

Aujourd'hui, l'enjeu est important car notre société subit de profondes mutations qui ont un impact direct sur l'organisation de l'offre de soins. En effet, le secteur sanitaire et social doit faire face à des défis et des enjeux notamment démographies et épidémiologiques, avec l'accroissement du nombre de personnes âgées d'une part et le développement de besoins spécifiques liés à cette une population, d'autre part.

On assiste actuellement à un vieillissement de la population lié à l'augmentation en nombre de personnes âgées mais également à l'allongement de l'espérance de vie. Les études démographiques annoncent une accélération du vieillissement de la population qui atteint des proportions importantes en Europe. D'une part, un grand nombre de personnes vont atteindre, voire dépasser l'âge de 80 ans. En effet, « *leur nombre (les 80 ans et plus) devrait, d'après Eurostat, augmenter de 50% d'ici à 2010-2015 pour atteindre environ 20 millions d'individus et cette progression va continuer de s'accélérer. Eurostat estime que, d'ici à 2050, l'augmentation du nombre de personnes très âgées de 80 ans et plus pourraient être de 180%* »[8]. La part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale va presque doubler d'ici 2050 et représenter 15,6 % de la population française contre 8 % aujourd'hui. D'autre part, l'allongement de l'espérance de vie contribue à augmenter le vieillissement de la population. Ainsi, La France tout comme ses confrères européens est touchée par ce phénomène. L'espérance de vie est passée de 71 ans en 1946 à 82 ans en 2006.

Localement, dans la région Pays-de-Loire, où est implantée la ville de Saumur, la tendance est la même. Ainsi, le vieillissement de la population devrait s'accentuer. En 2003, cette région comptait 266 814 habitants âgés d'au moins 75 ans, soit 8,11 % de la population régionale et 64 502 personnes, soit 2 % de la population régionale, d'au moins 85 ans. L'effectif des 75 ans et plus, déjà multiplié par deux depuis 1970, devrait plus que doubler. La même augmentation est attendue pour les 85 ans et plus[9].

[8] MARTIN C., LE BIHAN-YOUINOU B., *Vieillissement et demande de soins en Europe*, Hôpitaux magazine, avril 2007, page 21
[9] Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays-de-Loire, 2006-2010 page 12

**Évolution de la population des 75 ans et plus de 2003 à 2010 dans la région Pays-de-Loire**

| Départements | 75 ans et plus en 2003 | 85 ans et plus en 2003 | Part des 75ans et plus dans la population 2003 | 75 ans et plus projection 2010 | 85 ans et plus projection 2010 | Part des 85ans et plus dans la population 2010 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Loire Atlantique | 83 897 | 19 320 | 7,18 | 102 689 | 28 963 | 8,37 |
| **Maine-et-Loire** | **58 972** | **14 970** | **7,92** | **70 879** | **21 284** | **9,26** |
| Mayenne | 25 933 | 6 522 | 8,97 | 31 159 | 9 285 | 10,61 |
| Sarthe | 46 905 | 11 853 | 8,75 | 55 782 | 16 323 | 10,26 |
| Vendée | 51 107 | 11 837 | 9,25 | 63 834 | 17 587 | 11,14 |
| **Région** | **266 814** | **64 502** | **8,11** | **324 343** | **93 442** | **9,53** |

*Source : INSEE - projection Omphale à partir du recensement de la population 1999.*[10]

Le territoire de santé à proximité de Saumur compte toutefois quelques particularités dont le secteur sanitaire, social et médico-social doit tenir compte dans le développement de son offre. En effet, avec 105 000 habitants, ce territoire de santé représente 3 % de la population régionale. On note que 30 % de la population habite l'agglomération de Saumur. Selon les estimations effectuées par l'INSEE, le territoire de Saumur devrait voir sa population diminuer. Ainsi, on estime que la population passera à 100800 habitants en 2030 contre 105100 en 2000. Cette réduction de la population va s'accompagner d'une transformation en profondeur de la structure par âge en faveur des personnes âgées. D'un côté, l'effectif des moins de vingt ans devrait fortement diminuer (30 %). De l'autre, le nombre des 60 ans et plus devraient augmenter de 53 %. Leur proportion dans la population passerait ainsi de 24 % à 38 % en trente ans. Au-delà de 85 ans, la baisse amorcée depuis 2000 s'interrompt : l'effectif des 85-89 ans va doubler d'ici 2010 alors que le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus, va diminuer au cours des cinq prochaines années[11].

L'accroissement notable du nombre de personnes âgées dans la population, augmente nécessairement le nombre de personnes susceptibles d'avoir besoin

[10] Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays de la Loire 2006-2010 page 12
[11] Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays de la Loire 2006-2010 page 227

de soins et /ou de prise en charge sociale. En effet, le vieillissement n'est certes pas une maladie mais il est un puissant facteur de risque pour de nombreuses affections. Le vieillissement affecte les réserves fonctionnelles de tout individu. Ces dernières rendent les personnes âgées d'autant plus vulnérables lorsqu'une ou plusieurs maladies chroniques apparaissent et lorsqu'elles n'ont plus une bonne condition physique (le plus souvent par le manque d'exercices physiques ou la dénutrition). Ces personnes vulnérables répondent au concept de « *personne âgée fragile* ». Aussi, un évènement aigu est susceptible de les faire basculer vers le confinement. Par ailleurs, les personnes âgées sont de grands consommateurs de soins. Ainsi, ils consomment en moyenne 6,4 médicaments par jour, ce nombre atteignant 7,4 pour les personnes atteintes d'au moins huit pathologies[12]. En outre, le vieillissement de la population fait apparaître des maladies spécifiques à la vieillesse. Ainsi, la maladie d'Alzheimer est devenue un réel problème de santé publique. L'incidence annuelle de nouveaux cas de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées est de plus de 150 000 nouveaux cas par an dont les 2/3 touchent des personnes de plus de 80 ans.

L'enjeu est majeur et dépasse la simple prise en charge de la maladie puisqu'il a une incidence sur les dépenses de santé. La prise en charge du sujet âgé est véritablement spécifique et impacte fortement l'hôpital public parce qu'il présente un visage varié avec de multiples problèmes de santé : dénutrition, chutes et fractures du col du fémur, démence, dépression, incontinence urinaire, déficiences sensorielles, dépendance et fin de vie. En effet, le risque de polypathologies augmente après 75 ans. Les maladies cardiovasculaires touchent les ¾ des personnes âgées vivants en établissement, l'hypertension artérielle étant au premier rang des pathologies rencontrées avec 47% des personnes atteintes. La moitié des résidents présente par ailleurs au moins une affection ostéo-articulaire, surtout présente chez les femmes. Globalement, les résidents cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées, mais huit ou plus pour un tiers d'entre eux, et pour près de la moitié des personnes accueillies en unité de soins de longue durée[13].

---

[12] DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, DREES n° 494, juin 2006

[13] DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement* n° 494, DREES, juin 2006 page 6.

Cette complexité médicale se conjugue avec des difficultés sociales qui compliquent la réponse à apporter au patient.

Ce nouveau contexte implique donc une adaptation de l'offre de soins. Ainsi, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) institué par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 expose le diagnostic de l'offre de soins en vue d'établir une stratégie d'évolution face aux besoins. En effet, « *le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs… Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé…Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social…* »[14]. Ainsi, le SROS de 3e génération pour 2006-2010 de la région Pays-de-Loire fait état d'un certains nombre de dysfonctionnements du système de santé concernant plus particulièrement la prise en charge de la personne âgée: « *une prévalence élevée des personnes âgées et très âgées dans les services aigus et dans les services de soins de suite des établissements, un recours trop fréquent aux services d'urgence faute de dispositions préventives à l'hospitalisation, un manque de solutions de sorties en aval de l'hospitalisation, une insuffisance de place alternatives à l'hospitalisation, un développement insuffisant des consultations en gériatrie, une compétence gériatrique insuffisante dans les services de spécialité, une sous médicalisation dans les services de soins de suite et dans les hôpitaux locaux, une faiblesses des dispositifs de prise en charge des pathologies spécifiques, une faible articulation entre ville et hôpital, une inégalité dans la répartition de l'offre de soins de proximité. Aussi l'enjeu majeur de l'organisation sanitaire régionale pour les 5 années à venir est de répondre de manière adaptée au vieillissement de la population. La prise en charge actuelle fait apparaître des difficultés liées d'une part à la multiplicité des intervenants et, d'autre part à l'enchevêtrement des compétences qui ne peuvent qu'être préjudiciables à une prise en charge globale* »[15].

[14] CLEMENT J-M, *Mémento de droit hospitalier*, coll. Les indispensables, 12e édition, 2007, Berger-Levrault, Paris page 54-55

[15] Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays de la Loire 2006-2010 page 138

Aussi, quatre enjeux majeurs se dégagent de cet état des lieux en termes de prise en charge des personnes âgées malades, polypathologiques et/ou fragiles : « *La prévalence élevée des personnes âgées porteuses de polypathologie dans les établissements de santé nécessitent une adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins ; l'exigence croissante de prise en charge globale conduit à privilégier une approche populationnelle et transversale. Cela implique la mise en place d'une offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs notamment en direction des personnes âgées fragiles, articulée avec les programmes de santé publique ; la prise en charge des personnes âgées s'accommode mal d'une segmentation des soins elle requiert au contraire, une coordination entre les réponses sanitaires, médico-sociales et sociales ; enfin la nécessité de développer l'accès aux soins de proximité.*[16] »

En définitive, ces orientations doivent se conjuguer avec la nécessité de maitriser les dépenses de santé et les contraintes liées à la démographie médicale. Ainsi, la mutualisation des moyens à la fois matériels et humains semble être une orientation permettant d'adapter la prise en charge aux nouveaux besoins. Toutefois, cette piste suppose une remise en question des modalités d'organisation actuelles pour développer de nouvelles réponses tout en dépassant les frontières des secteurs traditionnels : sanitaire, social, médico-social et libéral. Les orientations ministérielles aident et poussent l'adaptation des dispositifs actuels de prise en charge, à ces nouveaux enjeux.

### 1.1.2 La filière gériatrique hospitalière est un dispositif récent et innovant qui s'inscrit dans une politique publique ambitieuse en faveur des personnes âgées

La filière gériatrique est un dispositif innovant tant il remet en cause la dichotomie historique du monde de la santé entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social. D'un côté, le secteur sanitaire est constitué de tous les établissements publics d'hospitalisation, y compris le service de santé des armées et certains établissements d'hospitalisation sous statut privé et à

[16] Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays de la Loire 2006-2010 page 138

but non lucratif qui ont été autorisés à assurer le service public. Le service public hospitalier s'est vu confié les missions générales suivantes : les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Il participe également à des actions de santé publique, à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire. Certaines missions sont assurées uniquement par le service public comme par exemple : l'enseignement universitaire et post universitaire. En outre, les établissements participants au service public doivent mettre en place la permanence des soins et organiser la délivrance des soins palliatifs[17]. Au total, 471 521 lits en hospitalisation complète ont été mis à disposition[18].

De l'autre, le secteur social et médico-social comprend aujourd'hui près de 34 000 établissements sociaux et médico-sociaux au sens de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, soit près de 1 370 000 places[19]. Il se caractérise par une très grande diversité d'établissements et de services. Les personnes accueillies relèvent de différentes catégories: la protection de l'enfance, le handicap (jeunes et adultes), les adultes en difficultés sociales et enfin celles des personnes âgées. Pour le seul secteur de prise en charge des personnes âgées, ce sont environ 760 000 places dont 670 000 en établissement y compris les unités de soins de longue durée et plus de 96 000 à domicile. [20]

Cette distinction entre le sanitaire et le médico-social est historique. Elle a été actée par la loi n° 75-535 du 3 juin 1975 qui identifie un ensemble d'institutions et de services accueillant et /ou accompagnant des personnes en difficultés. Cette reconnaissance officielle a conduit à distinguer ce secteur de celui du sanitaire. Cet évènement majeur se traduit par un cloisonnement des prises en charge qui a permis la spécialisation des services et de développer les techniques de soins modernes. Or, ce cloisonnement est aujourd'hui remis en cause et ne semble plus adapté aux évolutions du secteur de la santé et ceux induits notamment par le vieillissement de la population.

---

[17] DERENNE O et PONCHON F, *L'usager et le monde hospitalier*, 50 fiches pour comprendre, ENSP, 2005, pages 97-98
[18] *ibid.*
[19] TREGOAT J-J, *De la modernisation du secteur social et médico-social, à la réforme de l'Etat et de son administration territoriale*, Gérontologie et société, n°126, septembre 2008, page 47
[20] *Ibid.*

Aussi, on comprend que pour répondre à ces enjeux, les pouvoirs publics incitent fortement les professionnels à raisonner en termes de parcours de vie et non plus en fonction du secteur dont relève prioritairement la personne, grâce notamment à la mise en place de filières et de réseaux. C'est pourquoi le secteur sanitaire, social et médico-social bientôt réuni sous la conduite des Agences régionales de Santé, doit repenser son offre et son mode de fonctionnement en prenant en compte ce changement fondamental. Pour accompagner cette démarche, les pouvoirs publics ont lancé une large réflexion sur le thème de la prise en charge du sujet âgé. Celle-ci a abouti à la rédaction de plans d'actions et de préconisations pour adapter le secteur sanitaire et social aux nouveaux besoins. Ainsi en avril 2006, un rapport rédigé par Monsieur Claude JEANDEL, Monsieur Pierre PFITZENMEYR et Monsieur Philippe VIGOUROUX, sur commande de Monsieur Xavier BERTRAND et de Monsieur Philippe BAS s'intitule : « *5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir* ». Même si toutes les propositions n'ont pas été retenues, ce rapport relance le concept de filière, qui était déjà connu grâce notamment à la circulaire du 18 mars 2002.

En découlent les objectifs suivants :

1. Créer un label « *filières gériatriques* » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'Urgences ;
2. Faire contractualiser en tant que partenaires de la filière gériatrique labellisée les établissements et structures associés à la filière gériatrique ;
3. Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques ;
4. Développer la coordination entre tous les partenaires tout au long du parcours du patient ;
5. Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

Par la suite, le Plan Solidarité Grand âge 2007-2012 officialise quelques-unes des propositions de Messieurs JEANDEL, PFITZENMEYER et VIGOUROUX dans son troisième axe avec validation des propositions suivantes :

- Adaptation du système hospitalier aux besoins spécifiques des personnes âgées, polypathologiques et fragiles ;
- Préconisation d'une offre graduée sans rupture de prise en charge ;
- Recommandation d'une structuration territoriale par les filières gériatriques hospitalières (c'est-à-dire très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD).

Enfin, le plan Alzheimer 2008-2012 s'inscrit dans ce dispositif puisque les malades concernés passeront préalablement par une filière de soins gériatrique traditionnelle avant de bénéficier d'une prise en charge spécifique et adaptée.

La filière est présentée comme un moyen de sortir du cadre *stricto sensu* de l'établissement pour devenir l'élément structurant de la prise en charge de la personne. La filière doit couvrir tous les parcours potentiels du patient âgé « *gériatrique* » à l'hôpital quel que soit le motif de son entrée dans la filière (prises en charge programmées et non programmées, pathologies somatiques avec ou sans troubles cognitifs ou psychiatriques) et son lieu d'accueil ou de résidence (structure sanitaire, médico-sociale, domicile). Elle doit s'attacher à répondre aux besoins du patient gériatrique au plus près de son domicile, en garantissant si nécessaire le recours au plateau technique.

Concrètement, la filière doit être construite sur la base d'un binôme référence/ proximité. Le niveau de proximité étant situé au plus près des patients et a pour vocation de constituer le premier niveau d'accompagnement et de soins gériatriques. Il doit s'appuyer sur des collaborations entre les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et les professions libérales. Le niveau de référence, quant à lui, doit comprendre un Centre Hospitalier de référence qui doit jouer le rôle de plateforme gériatrique grâce à la présence d'un plateau technique et de compétences gériatriques. Ces deux niveaux doivent permettre d'établir des liens avec différentes structures, services et acteurs : structures médico-sociales et sanitaires, services d'hospitalisation à domicile, les professionnels

libéraux, les intervenants sociaux et les réseaux de soins. Pour optimiser ces relations, l'appui des nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) est nécessaire. Elles doivent permettre d'assurer une continuité des soins et de la prise en charge sur le territoire concerné.[21] Le concept de filière oblige donc à un changement de mentalité qui implique une organisation et une coordination différentes de celles qui prédominent actuellement pour tous les acteurs de la santé. En effet, les pouvoirs publics cherchent à décloisonner les prises en charge et imposent l'idée d'une transversalité. Ainsi, les plans et recommandations nationaux, proposent de sortir du cadre strict et précis de la structure pour s'adapter au parcours de soin du patient.

Ceci implique une coordination des structures et des acteurs autour de la filière. L'impulsion donnée par les pouvoirs publics à l'échelle nationale s'est traduite localement par une démarche prospective effectuée en région Pays-de-Loire sous la conduite de l'ARH.

## 1.2 Le Centre hospitalier de Saumur met en place une filière sur le territoire Angers/Saumur

Le Centre Hospitalier de Saumur a été partie prenante pour être l'un des acteurs de la filière gériatrique (1.2.1). En interne, le service de gériatrie s'adapte pour mettre en place une équipe mobile gériatrique, élément indispensable de la filière et véritable satellite de ce dispositif (1.2.2).

### 1.2.1 Les bases de la filière gériatrique ont été posées récemment sous l'impulsion de l'ARH avec la formalisation d'une charte intégrant le sanitaire et le médico-social

La filière gériatrique de Saumur a été créée à l'initiative de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) des Pays-de-Loire. En effet, l'ARH a mis en évidence à travers le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010, un

[21] VERMOREL M, GUETAT P, BOLLIET J-M, *Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône Alpes*, Revue hospitalière de France, janvier février 2009, n° 526, pages 37 et 38

développement insuffisant des filières de prise en charge. L'une de ses préconisations a été la mise en œuvre d'une filière gériatrique complète et graduée selon les niveaux de territoire[22]. Le projet médical de territoire est la déclinaison opérationnelle du SROS et de son annexe[23]. Ce document est axé sur les organisations transversales. C'est dans ce cadre, qu'un chargé de mission a été mandaté pour conduire ces travaux dès le mois de juillet 2007.
Pour marquer le premier pas vers le décloisonnement des secteurs sanitaire et social et inciter à sa mise en œuvre opérationnelle, l'ARH a établi une lettre de cadrage qui, malgré son caractère succinct, demande la rédaction d'une charte de fonctionnement de la filière avec des modèles de convention. L'ARH pose le cadre et l'organisation nécessaire à l'élaboration de cette charte.

Ainsi, l'agence délimite son espace géographique régional en le divisant en territoires auxquels on attribue différents niveaux de soins. Le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et correspond au bassin de desserte actuel de l'hôpital pivot de secteur. Il assure la prise en charge des Urgences hospitalières et dispose d'un plateau technique 24 heures sur 24. Cette méthode permet de délimiter sept territoires de recours en région Pays-de-Loire : Nantes, Saint-Nazaire, Laval, Angers, Cholet, Le Mans et La Roche-sur-Yon. Ce territoire est à nouveau subdivisé en deux territoires, dits de proximité, que sont Angers et Saumur[24]. Le territoire de santé de proximité renvoie à ce que la circulaire du 5 mars 2004 qualifie de « *niveau intermédiaire* » structuré autour de la médecine polyvalente et peut assurer la prise en charge des Urgences, de la chirurgie viscérale et orthopédique, de l'obstétrique et de l'imagerie conventionnelle[25]. C'est le premier niveau d'hospitalisation et du plateau technique en complément de l'offre de soins de proximité. En outre, il est l'espace géographique composant du SROS, à partir duquel est défini le projet médical de territoire[26] Ce niveau de proximité est le plus approprié pour l'établissement d'une filière gériatrique au plus proche du patient, d'où l'établissement de 2 chartes, l'une pour Angers et l'autre pour Saumur.

---

[22] Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays de la Loire 2006-2010 page 368
[23] TUFFREAU F, LE GUEVEL A, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale*, édition ENSP, Rennes, 2007, page 378-379
[24] Voir annexe
[25] *ibid.*
[26] TUFFREAU F, LE GUEVEL A, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale*, édition ENSP, Rennes, 2007,page 452-453

L'ARH dresse également une liste d'acteurs sollicités pour l'élaboration de la charte. Ce choix marque une nouvelle fois l'esprit de décloisonnement puisque les acteurs sont issus d'horizons très divers :

- Les établissements de santé publics,
- Les établissements à but non lucratif et lucratifs,
- Les établissements de santé mentale,
- Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EPHAD)
- Les structures et organisations professionnelles acteurs de la filière avec par exemple les organisations d'hospitalisations à domicile, les CLIC, les services de soins infirmier à domicile (SSIAD)…….

Au total, 46 personnes se sont mobilisées. En effet*, « La valeur ajoutée d'une filière gériatrique est d'associer sur son territoire l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge globale du patient. Elle revêt une dimension fonctionnelle majeure afin de favoriser l'accès aux soins et la coordination des interventions dans un contexte d'interdisciplinarité* [27]*».*

La méthodologie de l'ARH propose d'abord la constitution d'un groupe de travail pilote composé des membres suivants : le Conseil Général, la DDASS, la CPAM, les chefs de service de gériatrie du CHU d'Angers et de Saumur, deux directeurs d'hôpital local et le directeur du centre régional de rééducation et de réadaptation fonctionnelles d'Angers et bien entendu, le chargé de mission de l'ARH. Elle a également mis en place 3 sous-commissions qui ont permis de structurer l'élaboration de la charte:

1. - rédaction de la charte de fonctionnement de la filière gériatrique ;
2. - organisation pratique de la filière gériatrique (territoire d'Angers) ;
3. - organisation pratique de la filière gériatrique (territoire de Saumur).

[27] VERMOREL M, GUETAT P, BOLLIET J-M, *Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône Alpes*, Revue hospitalière de France janvier, février 2009 n° 526 Page 37

L'hôpital de Saumur a bien sûr participé à ce travail collectif aboutissant à la rédaction d'une charte définissant le fonctionnement de la filière gériatrique du territoire Angers/Saumur. Toutefois, malgré l'investissement de tous les acteurs, la mise en place de la filière s'est arrêtée avec la rédaction de ce document c'est-à-dire au mois de février 2008. En effet, le chargé de mission, ayant terminé ce travail, a été mandaté sur un autre dossier. Aucun relai n'a été désigné officiellement pour prendre la suite et assurer la mise en œuvre opérationnelle de la filière de soins gériatrique. Un premier bilan sur les signataires de la charte a été effectué au mois de février 2009. Il révèle que seulement trois EHPAD dont deux dépendants du Centre Hospitalier de Saumur, un foyer logement, la fédération des associations de service à domicile et deux SSIAD et enfin le réseau gérontologique du sud saumurois ont effectivement signé la charte. En revanche, aucune unité de soins de longue durée (USLD), aucun professionnel de santé du secteur libéral ni aucun centre de soins n'ont suivi ce mouvement. Cela dénature le sens même de ce travail, à savoir qu'une filière ne fonctionne que si tous les acteurs concernés sont présents et s'y investissent pour la faire vivre. En outre, se sont surtout ceux qui se sont inscrits dans les commissions qui sont devenus acteurs du dispositif.

Sur la forme, il manque une véritable politique de communication autour des enjeux, qui soit relayée par un pilote chargé de guider ce projet jusqu'à son terme. Il reste à craindre que cet outil reste lettre morte si personne ne se charge de le faire vivre. Enfin, il manque un certain volontarisme de la part des professionnels de terrain pour s'approprier un dispositif dont les bases sont déjà posées. Par exemple, le Centre Hospitalier de Saumur, en tant qu'établissement pivot, est l'un des acteurs-clé de ce dispositif mais il ne joue pas le rôle de chef de file. Ce bilan pousse à s'interroger sur l'efficacité et les limites d'un dispositif imposé par l'ARH, sans passer par l'obtention préalable d'un véritable consensus auprès des principaux protagonistes. Pour dépasser cette difficulté, il sera nécessaire de se pencher sur les causes véritables de l'absence de mobilisation des acteurs.

Sur le fond, il manque un diagnostic de territoire mettant en perspective les besoins spécifiques à la filière de soins gériatriques, c'est-à-dire une étude préalable confrontant les besoins identifiés obtenus grâce aux prévisions

démographiques et épidémiologiques départementales aux capacités sanitaires et médico-sociales actuelles. Par exemple : combien de consultations mémoires un EHPAD peut-il avoir besoin pour ses résidents ? Ou encore, combien de fois un EHPAD a-t-il recourt aux hospitalisations ? Ces projections permettraient de quantifier les besoins et de dimensionner les réponses pour chaque partenaire de la filière. Le SROS donne une idée des grandes masses sans pour autant les relier les unes aux autres. C'est peut-être ici que se trouvent quelques-unes des raisons qui expliquent l'abandon de ce projet.

Néanmoins, cette démarche obligatoire a permis de mener un travail de réflexion en interne, dans lequel se sont impliqués ensemble la direction et les médecins du Centre Hospitalier de Saumur. Cette amorce est indispensable pour s'engager ultérieurement dans un dispositif de filière gériatrique :

- Le projet médical et le projet de pôle ont mis l'accent sur l'apport de cette filière ;
- Une réflexion sur le redimensionnement capacitaire est menée au regard des évolutions de l'activité du Centre Hospitalier de Saumur. Il s'agit ainsi de mettre en adéquation les besoins et les moyens. Le service de gériatrie devrait se voir octroyer 25 lits supplémentaires pour faire face à l'augmentation de la demande en soins ;
- En outre les projets en cours tels que : la création d'une unité de diagnostics et d'évaluation gériatrique, d'un hôpital de semaine, ou encore la finalisation de l'équipe mobile gériatrique, sont à l'étude afin de disposer des éléments incontournables au bon fonctionnement d'une filière.

Tous ces projets visent à répondre aux préoccupations actuelles du Centre Hospitalier autour de la prise en charge des personnes âgées. Cette dynamique à l'origine nationale trouve ainsi sa déclinaison locale. Toutefois, un véritable travail en partenariat avec tous les acteurs doit être poursuivi pour trouver son aboutissement dans le cadre de la filière. L'équipe mobile gériatrique est la clé de voute de ce dispositif. Elle est l'un des liens primordiaux dans la prise en charge du sujet âgé et elle navigue d'une structure à l'autre en fonctionnant sur une logique de transversalité. Sa mise en place peut être un moyen de fédérer les acteurs autour de ce dispositif.

### 1.2.2 L'équipe mobile gériatrique, véritable satellite au service de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées hospitalisées est destinée à fluidifier le cheminement du patient au sein de la filière gériatrique.

Les équipes mobiles gériatriques ont vu le jour à la fin des années 90. Aujourd'hui, compte tenu du rôle qu'elles jouent dans les filières, leur nombre a augmenté de manière exponentielle[28]. En 2007, la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), dénombre 130 équipes en France[29]. En Pays-de-Loire, 10 établissements disposent d'une EMG. Depuis 2005, il existe un embryon d'équipe mobile gériatrique au Centre Hospitalier de Saumur. Les EMG ont pris une place non négligeable dans le paysage médical et des congrès nationaux sont organisés, au cours desquels les équipes peuvent échanger sur leur pratiques : par exemple, les 14 et 15 mai 2008 à Bordeaux lors de des 4$^{e}$ journées nationales des EMG, sous le parrainage de la Société française de gériatrie et de Gérontologie (SFGG).

L'EMG est la véritable cheville ouvrière de la filière car elle assure à la fois un rôle de vitrine de la gériatrie au sein même de l'hôpital, et elle est un lien prépondérant entre, d'une part, le service de gériatrie et les autres services d'hospitalisation, d'autre part, entre la structure sanitaire et les autres établissements ou services. L'EMG est une unité transversale destinée à répondre aux besoins des personnes âgées en matière d'évaluation, de conseil, d'orientation et de liaison pour les différents secteurs d'hospitalisation à vocation non gériatriques. Ainsi, elle apporte une expertise gérontologique hors milieu gériatrique et elle optimise et favorise le développement de la filière en intra-hospitalier et en extrahospitalier avec la régulation des transferts entre l'hôpital, le domicile et les structures médico-sociales.

[28] CUDENNEC T., *Les équipes mobiles de gériatrie, un plus dans la prise en charge des patients*. Soins gérontologie n°64 mars/avril 2007 page 17
[29] COUTURIER P., *Les équipes mobiles de gériatrie : état des lieux, rôle et perspectives*. Soins gérontologie n°64 mars/avril 2007 page 18

Le rôle de cette équipe est éminemment stratégique car elle est amenée à résoudre les difficultés rencontrées par les acteurs :

- Assurer une prise en charge de qualité des personnes âgées en dehors du service de gériatrie ; en effet, lorsque l'on regarde la répartition des plus de 75 ans par unité médicale (correspond approximativement aux unités fonctionnelles) en 2008, on constate la prédominance de cette population dans tous les services de l'hôpital : cardiologie, chirurgie, gastro-entérologie, médecine interne, Urgences et en unité de soins intensifs ;
- Fluidifier le parcours du sujet âgé, c'est-à-dire faciliter la circulation en amont et en aval du sujet âgé ;
- Eviter les hospitalisations injustifiées ou les mauvaises orientations et, en particulier, l'utilisation inadéquate des services des Urgences. De janvier à mai 2009, 17,68% des passages aux services des Urgences concernent des personnes de plus de 75 ans au C.H de Saumur.

Le Centre hospitalier de Saumur, disposant des compétences gériatriques et des moyens techniques, est le point d'ancrage de la filière et donc de l'EMG. La circulaire de la DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de « *soins gériatriques* » précise sa composition :

- Un établissement pivot,
- Un court séjour situé dans l'établissement de santé support, de la filière,
- Un SSR,
- Une unité d'évaluation gériatrique,
- Et enfin une équipe mobile gériatrique.

La circulaire précise que l'établissement de santé support de la filière comporte la plupart de ces moyens. Aujourd'hui, le centre hospitalier de Saumur, quant à lui, dispose de tous ces composants, à l'exception de l'unité d'évaluation gériatrique qui est l'un des projets 2009-2013 portés par le pôle. L'évaluation de ces différentes unités composant la filière démontre l'absence de lien et de fluidité dans le parcours de la personne âgée. Chaque structure fonctionne de manière autonome sous la direction d'un médecin référent.

Aussi, l'équipe mobile gériatrique peut être un bon moyen de recomposer ces dispositifs pour constituer un ensemble cohérent. En effet, l'EMG, dont la mission principale est d'effectuer des évaluations gériatriques standardisées, est amené à construire le parcours du patient. Elle effectue une évaluation destinée à couvrir les principaux domaines déterminant la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Ainsi à partir de ses éléments de conclusion, elle travaille de manière transversale en interne et en externe pour coordonner le parcours du patient et faire le lien entre les différents dispositifs d'accompagnement sanitaire, médico-sociaux ou autres.

L'équipe mobile gériatrique est un dispositif transversal et innovant car elle inscrit son action dans le parcours du patient et dépasse les notions de services et de structures. Ainsi, la filière dépasse le fonctionnement traditionnel en sortant des délimitations institutionnelles et permet à la fois d'améliorer sensiblement la qualité de la prise en charge des personnes âgées, et d'assurer une meilleure maitrise du coût. Aussi, il importe au directeur de comprendre pourquoi ce dispositif qui existe au travers de l'EMG n'apporte pas les bénéfices escomptés afin de trouver des améliorations et faire fonctionner l'équipe mobile de manière efficace.

# 2 LE CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR A MIS EN PLACE UNE EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE QUI PEINE A TROUVER SA PLACE

De nombreux documents écrits ainsi que le projet de pôle ou encore le projet médical du Centre Hospitalier font état de l'existence de l'EMG. Or, il s'avère que son existence actuelle est remise en cause. En effet, une activité doit disposer de moyens humains, matériels et financiers dédiés, ainsi que d'une, ou de plusieurs missions avec des objectifs propres renvoyant à un besoin identifié, afin qu'elle puisse légitimement inscrire son action dans l'environnement institutionnel (2.1). Paradoxalement ce dispositif perdure alors même qu'il n'a pas véritablement été acté par la communauté hospitalière (2.2).

## 2.1 L'expérience de l'équipe mobile gériatrique se conclut par un manque de moyens et par une non reconnaissance de la discipline par ses confrères

L'équipe mobile gériatrique est un moyen de dispenser une prise en charge de qualité du sujet âgé hors du service de gériatrie. Or, les moyens mis à sa disposition ne lui permettent pas de remplir correctement son rôle (2.1.1). En outre, son champ d'intervention est détourné de ses missions propres. (2.1.2)

### 2.1.1 Un projet sans véritable moyens dédiés mais porté par une équipe médicale investie

Ce projet est avant tout médical car il a été mené et construit par les médecins du service de gériatrie en 2005. Expérimental à l'origine, l'EMG a débuté avec de maigres moyens. Après quatre années de fonctionnement, les moyens humains et logistiques n'ont toujours pas été déployés, ce qui nuit à l'exercice de cette activité.

L'EMG est avant tout une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un médecin gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale et d'une secrétaire[30]. La circulaire du 28 mars 2007 suggère de compléter cette équipe par un temps de psychologue, d'ergothérapeute et de diététicien en fonction de la taille de l'établissement et des besoins. Or, les membres de l'EMG se limitent à un praticien hospitalier, relayé par deux collègues en cas d'absences programmées. Ainsi, une étude prospective menée sur les besoins permettrait de calibrer cette équipe à hauteur des attendus propres au Centre Hospitalier de Saumur.

A ce manque de moyens humains se conjugue un défaut de moyens matériels. En effet, l'utilisation du dossier de soins informatisé est un support indispensable pour les évaluations multidimensionnelles. Le propre de l'équipe mobile gériatrique est de mettre en œuvre une évaluation portant sur des domaines très divers comme la vie quotidienne, la locomotion… Aussi, l'outil informatique permet à chaque professionnel de remplir sa partie et de diffuser l'ensemble des éléments de cette évaluation aux acteurs hospitaliers mais aussi aux acteurs externes concernés. En outre, il s'agit aussi d'assurer une transmission de ces éléments en un minimum de temps afin de faciliter le suivi, l'organisation de la prise en charge future de manière adaptée et fluide et d'éviter le risque d'une nouvelle hospitalisation. Or, le Centre hospitalier de Saumur n'est pour l'instant pas pourvu de ce dispositif essentiel au fonctionnement de l'EMG. Les avis émis sont simplement spécifiés par écrit sur un bon papier ou encore mentionnés dans le dossier patient. L'expérimentation d'un dossier informatisé doit débuter en fin d'année 2009, soit près de cinq ans après la création de l'équipe mobile et permettra de résoudre cette difficulté.

L'organisation actuelle reflète ce manque de moyens dédiés et son action se dilue dans son environnement sans véritablement pouvoir s'imposer et trouver sa place d'interface. L'organisation initiale est souvent tributaire des impératifs du service de gériatrie. En effet, bien qu'il soit convenu que le praticien de l'EMG assure une visite quotidienne dans le service des Urgences du lundi ou vendredi et qu'il peut également intervenir à la demande dans les autres services, ce planning de base est mis à mal car en réalité, le praticien de l'EMG

[30] Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

remplace ses collègues hospitaliers au sein du service de gériatrie en cas d'absence. De plus, le service des Urgences ne peut prendre en compte l'EMG dans son organisation, en raison de son activité passablement fluctuante.

Enfin, l'EMG n'est pas toujours intégrée aux réunions, ce qui lui permettrait pourtant d'asseoir son rôle d'interface et de donner son avis sur la prise en charge du patient. Le staff est un moyen interactif, dynamique et efficace d'échanger sur un patient. Néanmoins, les staffs ne sont pas des pratiques professionnelles très répandues au Centre Hospitalier de Saumur. Le vendredi matin, se réunissent les praticiens de tous les services pour échanger sur des cas particuliers. Toutefois, il semble que la mobilisation des praticiens autour de ces réunions soit en forte baisse, ce qui dénote un esprit professionnel spécifique à l'établissement. Et cette attitude ne facilite pas la transversalité.

L'incertitude quant à son devenir explique des débuts timides caractérisés par une activité à temps partiel et très peu de moyens dédiés. Aujourd'hui et après quatre années d'expérience, le constat reste identique et l'activité se poursuit grâce à la conviction du praticien référent, du chef de service et du service de gériatrie de l'utilité de l'EMG dans la prise en charge du sujet âgé. D'un point de vue administratif, l'équipe mobile gériatrique n'a pas de budget propre, pas de personnel médical et paramédical dédiés, pas de moyens spécifiques attribués. En outre, ses missions propres ont été détournées au profit d'un autre besoin identifié par les autres professionnels

### 2.1.2 Un champ d'intervention qui relève de l'expertise plutôt que d'une véritable évaluation gériatrique standardisée

Les différentes expériences des EMG citées dans la littérature professionnelle montrent qu'elles disposent d'un large panel de missions. Chaque établissement définit ainsi l'envergure qu'il souhaite donner à son équipe au regard de ses besoins propres. L'EMG de Saumur a centré son action sur la mission de soins, or il apparaît qu'elle rencontre des freins à l'exercice de cette mission essentielle.

On peut classer les missions des EMG en 5 catégories :

1. Une première mission qui s'articule autour du soin. Elle comprend une aide au diagnostic et à l'évaluation. Une mission d'orientation du malade dans l'hôpital ou dans les autres structures extérieures en amont dans le cadre de l'interface ville-hôpital et en aval. Elle réalise l'évaluation du temps de prise en charge en SSR, la liaison avec les différents secteurs d'hospitalisation Elle peut prodiguer des conseils sur les conditions de retour à domicile, sur la préparation d'une entrée en institution ou encore sur les demandes de protection juridique.
2. Une mission de formation auprès du personnel de l'hôpital. Elle peut aussi sensibiliser les partenaires à des aspects psychologiques et sociaux.
3. Elle a une mission d'information auprès des professionnels hospitaliers, des patients et des familles.
4. Une mission préventive qui concerne l'étude des grandes pathologies gérontologiques et leur prévention afin de coordonner tous les acteurs.
5. Enfin, elle peut être amenée à jouer un rôle d'observateur et de gestion de la filière.

Pour débuter, l'EMG de Saumur a choisi tout naturellement la mission de soins. Toutefois, elle regrette que les demandes d'intervention concernent essentiellement un avis de gériatre sur un syndrome gériatrique alors que l'EMG dépasse l'identification de la simple pathologie pour s'inscrire davantage dans une prise en charge globale du patient. Pour ce faire, les équipes mobiles gériatriques utilisent l'évaluation gériatrique comme pratiques de soins pour établir un plan de soins et de prise en charge. « *L'évaluation gériatrique standardisée (E.G.S.) constitue une démarche méthodologique interdisciplinaire et multidimensionnelle. En effet, l'E.G.S. doit couvrir les principaux domaines déterminant la santé et la qualité de vie des personnes âgées : contexte de vie, activités (y compris instrumentales) de la vie quotidienne, locomotion, douleur, cognition, humeur, nutrition etc.* » Chacun de ces domaines est évalué par des outils choisis en fonction des caractéristiques de la personne âgée[31].

[31] AUGER M-C, *L'évaluation gériatrique*, Soins Gérontologique n°74, novembre-décembre 2008, page 15

Le rôle des EMG est alors d'aider au diagnostic, d'étudier la faisabilité d'une réinsertion rapide et /ou d'orienter au mieux le patient âgé dans la filière hospitalière. L'objectif essentiel est de limiter les inadéquations de prise en charge et, en particulier, les risques de ré-hospitalisation précoce pour les sorties directes.

Les médecins de l'équipe mobile gériatrique de Saumur n'utilisent pas l'E.G.S car elle est trop lourde et trop chronophage pour une seule personne. En effet, l'E.G.S s'effectue de manière multidisciplinaire avec une intervention souvent décalée dans le temps, l'infirmière diplômée d'Etat (IDE) étant souvent le premier maillon de cette équipe [32] :

- Le rôle de l'IDE débute avec le recueil des données à partir d'outils validés et des entretiens qu'elle recueille. Elle sensibilise à une meilleure lisibilité des syndromes gériatriques et enfin elle soutient les équipes, le patient et son entourage.
- Le rôle du médecin se porte sur le dépistage de la fragilité en établissant une histoire des maladies et l'analyse sémiologique du patient. Il procède également au repérage des maladies insidieuses et définit les axes de soins prioritaires.
- L'assistante sociale s'attache à l'environnement social et familial, écoute le patient et son entourage, organise son devenir et assure le relais avec le secteur social.[33]

Au C.H de Saumur, l'absence d'équipe dédiée à cette activité condamne de fait la possibilité de proposer une évaluation globale adaptée au sujet fragile. L'impossibilité pour cette équipe d'exercer sa mission d'origine engendre de fait des difficultés dans leur exercice. Tout d'abord, le concept de sujet fragile n'est pas clairement appréhendé par les confrères. En effet, le praticien référent de l'EMG indique : « *on intervient pour des personnes vis-à-vis desquelles on peut encore faire quelque chose et où la prévention a encore un sens. Par exemple, les Urgences nous sollicitent pour des malades ayant besoin de soins palliatifs, ce n'est pas là que nous sommes le plus utile !* ».

[32] Voir annexe
[33] CHU de Montpellier, *le travail pluridisciplinaire d'une équipe mobile de gériatrie*, Soins Gérontologie, n° 64, mars/avril 2007 page 42

En effet, les services demandeurs font appel à l'EMG quand les personnes sont plus âgées, plus dépendantes et atteintes de pathologies graves. Or, à ce stade, les équipes de soins palliatifs sont les plus à même de dispenser les soins nécessaires. « *La population cible est la personne fragile, celle sur qui une action de prévention permettra de réduire la fréquence de l'hospitalisation, la perte d'autonomie physique ou psychique et de retarder l'entrée en institution,* déclare un médecin d'une équipe mobile gériatrique. »[34] Ainsi la population cible doit donc répondre à des critères d'âge, de pathologie organique, de syndromes gériatriques d'altération fonctionnelle et de difficultés sociales pour relever de l'intervention de l'EMG. On observe bien une méconnaissance manifeste du concept de fragilité.

A défaut d'une évaluation gériatrique standardisée, le praticien utilise *à minima* des échelles spécifiques au cas par cas, comme par exemple : *Mini Mental Status Examination (M.M.S.E)* qui compose l'EGS. Il s'agit d'une échelle d'évaluation globale des fonctions cognitives basées sur 30 points. Il utilise également l'IADL, une échelle d'évaluation des activités dites « *instrumentales* » de la vie quotidienne telle que la capacité à prendre ses traitements, utiliser le téléphone, préparer des repas…Ces évaluations sommaires donnent au praticien une première idée de l'état de santé du patient et de ses capacités. Néanmoins, l'absence d'un cadre formalisé et commun à chaque praticien est remarqué par les autres médecins en particulier l'absence de cohérence dans leur pratique : « *elles ne travaillent pas de la même façon !* ».A l'extrême certains remettent en cause les spécificités même de la gériatrie. « *La spécificité du gériatre n'est pas un fait acquis parmi les spécialistes,* a fortiori *parmi ceux appartenant aux spécialités médicales qui se considèrent aptes à prendre en charge le patient gériatrique. La répartition de la population de plus de 75 ans dans l'hôpital peut expliquer cette difficulté. Seulement 10% des plus de 75 ans sont hospitalisés en gériatrie. De là à conclure que tout médecin est un peu gériatre, il n'y aurait qu'un pas* ».[35] D'où une idée très abstraite, voire fausse de l'utilité d'une telle équipe. Il est nécessaire de redéfinir avec précision les missions et le

[34] ROCWOOD K., STOLEE P. et MCDOWELL I., *Factors associated with institutionalisation of older people in Canada : testing a multifactorial definition of trailty*. J Am Geriatr Soc. 44(5) 1996, page 578-582

[35] DUBOIS M., LORTHIOIS J., MANSOUR S. FLEURY M., BALLOUCHE N., BLANC P. et GAUVAIN J-B : *Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ?* Gérontologie et société, n°126, septembre 2008 page 97

fonctionnement de cette équipe tout en lui accordant les moyens humains d'assurer son champ d'activité. Car le détachement d'un praticien hospitalier sur une activité cumulant autant de difficultés est contre-productif, non seulement du point de vue des ressources humaines mais aussi au regard du service rendu. Le risque de démotivation est aussi à prendre en compte face aux critiques et devant l'absence de collaboration de certains professionnels.

L'équipe mobile gériatrique est aujourd'hui détournée de sa mission principale par le manque de moyens dédiés à cette activité. Elle l'est aussi en raison du manque de lisibilité de ce dispositif et elle souffre de la réticence d'une partie des professionnels. Cet état de fait est encore renforcé par l'absence de la reconnaissance institutionnelle et de la communauté médicale.

## 2.2 L'équipe mobile gériatrique n'a pas de légitimité institutionnelle pour pouvoir asseoir son rôle

L'une des difficultés majeures que connaît actuellement l'EMG est son absence de légitimité institutionnelle qui se manifeste de deux façons. Tout d'abord, cette équipe peine à démontrer sa valeur ajoutée, tant du point de vue économique qu'en termes d'amélioration de la qualité de prise en charge du patient (2.2.1). Ensuite, elle s'inscrit difficilement dans le paysage des activités du Centre hospitalier puisqu'elle est intégrée au pôle de gériatrie sans toutefois avoir d'organisation et d'objectifs formalisés (2.2.2).

### 2.2.1 L'absence de suivi de l'activité constitue un frein majeur à une reconnaissance institutionnelle

L'EMG se situe en marge du fonctionnement hospitalier du fait de l'absence de suivi de l'activité. D'une part, elle ne répond pas aux exigences économiques et qualitatives qui s'imposent désormais à l'hôpital. D'autre part, elle alimente par ce seul fait, les critiques de ses confrères à l'égard de l'utilité même de son action.

Aujourd'hui l'activité de soins a pris une dimension économique en lien avec le développement scientifique. La gestion des moyens humains et matériels est un enjeu crucial pour l'hôpital où les maitres mots sont désormais performance et efficience[36]. Ainsi, la tarification à l'activité a mis fin à la dotation globale, permettant la reconduction des budgets d'année en année, pour imposer le principe des ressources alimentées par l'activité même. La mise en place des filières de soins s'inscrit dans ces réformes car elles contribuent à éviter l'éparpillement des parcours imposés aux malades au gré des disciplines concernées. La fluidité de la prise en charge en est le maitre mot. Ainsi l'un des avantages de cette organisation est la gestion par processus et non plus par filières professionnelles.[37]

Actuellement, le développement des EMG dépend des financements hospitaliers mais aussi de leur capacité à démontrer leur efficacité en terme de santé publique Depuis la création en 2005 de cette activité, il n'y a pas eu de suivi de l'activité permettant non seulement de quantifier le nombre de bénéficiaires et d'assurer un suivi qualitatif mais aussi de valoriser ce travail dans l'institution. Or, l'absence de données chiffrées concernant l'activité ne permet pas d'aller en se sens. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance et de la tarification à l'activité (T2A), les indicateurs doivent permettre d'améliorer l'efficience de la prise en charge des patients âgés au sein de l'hôpital en permettant l'exhaustivité des diagnostics, en limitant la perte fonctionnelle des patients âgés par une intervention précoce, en réduisant les durées de séjour indues et en facilitant la réinsertion des patients[38].Ainsi, le professeur Couturier a proposé des indicateurs qui ont été repris dans un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales afin que soit démontrée la productivité de l'EMG[39]. Il propose ainsi deux types d'indicateurs fondés l'un sur l'aspect économique et l'autre sur l'amélioration de la qualité des soins.

---

[36] DUSEHU E., *Les schémas régionaux d'organisation sanitaire et l'offre de soins*, Soins, n° 719, octobre 2007 page 32

[37] CADET D, *Des réformes ambitieuses, leviers d'évolutions des organisations*, Soins, n° 719, octobre 2007, page 34.

[38] COUTURIER P., *Les équipes mobiles de gériatrie : état des lieux, rôle et perspectives*. Soins gérontologie n°64 mars/avril 2007, page 21

[39] ROUSSEAU AC, BASTIANELLI JP, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, rapport n° 2005/053 de l'inspection des affaires sociales, mai 2005 page 56

Ainsi pour le premier, il propose :

- La comptabilité des actes de consultations intra hospitalier,
- L'enrichissement des groupes homogènes de malades (GHM) pour un séjour donné en identifiant des pathologies ou des comorbidités habituellement repérées dans des disciplines chirurgicales ou très spécialisées
- La réduction de la durée de séjour des patients âgés fragiles permettant de libérer des lits d'hospitalisation, la diminution des comorbidités liées à l'immobilisation indue.

Pour la qualité des soins, il préconise également :

- Le taux de suivi des recommandations,
- La réussite des sorties d'hospitalisation (diminution des ré-hospitalisations de moins de trois mois),
- Le taux d'hospitalisation directe (hors services d'urgence) chez les plus de 75 ans, la baisse des pathologies liées à l'hospitalisation (escarres, perte d'autonomie….)
- La satisfaction des usagers de leur famille et des professionnels.

L'accès à ces données permettrait ainsi à cette équipe d'échapper à certaines critiques récurrentes de la part de ses confrères comme par exemple : « *vous ne servez à rien* » ! Leur objectif est désormais de concevoir des arguments destinés à sortir de l'arbitraire.

Le financement actuel auquel peut prétendre l'EMG repose sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), lesquelles permettent généralement de développer une équipe composée d'un médecin, un infirmier(e), un travailleur social et une secrétaire. Ce groupe est ensuite dimensionné en fonction de ses missions et du volume de travail à effectuer. Développer des activités nouvelles permet aux établissements d'obtenir des moyens supplémentaires ou encore de transmettre des informations pertinentes aux tutelles afin que celles-ci puissent en retour obtenir des crédits. A ce jour, La direction ne semble pas avoir manifestée sa volonté de préparer un dossier MIGAC pour l'EMG.

Pour autant, l'EMG ne peut à elle seule, remplacer la filière. L'efficience des EMG constitue un enjeu important et des travaux d'évaluation sont nécessaires en terme de santé et de coûts évités mais également en termes de satisfaction des patients et des professionnels. Malgré la mention de cette équipe au sein d'un certain nombre de documents officiels, l'EMG de Saumur n'a pas de statut officiel et n'est pas reconnue par les différentes instances de l'institution.

### 2.2.2 L'EMG est intégrée au pôle de gériatrie sans avoir d'organisation et d'objectifs formalisés

L'EMG doit s'inscrire dans une dynamique institutionnelle au même titre que les autres activités du Centre Hospitalier afin d'être légitimée par la communauté hospitalière. Elle est donc mentionnée dans le projet de pôle de gériatrie. Toutefois, son contenu reste à développer.

Les établissements de santé définissent une stratégie et un projet de management qui se décline dans le cadre du projet d'établissement, et, qui trouve sa réponse opérationnelle dans les projets de pôle. La loi hospitalière de 1991 a rendu obligatoire la conception d'un projet d'établissement, qui définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins (infirmier, de rééducation et médico-technique) ainsi qu'un projet social[40]. L'ordonnance du 2 mai 2005 indique que l'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion. C'est la cohérence et la réactivité de l'organisation tout entière qui sont visées. Ces pôles deviennent ainsi les échelons pragmatiques qui doivent dynamiser un établissement. La structuration des pôles trouve son achèvement avec l'élaboration du projet de pôle et la conclusion d'un contrat interne. Celui-ci est négocié avec la direction

[40] TUFFREAU F., LE GUEVEL A., *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*, ENSP, Rennes, 2007, page 378.

générale et permet d'assurer l'insertion cohérente de l'organisation du pôle dans la politique générale de l'institution. La construction du projet d'établissement et le contrat de pôle se présentent comme des opportunités pour affiner la démarche stratégique grâce à une interrogation sur la nature des besoins et des attentes des usagers[41]. Tous les établissements de santé français n'ont pas encore contractualisé leur projet de pôle comme c'est le cas au Centre Hospitalier de Saumur. Ce palier semble d'ailleurs assez difficile à atteindre au regard de la formalisation actuelle des projets. Néanmoins, et même si, cette étape n'est pas encore franchie, le projet de pôle doit traduire les ambitions du service de gériatrie pour les 5 années à venir.

Concernant particulièrement, l'équipe mobile de gériatrie, le projet de pôle de gériatrie 2009-2013, non abouti à ce jour, fait état d'un certain nombre de constats sans toutefois inscrire cette équipe dans le futur, tant le projet écrit reste à poursuivre :

- « *Diagnostic externe : Une équipe mobile de gériatrie non budgétisée et incomplète en effectif ;*
- *Diagnostic interne : points forts : existence d'une équipe mobile de gériatrie ;*
- *Points faibles : absence d'ergothérapeute dans l'équipe mobile et absence de filière gériatrique dès les Urgences ;*
- *Perspectives d'évolution à 5ans : étendre l'activité de l'équipe mobile gériatrique intra et extrahospitalière (prise en charge des patients âgés dès les Urgences) et améliorer la filière gériatrique.*

*Les perspectives à 5 ans concernant particulièrement l'EMG sont les suivantes:*

- *Créer une équipe autonome budgétisée MIGAC ;*
- *Valider les trois sites d'intervention : les Urgences, les services de spécialités, extérieur (Clinique chirurgicale de la Loire, liens avec les services médico-sociaux, les hôpitaux locaux…..) ;*
- *Construire une équipe pluridisciplinaire ;*

[41] ROBERT B, *Comment conserver une stratégie d'action collective avec hôpital 2007 ?* Soins cadres de santé, n°63, août 2007, page 25

- *Assurer les missions de soins, de conseil, d'orientation, d'élaboration de projet de soins, de diffusion des bonnes pratiques* ».

A la lecture de ces éléments, ce projet en est à ses balbutiements malgré ses 5 années d'existence. En effet, il manque des indications plus précises faisant état d'une réelle dynamique et d'un véritable devenir pour cette équipe. Les missions décrites ainsi, ne reflètent pas les spécificités propres à une telle équipe. Quelle activité médicale n'a pas pour mission première : le soin, l'élaboration de projet de soins ou encore la diffusion des bonne pratiques ? En outre, quels sont les objectifs de cette équipe et à quels besoins l'EMG répond-t-elle ? La réflexion de fond n'est pas suffisamment approfondie. Cependant, la structure institutionnelle de la direction du pôle comprenant le directeur en charge des affaires générales et des personnes âgées, le cadre supérieur de santé du service de gériatrie et le chef de service de gériatrie pourraient assurer la formalisation d'un tel projet et éventuellement effectuer les arbitrages nécessaires. Si le conseil de pôle est une instance d'information, il permet aussi le questionnement et le débat relevant des problématiques de pôle : travaux, financement, activités personnels. Il paraîtrait enrichissant de réfléchir au fonctionnement de ce pôle.

L'équipe mobile gériatrique apparaît aujourd'hui comme le siège de nombreux dysfonctionnements, notamment au regard de ses moyens actuels, de son action au sein des services de spécialités…. L'expérience de cette EMG au Centre Hospitalier de Saumur rappelle celle du Centre Hospitalier régional d'Orléans en 1992. L'expérience s'est conclue au bout de sept ans par le constat d'un manque de moyens et d'une non reconnaissance de la discipline par les confrères professionnels de santé[42]. Toutefois, il faut retenir que l'EMG est un moyen ingénieux de dispenser et de renforcer un soin gériatrique de qualité au sein d'un hôpital et/ou d'un territoire. Le directeur doit accompagner ce projet qui bouleverse les pratiques et les mentalités professionnelles pour optimiser la mise en place de cette équipe.

[42] DUBOIS M., LORTHIOIS J., MANSOUR S. FLEURY M., BALLOUCHE N., BLANC P. et GAUVAIN J-B : *Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ?* Gérontologie et société, n°126, septembre 2008 page 93

# 3 LE PROJET PORTE PAR L'EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE IMPLIQUE DES CHANGEMENTS INTERNE ET EXTERNE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAUMUR

La démarche projet comporte plusieurs étapes incontournables qui se décomposent de la manière suivante : diagnostic, élaboration, contractualisation, conduite et évaluation. Le diagnostic ayant été posé, il s'agit d'élaborer les fondements même d'une telle équipe (3.1). Néanmoins cette équipe ne trouvera sa pleine expression que si elle se projette dans un environnement plus large que celui de l'hôpital (3.2)

## 3.1 Relancer l'élaboration du projet dans son intégralité permettra à cette équipe d'exercer une activité pérenne et efficiente

A la lumière de son expérience, il est aujourd'hui nécessaire de construire le projet de l'EMG de Saumur au regard de l'environnement dans lequel elle évolue afin de lui donner une place. Ainsi la première étape est l'identification du besoin qui doit servir de référentiel pour calibrer cette équipe (3.1.1). Cette étape lui permettra d'affiner les missions qu'elle souhaite remplir (3.1.2).

### 3.1.1 Identifier les besoins afin de calibrer l'équipe mobile gériatrique au regard de l'activité potentielle identifiée

Les personnes âgées représentent une part importante des patients qui se présentent au Centre Hospitalier de Saumur. Toutefois, il est impossible aujourd'hui d'évaluer avec certitude combien de sujets âgés fragiles pourraient bénéficier d'une prise en charge relevant de l'EMG. Or, cette étape est indispensable pour justifier l'existence d'une telle équipe et pour la calibrer en fonction des besoins. Tout le fonctionnement hospitalier actuel repose sur cette étape incontournable de planification des activités et des équipements pour répondre au mieux aux besoins.

Les débuts de la planification hospitalière remontent aux années 1970. Actuellement le système hospitalier se caractérise par un excédent global d'équipements par rapport aux besoins et, de manière générale, par une répartition régionale inégale des équipements. Ainsi les outils créés dans le cadre de la planification s'attachent à répondre à ces grandes orientations. Ainsi, le SROS, élaboré pour cinq ans, fixe les grands axes stratégiques de l'évolution de l'offre de soins, en fonction de l'évaluation régionale et territoriale, de l'adéquation de l'offre existante aux besoins de santé. Il comporte une annexe opposable, qui a un double objet : d'abord, fixer des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) par territoire de santé et par activité de soins. Il définit ensuite les créations, transformations, regroupements et coopérations nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Une fois le SROS adopté, la Conférence sanitaire établit le Projet médical de Territoire (PMT). Le PMT permet de décrire, de manière plus détaillée que dans le SROS, les réponses apportées par tous les acteurs de santé, publics, privés et libéraux, pour couvrir les besoins de santé de la population, tout en tenant compte de l'articulation entre, d'une part, la médecine hospitalière et la médecine de ville, et d'autre part, le sanitaire, le médico-social et le social. C'est dans ce cadre précis, que la charte de la filière de soins gériatrique du territoire d'Angers/Saumur a été rédigée. Actuellement, les enjeux de la recomposition de l'offre hospitalière s'attachent à faire prévaloir les besoins sur l'offre par une meilleure connaissance de l'état de santé des populations. Il s'agit aussi de développer une offre publique et privée équilibrée et de développer au niveau régional une organisation des soins en réseau impliquant les professionnels libéraux et hospitaliers, les élus et les usagers[43]. Ainsi l'identification du besoin est le préalable incontournable à toute naissance, développement ou encore suppression d'activité. La loi du 4 mars 2002 y contribue en définissant les droits de l'usager et en plaçant celui-ci au centre du dispositif. Ce n'est pas l'usager qui s'adapte à la structure mais bien l'inverse. Cette conception oblige donc les professionnels à centrer leur action sur l'usager et sur ses besoins. Toutefois, l'identification du besoin à proprement parlé n'est pas aussi simple qu'il n'y parait pour le sujet âgé car il touche des domaines très variés tels que les problèmes de santé mais aussi

[43] DERENNE O et PONCHON F, *L'usager et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre,* ENSP, 2005, page 185

économique, d'habitat, de choix de vie….. qui effectivement dépasse l'aspect médical. De plus il faut conjuguer réponse collective et choix individuels. C'est-à-dire offrir des réponses spécifiques à des types de patients présentant des similitudes tout en ayant à l'esprit que chaque proposition doit être individualisée et prendre en compte le souhait du patient. L'enjeu de l'EMG est de conjuguer des réponses médicales et sociales avec différents intervenants. On dépasse ainsi largement la vision technique du soin qui prédomine jusqu'alors dans la structure hospitalière.

A l'échelle de la structure hospitalière, pour identifier de manière pertinente le besoin, le quantifier quantitativement et qualitativement, il est nécessaire de procéder à une démarche prospective. Cette étude pourra s'inspirer de ce qui a été fait au Centre Hospitalier de Lyon pour identifier les caractéristiques du passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales[44]. Il convient de choisir un échantillon afin de construire un référentiel qui pourra alors s'étendre sur un échantillon plus important. Ainsi, depuis sa création l'EMG a travaillé de manière régulière au sein du service des Urgences. Avec pour objectif la construction d'un travail en partenariat, il peut être intéressant d'y associer l'équipe des Urgences en lui présentant dans un premier temps les objectifs et ensuite les résultats de ce travail et, pourquoi pas, en les associant à l'élaboration de la grille d'analyse. Cette première porte d'entrée pour les patients âgés peut ainsi servir de base à un travail d'analyse du besoin, d'autant que 17,31% des passages sont attribués aux personnes âgées de plus de 75ans. La présence de cette équipe n'y semble donc pas fortuite. Toutefois, il faudrait être en mesure de conduire une analyse fine et minutieuse concernant les caractéristiques du sujet âgé qui se présente, c'est-à-dire: identification (âge, provenance….), raisons du passage aux Urgences et appartenance ou pas à la catégorie « *sujet âgé fragile* », pour ainsi identifier les personnes qui pourraient bénéficier de l'apport d'une telle équipe. Afin de ne pas trop circonscrire cette étude aux seuls impératifs de l'EMG, il pourrait être pertinent d'étudier les profils des intervenants auprès du patient, en amont et en aval de la prise en charge.

[44] PETITOT C., CHAPUIS F., TOUZET S., FOURNIER G., BONNEFOY M., *Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective*, La revue de gériatrie, Tome33, n°9, novembre 2008.

En effet, un fonctionnement acceptable de l'EMG est conditionné à l'existence d'une filière opérationnelle. Une telle étude doit être menée sur un nombre représentatif de patients afin qu'elle ait une valeur significative et donc être crédible. Cadrer scientifiquement une telle étude sera un argument convainquant à présenter à la direction mais aussi aux autorités de tarification. L'appui du service informatique pourra être sollicité pour la construction du document de recueil de données. Enfin, l'appréciation du rythme de passage des patients aux Urgences pourrait permettre d'adapter le « *turn over* » de l'équipe si nécessaire. Ce travail de recherche semble judicieux à plus d'un titre, à savoir : la partie prospective permettra de démontrer la valeur ajoutée et donc de légitimer l'équipe, et elle servira à renforcer les liens pour aboutir à un véritable partenariat avec le service des Urgences. Cette collaboration effective pourra ensuite impulser une dynamique positive dans les autres services.

Un travail de prospection interne doit être réalisé mais il ne faut pas oublier que l'EMG peut intervenir à l'extérieur de l'hôpital. Aussi, plusieurs axes de développement peuvent être envisagés, notamment auprès des structures médico-sociales ou encore auprès des structures privées dans le cadre de la mise en place de la filière gériatrique. L'expérience en cours avec la clinique chirurgicale de la Loire peut certainement être développée au regard de son actualité. En effet, la clinique a constitué avec le centre Hospitalier de Saumur un pôle de santé, incluant le partage d'un bloc opératoire. Cette opération a permis à la clinique de voir ses capacités augmentées et de recruter des chirurgiens. Actuellement, le praticien de l'EMG rencontre tous les lundis à la clinique, les patients en attente d'une intervention orthopédique. Il s'agit ainsi d'envisager le devenir du patient à la suite de ces interventions pour permettre à la fois la réussite de l'intervention et organiser rapidement la suite de la prise en charge. La complémentarité a été vite comprise et trouvé entre les chirurgiens de la clinique et le praticien hospitalier.

Toutefois, ce travail en partenariat pourrait être davantage optimisé en développant plus largement la complémentarité entre les deux structures ce qui permettrait de gagner en attractivité:

- Dispensation d'une évaluation gérontologique standardisée préopératoire ;
- Développer la compétence gériatrique au sein des services de chirurgie et donc pas seulement sur la spécialité orthopédique ;
- Optimiser les suivis postopératoires par le développement d'une collaboration médico-chirurgicale impliquant le pôle d'évaluation et l'équipe mobile ;
- Assurer une rééducation et/ou une réadaptation fonctionnelle appropriée aux besoins des patients gériatriques chirurgicaux par le développement des services de SSR gériatriques.

Les modalités précises notamment en terme financier devront être étudiées avec intérêt afin que chaque structure y trouve son compte. Toutefois, il ne faut pas négliger cette possibilité de développement en interne car le Centre Hospitalier de Saumur conserve encore une activité chirurgicale.

L'identification du besoin facilitera la décision de pérenniser les missions et favorisera la constitution d'une véritable équipe. Ensuite, l'établissement doit évaluer les besoins de financement nécessaires au soutien d'une activité qui ne bénéficie pas de crédits alloués. L'établissement peut se trouver dans l'obligation d'attendre d'éventuels crédits supplémentaires accordés par les autorités de tarification. Enfin, il existe un autre obstacle à ce projet, à savoir la difficulté de recruter certains professionnels, telle une I.D.E qui est indispensable au bon fonctionnement de l'EMG. A l'inverse pour recruter des professionnels, il faut être attractif et un dispositif tel que l'EMG peut séduire et rendre une structure plus attrayante. Le développement d'une politique de communication destinée à valoriser les métiers de la gériatrie et ses compétences peut être un atout majeur à cet effet.

Après l'identification du besoin, la deuxième étape est la définition des ambitions de l'EMG afin de lui permettre légitimement de prendre sa place.

### 3.1.2 Identifier les ambitions de l'équipe mobile gériatrique afin de lui permettre de prendre pleinement sa place

Les ambitions d'une équipe se définissent au travers d'un projet qui doit valoriser ses atouts et ses spécificités dans la prise en charge du patient, mais aussi pour l'hôpital et son environnement. Une équipe ambitieuse se manifeste aussi au travers de ses membres qui doivent être en adéquation les uns avec les autres. La réussite de ce projet tiendra grâce aux liens qui uniront les membres de cette équipe.

La volonté médicale a été un moteur essentiel pour démarrer un tel projet. Aujourd'hui, il est nécessaire d'y associer d'autres partenaires afin de l'enrichir et de convaincre la communauté des professionnels. En effet, ce projet a été circonscrit à quelques médecins volontaires et validé par un service de l'hôpital. Or manifestement, il faut aujourd'hui dépasser ce cadre pour lui donner une dimension plus large. L'apport d'autres professionnels ne pourra qu'enrichir la construction du projet et sa diffusion au sein des différents services. Ainsi, une équipe pilote composée du médecin référent et d'un cadre de santé pourrait encadrer les débats et l'avancée des travaux. Son objectif final serait d'aboutir à la rédaction conceptuelle du projet. Ce groupe pilote associé à une équipe pluridisciplinaire (IDE, assistante sociale, gériatre…) réfléchirait aux contours d'un tel projet. Le directeur trouve naturellement sa place dans l'équipe tant le projet impacte le fonctionnement hospitalier. Ce n'est pas l'évaluation du coût financier ou encore le déploiement des ressources humaines qui sont les plus ardues, mais c'est plutôt la définition de la stratégie qu'il va falloir mettre en place pour imposer une telle équipe qui va être déterminante. En effet, la résistance à un tel dispositif est le plus souvent passive, c'est-à-dire qu'elle se manifeste tout simplement par l'absence d'appel téléphonique pour bénéficier des services de l'EMG. Aujourd'hui encore, il faut l'accord du service de spécialités et donc de tous les praticiens pour permettre à l'EMG de rendre visite à des patients gériatriques et hospitalisés dans un autre service. Le blocage, à ce niveau, est très ancré dans les mentalités. On peut parfois qualifier certains services de véritable « *chasse gardée* ». Il existe encore des fonctionnements particuliers à l'intérieur de l'hôpital liés à des individus. On emploie alors le terme de « *praticien dépendant* ».

Le rôle de médiateur du directeur est ici important pour essayer de sortir de ces problèmes de personnes et élever le débat. Ainsi il faut convaincre et proposer un fonctionnement qui soit satisfaisant pour l'EMG et le service en évitant les écueils classiques suivants :

- Le rôle de simple facilitateur de la filière ;
- Un simple avis d'expert gériatre ;
- L'EMG « *travailleur social* » confiné à la gestion des « *bed blockers* » ;
- L'EMG urgentistes[45].

Pour convaincre, le projet devra nécessairement comporter les éléments suivants :

- Le rappel du besoin et du public cible ;
- L'identification des missions de l'EMG qui seront appréciées en fonction de la dimension et des besoins que l'on accorde à cette équipe ;
- L'élaboration des outils d'évaluations ;
- La rédaction de protocoles d'intervention ;
- L'évaluation des actions doit être particulièrement soignée : identifier l'atteinte des objectifs de cette équipe mais aussi mesurer la valeur ajoutée apportée aux autres services. Une évaluation de l'activité sera à mener aux moyens d'outils traditionnels : nombre de consultations, nombre d'hospitalisations programmées… Elle peut être exigée par le directeur afin de pouvoir évaluer le bénéfice de cette activité ;
- La satisfaction des usagers devra être abordée car au-delà de l'aspect réglementaire, il est essentiel de mesurer le service rendu pour l'usager : adaptation des réponses proposées, coordination effective ou non des acteurs, préconisations suivies, questionnaire de satisfaction

Mais le projet devra aussi expliciter ce que l'EMG peut apporter à ces confrères, notamment fluidifier le parcours de leur sujet âgé et donc diminuer

[45] ROUSSEAU AC, BASTIANELLI JP, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, rapport n° 2005/053 de l'inspection des affaires sociales, mai 2005 page 74

leur propre DMS. Certains seront plus coopératifs que d'autres mais aller au devant d'eux et engager une discussion s'avère indispensable pour aller de l'avant. Il faut que l'EMG soit le porte parole de son action.

Le choix judicieux des membres de l'équipe est tout aussi crucial tant elle requiert des compétences particulières. « *La qualité de l'EMG est liée en grande partie aux notions de travail collectif, de communication bijective au sein de l'équipe ainsi qu'à la propension à transmettre ses connaissances à autrui. Ainsi les qualités requises pour répondre aux attentes du poste de gériatre au sein de l'EMG peuvent être regroupées en Trois rubriques :*

- *Compétence : connaissances théoriques et pratiques sur l'ensemble des outils gériatriques ;*
- *Expérience : travail préalable dans les différents secteurs de la filière gériatrique intra hospitalière, recul de plusieurs années d'exercice. Idéalement, il peut s'agir d'un roulement sur le pool des médecins de l'unité gériatrique traditionnelle (court séjour gériatrique, SSR…) ;*
- *Personnalité : empathie, réactivité, capacité de résistance aux pressions.* »[46]

Etre membre de l'EMG requiert des compétences techniques mais aussi relationnelles qui sont tout aussi importantes car il faut bien comprendre qu'une telle équipe n'est pas toujours la bienvenue tant elle remet en cause le fonctionnement traditionnel du service.

Un fois ce travail de fond réalisé, un travail sur la forme doit être mené pour valider officiellement ce projet auprès de la direction, de la communauté médicale et des autorités de tarification. Toutefois, la validation de ce projet impliquera un changement de politique institutionnelle du Centre Hospitalier au sein de son territoire.

[46] DUBOIS M., LORTHIOIS J., MANSOUR S. FLEURY M., BALLOUCHE N., BLANC P. et GAUVAIN J-B : *Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ?* Gérontologie et société, n°126, septembre 2008, éd., P page 99 et 100

## 3.2 L'engagement de l'institution auprès de l'EMG implique un investissement plus large de l'hôpital sur son territoire

Une validation respectueuse du circuit institutionnel en vigueur s'impose pour asseoir un fonctionnement légitime et reconnu en interne (3.2.1.). Toutefois, l'existence d'une telle équipe mobile de gériatrie n'aura de sens que si son action s'inscrit dans un environnement plus large que celui de l'hôpital. L'absence de cette étape incontournable induira un fonctionnement assez limité et peu respectueux des possibilités offertes par un tel dispositif (3.2.2)

### 3.2.1 La validation institutionnelle de l'EMG pousse le Centre Hospitalier de Saumur à s'ouvrir sur son environnement

Une fois le projet réalisé, il sera présenté devant les instances en vue de sa validation. Toutefois, il n'y a pas d'EMG pérenne sans réflexion en amont sur les facteurs clés de succès. L'installation de cette structure doit être réfléchie en concertation avec des acteurs de terrain demandeurs d'avis gériatriques, mais également avec des décideurs intra et extra hospitaliers.

En effet, les modalités de fonctionnement et les missions de l'EMG obligent à une réorganisation interne si on souhaite qu'elle prenne toute sa place tant elle impacte la structuration actuelle de l'hôpital. La sectorisation est notable dans le fonctionnement hospitalier, elle se décline par une division que l'on peut qualifier d'organe c'est-à-dire par service et chaque organe souhaite conserver sa dimension autonome. Cette sectorisation se décline aussi par la nature des soins (soins intensifs, soins palliatifs, soins aigus…) soit par tranche horaire (hôpital de jour ou de nuit) soit même par sexe (service hommes/femmes). Ces découpages compliquent la compréhension et le fonctionnement d'une telle structure et opacifient le parcours de soins du patient. Le nombre et les besoins du sujet âgé obligent à revoir ces fonctionnements.

Ce sentiment extrêmement palpable est d'ailleurs exacerbé lors des discussions en interne entre médecins au sujet de la diminution du nombre de lits de chirurgie au profit de la gériatrie, et se manifeste notamment par la

réflexion suivante : « *on va devenir un hôpital de vieux !* ». Ainsi, cette phase doit passer par une réflexion du corps médical pour acter la création de la filière gériatrique. Il ne semble pas que le travail réalisé dans le cadre de la rédaction de la charte de la filière gériatrique du territoire d'Angers/Saumur ait rencontré un écho auprès de l'ensemble de la communauté hospitalière quant à ses conséquences. Or, la raison d'être de l'EMG dépasse la structure hospitalière. Valider ce projet devant les différentes instances permettra d'asseoir ce projet mais il impliquera un changement dans le positionnement du Centre Hospitalier au sein de son environnement. Les missions auxquelles doit répondre l'EMG ont un impact intra hospitalier notamment avec l'évaluation des personnes fragiles ou « gériatriques » dès l'entrée dans la structure. Or, pour ce faire elle doit pouvoir jouer un rôle de facilitateur dans l'orientation intra hospitalière, ce qui n'est pas acté pour l'instant même au sein du service de gériatrie. En outre elle a un rôle de régulation de l'hospitalisation vers les autres structures de ville. Il s'agit ainsi de faciliter l'accès au plateau technique de gériatrie et de participer aux actions de coordination ville-hôpital. Cette mission extra hospitalière lui demandent de travailler avec différents partenaires. L'HAD est un partenaire naturel de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à domicile ou en EPHAD. A ce titre la collaboration avec les SSIAD est recommandée pour définir les rôles respectifs et les relais possibles. Il en est de même pour les services d'aide à domicile et les paramédicaux libéraux. L'EMG est l'interlocuteur direct des médecins traitants. Elle répond à toutes leurs demandes concernant l'admission, le séjour et la sortie du patient. Elle collabore avec lui pour mettre en place les dispositifs permettant le retour du patient à domicile ou en établissement. Pour ce faire il peut être intéressant de formaliser une rencontre annuelle entre le médecin gériatre organisateur de la filière et les médecins traitants du territoire. Les établissements de santé et les EPHAD s'inscrivent aussi dans ce maillage. Ainsi les modalités d'admission et de retour des résidents au sein de la filière doivent être formalisées ainsi que les conditions et les outils de partage de l'information médicale. Cet axe n'a pas été pour l'instant privilégié en raison de la gestion par l'hôpital de deux EPHAD. Pour autant, est ce que d'autres EPHAD de la région y verraient un intérêt ? D'autres partenariats peuvent être envisagés comme par exemple la formation. Dans ces objectifs, il est nécessaire de formaliser des procédures de prise en charge et de partage

de l'information avec les structures de coordination dans l'objectif d'assurer la continuité de la prise en charge. Ce listing des partenaires possibles n'est pas exhaustif. Il reste une difficulté d'ordre technique à savoir le financement actuels des EMG ne permet pas de développer l'activité extra hospitalière sauf avec le soutien des enveloppes réseaux de soins ou la participation du conseil général au titre de la coordination médico-sociale[47].

Ainsi, l'environnement du centre hospitalier doit être sollicité pour devenir acteur dans ce dispositif. Celui-ci est très vaste, il comprend en effet des partenaires très variés et surtout différents dans leurs fonctionnements propres et dans leur niveau d'intervention auprès de la personne âgée. Chacun a ainsi un rôle clé dans la coordination et la réussite de cette équipe et plus largement de la filière. C'est bien cet axe qui est essentiel. Dépasser la fragmentation des réponses apportées par les professionnels. L'enjeu d'une telle équipe dépasse largement les enjeux internes. En revanche, on ne pourra avancer sur la question que si à un moment on aborde le problème dans sa globalité car ce sont à la fois des changements importants mais aussi complexes qui vont avoir des conséquences sur l'organisation hospitalière actuelle. En effet, le mode de fonctionnement de l'EMG s'appuie sur des procédures validées au sein de la filière gériatrique avant de contractualiser avec les différents pôles et /ou les acteurs de réseaux extra hospitaliers. Finalement cette approche inverse complètement le sens de la construction qui a prévalue jusque alors au centre hospitalier à savoir la rédaction d'une charte avant la définition des contours de celle-ci.

L'EMG n'a de sens que dans un environnement plus vaste que l'hôpital. Aujourd'hui elle est victime de « l'hospitalo-centrisme », parce qu'elle n'évolue pas dans l'environnement qui lui conviendrait, à savoir la filière. Ainsi les problèmes internes seront en partie résolus à partir du moment où cette équipe prendra la place qui lui est dévolue.

[47] COUTURIER P., *Les équipes mobiles de gériatrie, état des lieux, rôle et perspectives,* Soins gérontologie, n°64, mars/avril 2007, page 20 et 21.

### 3.2.2 Partenaires incontournables de son environnement, les autorités de tarification doivent être sollicitées pour accompagner la mise en place de cette équipe.

Les autorités de tarification sont des partenaires incontournables pour monter un projet en raison de leur rôle de financeurs. Toutefois, il ne faut pas non plus oublier la place de moteur qu'ils occupent dans l'organisation territoriale.

Dans le cadre de la T2A mise en place en 2004, la MIGAC est la partie du budget de l'hôpital qui ne fait pas l'objet d'une tarification à l'activité et l'EMG dépend de ce type de financement. Le plus souvent, toute nouvelle activité débute à moyens constants. En effet, l'équation systématique qui consiste à prôner : nouvelle activité égale nouveaux moyens dédiés, n'a plus lieu d'être, non seulement au regard de notre contexte économique difficile mais parce que cela ne se justifie pas toujours. En effet, les organisations doivent au préalable être interrogées afin qu'elles puissent peut-être répondre à une nouvelle activité. Cette gymnastique organisationnelle doit faire l'objet d'une vigilance importante de la part du directeur parce qu'elle est extrêmement complexe et mal perçue. En effet, il s'agit d'avoir une vision complète des activités et des organisations en vigueur et des intrications entre elles pour éventuellement y déceler certaines inadéquations. En outre, cette pratique est souvent ressentie comme inquisitrice par les professionnels de santé. Aussi elle doit être menée avec tact et prudence.

Les autorités de tarification seront davantage sensibilisées par les efforts consentis en matière de réflexion autour de l'organisation et les éventuels redéploiements de moyens humains et logistiques que par des sollicitations systématiques en terme budgétaires pour développer de nouvelles activités. En outre, tous les projets proposés ne peuvent trouver échos auprès des autorités de tarification, qui, elles aussi, ont un budget à respecter. Une structure doit être à même d'arbitrer par elle-même sur les projets en cours au lieu d'essayer de tout développer. Pour ce faire, l'ensemble des projets du pôle de gériatrie devra être hiérarchisé par l'équipe médicale et paramédicale pour identifier les axes prioritaires et dégager les moyens existants et possibles sur les projets retenus. En effet, la nature et l'importance des projets évoqués dans le projet de pôle 2009-2013 semblent ambitieuses non

seulement en terme de coût mais aussi en terme de temps pour déployer et développer toutes ces activités, comme par exemple :

- Création d'une unité de diagnostic et d'évaluation gériatrique de 12 lits ;
- Création d'une unité de neurogériatrie de 8 à 12 lits
- Définir une ou des « spécialisations » SSR pour s'adapter aux nouveaux textes
- Créer un HAD

Toutefois, il ne faut pas oublier tous les axes destinés à l'amélioration de la prise en charge actuelle comme par exemple : améliorer la prise en charge de la douleur ou encore dans un autre registre favoriser les transferts directs en médecine polyvalente gériatrique…. Et enfin ceux qu'il faut réactualiser avec le temps : réévaluer Angélique faire évaluer le projet de vie pour les EPAHD. Au regard de ces quelques exemples, le programme semble bien chargé et rien que la mise en place de la filière gériatrique est un projet qui peut occuper pleinement les 5 prochaines années.

## Conclusion

La mise en œuvre optimale de cette équipe est concomitante avec celle de la filière gériatrique. En effet, l'impulsion a été donnée par l'ARH pour la mise en place d'une filière. Toutefois aujourd'hui plusieurs problèmes empêchent la mise en place d'une véritable filière. Il n'existe plus de pilote clairement identifié sur ce dossier après celui de l'ARH. Quels sont les besoins qui ont été identifiés pour justifier la mise en place de la filière et permettre la coordination des acteurs? Au delà de la rédaction de la charte et l'établissement de convention type, il faut s'intéresser à la constitution de véritables partenariats opérationnels. Au sein du Centre Hospitalier de Saumur, il n'y a pas eu de réflexion de fond sur l'éventuelle mise en place d'une filière, ce qui se ressent sur le fonctionnement actuel de l'EMG. Son action essentiellement intra hospitalière se trouve très vite limitée car elle ne peut jouer son rôle d'interface entre tous les acteurs intervenant auprès du sujet âgé. Aussi, dans un premier temps impliquer l'ensemble de l'établissement dans cette réflexion puis dans un deuxième temps l'ensemble des partenaires extra hospitaliers sont des préalables indispensables pour aboutir à une mise en œuvre pérenne et optimale d'un tel dispositif. Cette démarche permettra la mise en place d'une organisation qui donne toute sa place aux dispositifs transversaux comme l'EMG.

# Bibliographie


### Textes législatifs et réglementaires

Circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le Plan Solidarité Grand Age 2007/2012

Le Plan Alzheimer 2008/2012

Schéma régional d'organisation sanitaire, Agence Régionale des Pays-de-Loire, 2006-2010 561 pages.

### Thèses et Mémoires

NEMITZ B., 2006, *La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : ENSP Rennes, 85 p.

TRICOIRE A., 2007, *Elaboration d'une fiche liaison gérontologique pour l'hospitalisation des personnes âgées*, Mémoire pour l'obtention du diplôme capacité de gérontologie : Université d'Angers, 37 p.

### Ouvrages

BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D., édition Médecine-Sciences, 2007, *Traité de santé publique*, 2e édition, Paris : Flammarion,

CLEMENT J-M, 2007, *Mémento de droit hospitalier*, 12e édition, coll. Les indispensables, Paris : Berger-Levrault, 414p.

DERENNE O et PONCHON F, 2005, *L'usager et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre*, 3e édition, Rennes : ENSP, 216p.

TUFFREAU F, LE GUEVEL A, 2007, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale*, Rennes : ENSP, 492p.

## Articles de périodiques

AUGER M-C, novembre-décembre 2008, « l'évaluation gériatrique », *Soins gérontologiques* n°74, page 15

BLOCH F., BAYLE C., SCHWALD N. et al., mars/avril 2007, « Expérience d'une équipe mobile de gériatrie aux urgences » *Soins gérontologie*, n°64, page 29 à 31.

CADET D, octobre 2007, « Des réformes ambitieuses, leviers d'évolutions des organisations », *Soins*, n° 719, page 34 à 36

CHVETZOKK R., ROOS M-T, SCEMAMA A., MANDELBAUM B., BAQUE A., août-septembre 2006 « Quels indicateurs pour la gouvernance des réseaux, exemple du réseau gérontologique Carmad », *Gestions hospitalières* p 457 à 464

COUTURIER P., mars/avril 2007, « les équipes mobiles de gériatrie, état des lieux, rôle et perspectives », *Soins gérontologie*, n°64, page 18 à 21.

COUTURIER P, novembre 2004, « les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives », La revue de gériatrie, Tome 29, n°9 page 703 à 712.

CUDENNEC T., mars/avril 2007, « Les équipes mobiles de gériatrie, un plus dans la prise en charge des patients ». *Soins gérontologie,* n°64, page 17

DESPATURE M-L, mars-avril 2002 « Coût de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées », *Revue hospitalière de France* n°485 p101

DRUNAT O., LUTZLER P. et HOLSTEIN J., janvier 1997, « Intérêt du concept filière de soins pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie »; *Gestion hospitalière*, page 45 à 48

DUBOIS M., LORTHIOIS J., MANSOUR S. FLEURY M., BALLOUCHE N., BLANC P. et GAUVAIN J-B : septembre 2008, « Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? » Gérontologie et société, n°126, page 91 à 103.

DUSEHU E. octobre 2007, « Les schémas régionaux d'organsiation sanitaire de l'offre de soins », n°719, page 31 à 33

DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., juin 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *DREES*, n° 494.

JAMOT M., MADJLESSI A., CRESSENS M., janvier/février 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ? Retour d'expérience du CH de Puteaux », Revue hospitalière de France, n°526, page 40 à 42.

KUNTZMANN F., HEITZ D., mars-avril 2002, « Urgences gériatriques et unité mobile » gériatrique, *Revue hospitalière de France* n°485 p97

MARTINEZ M., mars-avril 2002 « la filière sanitaire et social », *Revue hospitalière de France,* n°485 p98

MARTIN C., LE BIHAN-YOUINOU B., avril 2007, « Vieillissement et demande de soins en Europe » *Hôpitaux magazine*, page 21

NAGARD B., mars-avril 2007, « Territoire de première proximité, mise en œuvre gériatrique », *Revue hospitalière de France,* n°515, p60 à 63

PETITOT C., CHAPUIS F., TOUZET S., FOURNIER G., BONNEFOY M., novembre 2008, « Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective », *La revue de gériatrie*, Tome33, n°9, page 761 à 769..

POURTOUT G., janvier 2006, « Les réseaux de santé » *Les Cahiers Hospitaliers,* n°219, page 6.

PROVILLE S., septembre 2003, « l'équipe mobile de gérontologie », Bulletin juridique de la santé publique, n°65 p 21 à 22

ROLLAND A., CROISE-CORMERAIS G., CEOLIN E., NOYE S., GOBERT M-F, HAMED F., WOERTH F., CAROLA F., juillet-août 2007, « Evaluations gériatrique et onco-gériatrique au Cegap de Senlis », *Soins gérontologie,* n°66 p 35 à 38

ROBERT B, août 2007, « Comment conserver une stratégie d'action collective avec hôpital 2007 ? » *Soins cadres de santé*, n°63, page 24 à 27.

ROCWOOD K., STOLEE P. et MCDOWELL I., 1996, « Factors associated with institutionalisation of older people in Canada : testing a multifactorial definition of trailty » *J Am Geriatr Soc.* 44(5), page 578-582

SIMON-PREL R., mars avril 2008 « Filières gériatriques en Ile de France », *Revue Hospitalière de France,* n° 521 p76 à 78

SOUDANI M., mai-juin 2006, « la douleur morale », *Revue du soignant en gériatrie*, n°24 p 23 à 29

TREGOAT J-J, septembre 2008, « De la modernisation du secteur social et médico-social, à la réforme de l'Etat et de son administration territoriale » Gérontologie et société, n°126, page 47

VERGER P., CHAUMONT C., mai 2007, « La grille d'évaluation sociale, un nouvel outil d'évaluation en gériatrie », *Soins cadres de santé,* supplément au n° 62, p19 à 21

VERMOREL M, GUETAT P, BOLLIET J-M, janvier, février 2009, « Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône Alpes, » *Revue hospitalière de France*, n° 526 Page 36 à 40

VOISIN T., LAURENT B., mars/avril 2007, « Du bon usage des échelles d'évaluations gérontologique en unité mobile de gériatrie » Soins gérontologie, n°64, page 26 à 28.

## Rapports

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., « *5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir* » , rapport remis au Ministre de la santé et des solidarités, avril 2006.

ROUSSEAU AC, BASTIANELLI JP, Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, rapport n° 2005/053 de l'inspection des affaires sociales, mai 2005

## Divers

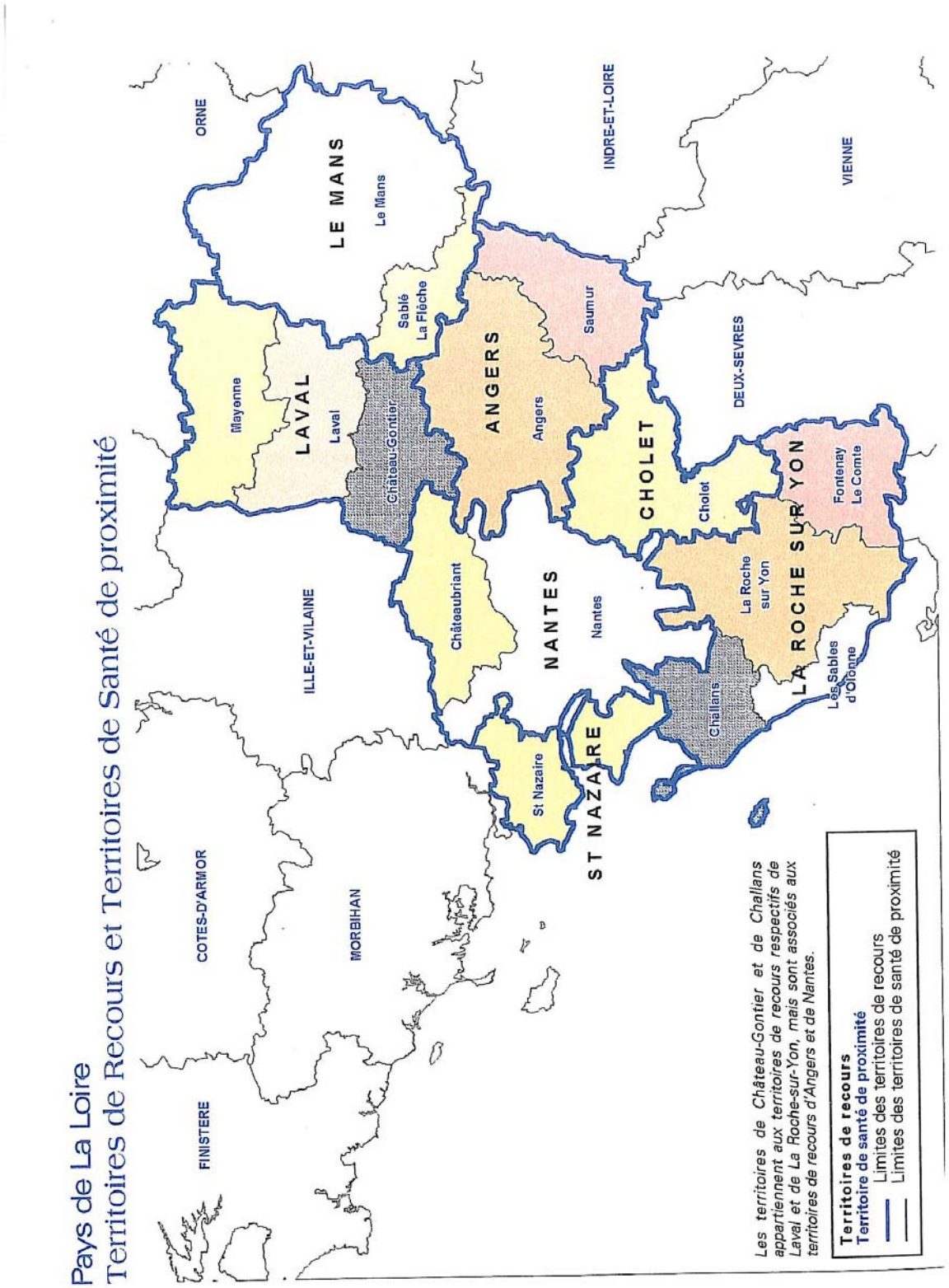
CNEH, avril 2007, *Filières gériatriques*, technologies et santé, n° 61,43p.

# Liste des annexes

ANNEXE 1 : Territoires de proximité et de recours de la région Pays de la Loire

ANNEXE 2: Exemple d'un travail pluridisciplinaire d'une équipe mobile de gériatrie

**ANNEXE 1**


Pays de La Loire
Territoires de Recours et Territoires de Santé de proximité
ORNE
INDRE-ET-LOIRE
VIENNE
LE MANS
Le Mans
Sablé
La Flèche
Saumur
LAVAL
Mayenne
Laval
Château-Gontier
ANGERS
Angers
DEUX-SEVRES
CHOLET
Cholet
LA ROCHE SUR YON
Fontenay Le Comte
La Roche sur Yon
Les Sables d'Olonne
Challans
NANTES
Nantes
Châteaubriant
ILLE-ET-VILAINE
ST NAZAIRE
St Nazaire
COTES-D'ARMOR
MORBIHAN
FINISTERE
Les territoires de Château-Gontier et de Challans appartiennent aux territoires de recours respectifs de Laval et de La Roche-sur-Yon, mais sont associés aux territoires de recours d'Angers et de Nantes.
Territoires de recours
Territoire de santé de proximité
Limites des territoires de recours
Limites des territoires de santé de proximité

## ANNEXE 2

SOINS Gérontologie dossier

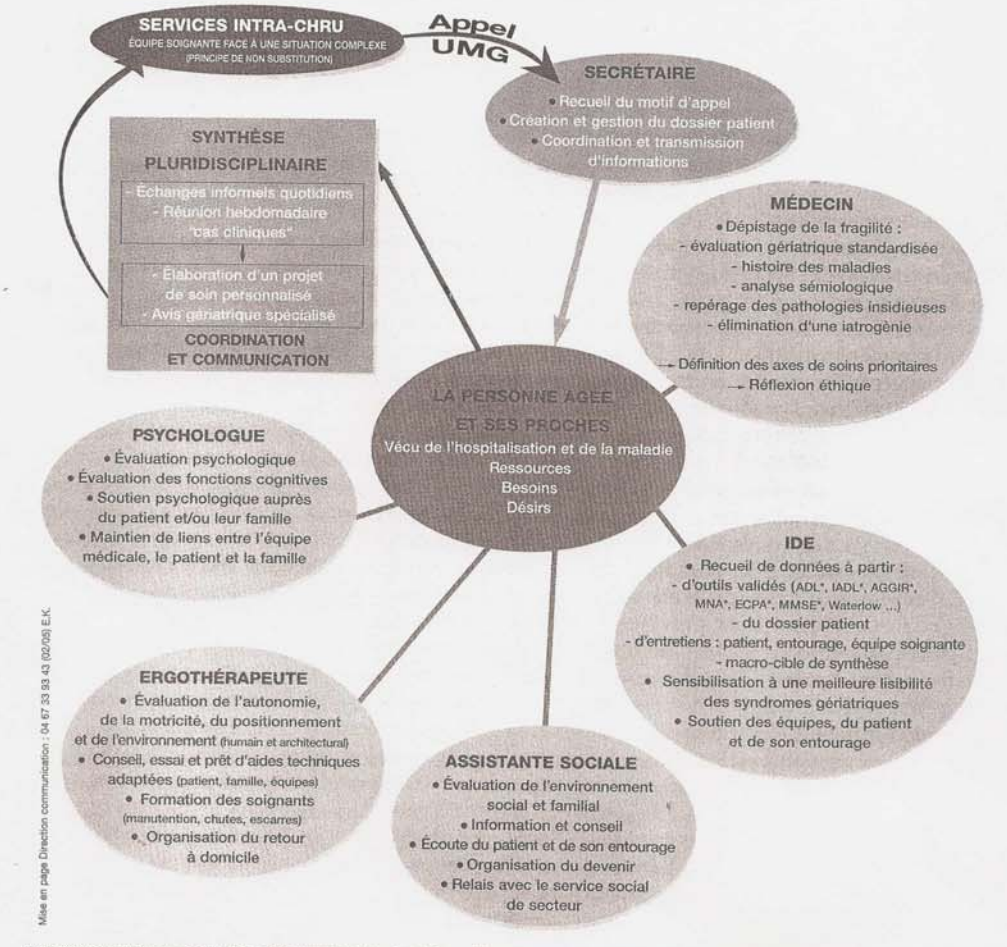
Les équipes mobiles de gériatrie

# LE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE D'UNE ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE

Auteurs : Dr. A. Blain, Dr. B. Dardalhon, V. Jouaffre (ergothérapeute), L. Marchand (psychologue), E. Flavier (assistante sociale), E. Bounous (secrétaire), G. Garcia-Borel, A-M. Fauroux (IDE), A. Secail (CDS)
Unité Mobile de Gériatrie du Pôle de Gérontologie (Coordinateur : Pr C. Jeandel) du CHRU de Montpellier

CHU MONTPELLIER CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Le vieillissement de la population a révélé l'inadaptation du système de soins à la personne âgée fragile. La survenue d'un problème aigu peut rompre un équilibre dans un contexte de polypathologie, remettant en cause l'indépendance et la qualité de vie du patient. L'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte de l'autonomie par une prise en charge globale.
La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique définit les missions des équipes mobiles de gériatrie : évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée pour une prise en charge adéquate de situations complexes, participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie, orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière, orientation à la sortie d'hospitalisation, participation à l'organisation de la sortie et conseil, information et formation pour les équipes soignantes.
Créée le 1er mars 2004, l'Unité Mobile de Gériatrie du CHRU de Montpellier intervient au sein des divers pôles d'activité qui la sollicitent. Ses objectifs : améliorer la qualité de vie des personnes âgées, favoriser leur maintien à domicile, limiter la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation, sensibiliser les équipes à la pratique gériatrique, réduire les durées d'hospitalisation, réduire le nombre d'hospitalisations.




*ADL : Activity of Daily Life, IADL : Instrumental Activity of Daily life, AGGIR : Autonomie Gerontologique Groupe Iso Ressource, MNA : Mini Nutritional Assessment, ECPA : Échelle Comportementale de la douleur pour la Personne Agée, MMSE : Mini Mental State Examination

## Conclusion

**L'UMG est constituée de personnes ressources pour les équipes des services du CHRU et l'entourage du patient.
Elle met à disponibilité un espace temps pour une situation d'une personne âgée à un jour donné.
La personne âgée est considérée dans sa globalité. Elle se sent reconnue comme une personne avec son histoire, ses capacités et potentialités physiques et psychiques, son environnement et son entourage.**