

SYNTHESE

LA PLACE DES EX HOPITAUX LOCAUX DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES.

*Analyse qualitative autour de trois études de cas
en Franche-Comté*

Hélène CLEAU-ANDRE
ASEPT Franche-Comté/Bourgogne
Septembre 2015



REMERCIEMENTS

C e travail n'aurait pu être réalisé sans la confiance et le soutien de Jean-Jacques Laplante que je remercie très sincèrement. J'ai beaucoup appris à tes côtés tout au long de cette année.

Je remercie mes collègues de l'ASEPT Franche-Comté, Carole, Cécile, Clément, Emilie, et Nadia pour cette année

Les développements et l'analyse de cette recherche ont été confrontés aux questions toujours pertinentes et jusqu'au boutiste de Clément Prévitali.

Plus largement les échanges avec Clément, Timothée et Jean-Jacques sur la protection sociale, l'économie et la prise en charge des personnes âgées ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

Je tiens à remercier Nadia Guillou, pour sa bienveillance et ses encouragements ; Cécile Travers pour sa bonne humeur et les nombreux points de situation et Carole Cointet-Jussiaux pour sa patience sans limite et ses précieuses relectures.

Un très grand merci aux personnes rencontrées à la CCMSA, à Nadine Ribet-Reinhart et Nicolas Demarle pour leur disponibilité et les échanges fructueux sur ce sujet.

Surtout, je tiens à remercier les membres du COTER de Franche-Comté et plus particulièrement les directeurs, cadres de santé et médecins généralistes des centres hospitaliers de Mouthe, Ornans et Poligny pour leur accueil, le temps qu'ils m'ont accordé et les contacts qu'ils ont facilités.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes interviewées dans le cadre de cette recherche, sans qui rien n'aurait été possible.



Introduction

Objectif

L'objectif est de renseigner qualitativement la place des ex Hôpitaux Locaux (HL) sur leur territoire et dans l'offre de soins. Pour ce faire, une interrogation plus large a été posée : quelle est la place de l'ex HL dans le maintien à domicile des

personnes âgées ? Cette question s'appuie sur le constat que les personnes âgées forment la patientèle privilégiée des ex HL et que le maintien à domicile fonde les politiques de la vieillesse depuis le rapport de Pierre Laroque en 1962.

Contexte

Une recherche qualitative sur les ex Hôpitaux Locaux (HL) a été menée en Franche-Comté, par Hélène Cléau-André, sociologue à l'ASEPT FC/B-MSA FC, sur un financement CCMSA (FNPEISA).

Cette recherche fait suite aux travaux du Comité Technique Régional qui avait réalisé un important travail de présentation des activités des ex HL de la région, notamment en mobilisant des données quantitatives et leurs perspectives¹.

Cet éclairage régional vient illustrer, dans un contexte de restrictions budgétaires (objectif ONDAM : 11,6 millions d'euros d'économie), les tensions et contradictions entre économies et politiques de santé :

La reconnaissance du rôle des ex HL par la cour des comptes (2011) ainsi

qu'une circulaire de la DGOS (juillet 2014) semblent conforter la place et le rôle des ex HL dans la prise en charge des personnes âgées, à proximité de leur lieu de vie, dans un contexte démographique marqué par le vieillissement et une désertification médicale réelle.

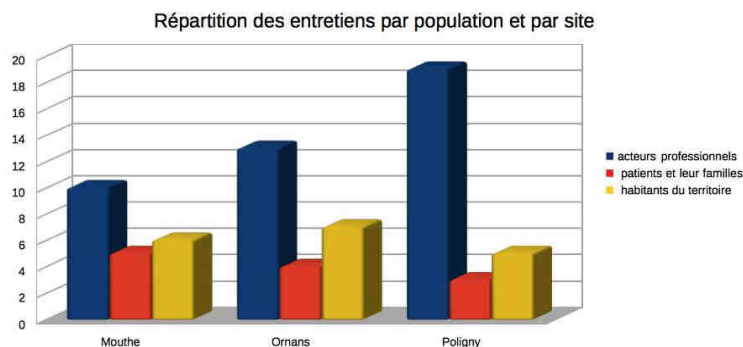
L'inadéquation entre la définition d'une nouvelle entité hospitalière dotée d'un mode de financement mixte pour l'activité de médecine – les hôpitaux de proximité – et les pressions exercées par les ARS sur les ex HL pour fermer les lits de médecine. Se pose également la question des SSR polyvalents.

Le contexte est également marqué par le projet de loi santé et le virage ambulatoire annoncé.

Méthodologie

3 des 6 ex HL de Franche-Comté ont été définis comme terrains d'étude selon leurs offres et leurs situations contrastées, sur la base de données quantitatives (COTER 2014) avec l'aide d'informateurs privilégiés. Les trois études de cas ont été effectuées sur les sites de :

- Mouthe (Doubs)
- Ornans (Doubs)
- Poligny (Jura)



Des observations *in situ* et 72 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 3 populations :

1. Professionnels (médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, cadres de santé, travailleurs sociaux, directeurs d'hôpitaux etc.) (n = 42).
Chaque directeur d'hôpital, cadre de santé, Assistant de Service Social (ASS) et médecin généraliste « historique » ont été interviewés. Ont ensuite été contactées les personnes mentionnées au cours des entretiens comme des collaborateurs. De plus, on a demandé des noms de médecins généralistes ne travaillant pas avec l'ex HL afin de réaliser des entretiens avec des acteurs non impliqués dans l'établissement.
2. Patients et proches de patients (n = 12)
3. Habitants des territoires étudiés (n = 10).

Le recrutement des populations 2 et 3 s'est fait par contact des élus MSA, avec l'aide des professionnels rencontrés et au hasard lors des observations *in situ*.

L'analyse des entretiens a été longitudinale, transversale et thématique. Des cartes situationnelles ont permis d'identifier les liens de collaboration entre professionnels et structures.

Le corpus n'inclut pas d'ex HL fonctionnant uniquement avec des praticiens hospitaliers car il n'y en a pas dans la région (1 des 3 établissements étudié a fait le choix de salarier un Médecin Généraliste (MG) sur son temps de travail à l'ex HL).



Principaux résultats

Principaux résultats

- L'organisation des ex HL : la place des acteurs

L'ex HL ne réalise pas d'activité de spécialité médicale telles qu'elles sont définies par les CHU et qui servent de modèle en la matière (notamment parce qu'ils forment les étudiants en médecine). C'est une structure à part dans le paysage hospitalier français, caractérisée par son positionnement d'interface (ambulatoire/hospitalier, médical/médico-social/social). Ce type d'établissement, ou plus exactement une partie de ces établissements, est appelé à rejoindre une nouvelle catégorie d'hôpitaux : les hôpitaux de proximité. Ils seront dotés, pour l'activité de médecine, d'un mode de financement mixte. En attendant, une Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF) leur est allouée à titre dérogatoire.

Les ex HL se révèlent être adaptés, notamment au niveau de la taille, à une prise en charge pluriprofessionnelle des personnes âgées. Or, la difficulté de ces prises en charge réside dans la nécessaire collaboration de plusieurs professionnels, du médical, du médico-social et du social. Collaboration qui n'est pas valorisée financièrement et qui se heurte aux cloisonnements, notamment financiers.

On note l'absence d'un modèle organisationnel prédéfini et commun aux différents ex HL. Les formes et modalités d'intervention des médecins

généralistes et kinésithérapeutes (recrutement de Praticiens Hospitaliers (PH), salarisation de kinésithérapeutes ou partenariats avec des professionnels de santé libéraux) pèsent sur l'organisation interne de l'établissement et sur ses liens de collaborations avec les structures externes participant au maintien à domicile.

Trois fonctions sont particulièrement importantes pour le dynamisme de la structure : le directeur, le cadre de santé et l'ASS. Ces trois fonctions représentent trois mondes

Trois fonctions sont particulièrement importantes pour le dynamisme de la structure : le directeur, le cadre de santé et l'ASS

professionnels différents : la gestion, le soin et le social. Le trio doit répondre à un double enjeu : d'une part assurer une cohésion pour les équipes soignantes et administratives (cohésion interne) et d'autre part, permettre des négociations avec les libéraux, à même de pérenniser des relations de coopération stables. La « réussite » des retours à domicile demeure le critère principal sur lequel les structures d'aide à domicile, comme les professionnels de santé libéraux jugent le travail de l'ex HL.

L'organisation des ex HL étudiés résulte de constructions locales, d'accords entre professionnels et de négociations entre le trio interne (directeur-cadre-ASS) et les libéraux (nous n'avons pas étudié d'ex HL fonctionnant uniquement avec un PH. Le PH gériatre rencontré est également un MG). Ce sont des structures protéiformes à l'interface du

sanitaire, du social et du médicosocial, de l'ambulatoire et de l'hospitalier. Chaque ex HL étudié bénéficie de l'implication depuis plusieurs dizaines d'années d'un médecin généraliste libéral dit "historique".

- **Les études de cas : 3 logiques différentes**

Elles permettent d'étudier les pratiques de collaborations entre les acteurs professionnels (du social, du médico social et du médical) et donc la place de l'ex HL sur un territoire donné et sa structuration.

L'ex HL de Mouthe profite d'un leadership clairement identifié et d'une identité marquée par le territoire. La fusion de l'ex HL avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté (dont la structure principale est située à Pontarlier, à une trentaine de km) a été l'occasion de formaliser l'activité effectuée à l'ex HL dans le cadre d'une filière gériatrique avant même que la fusion ait lieu. En outre, le déménagement dans les nouveaux locaux, en 2009 a été l'occasion de bien identifier les 3 activités (SSR, médecine et EHPAD), et de mieux organiser

Les 3 territoires sont définis par 3 logiques différentes

les prises en charge. La Maison de Santé Pluriprofessionnelle, attenante à l'hôpital local, facilite la présence médicale et l'organisation des retours à domicile. Il n'y a pas d'ASS à Mouthe. Des réunions ont régulièrement lieu avec le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)/équipe mobile de gérontologie basé à Pontarlier pour suivre l'évolution des situations. Elles réunissent le cabinet de soins infirmiers, le SSIAD et le SAAD. L'information circule bien et très

facilement sur ce secteur. L'interconnaissance entre les professionnels de santé et leur proximité² facilite le travail de tous.

L'ex HL d'Ornans s'est réorganisé au moment de sa reconstruction. Inquiet des possibilités d'être phagocyté par le CHG de Pontarlier (environ 35 km) et le CHRU de Besançon (environ 25 km), le MG historique a choisi de copier le fonctionnement des services hospitaliers des grands centres pour gagner leur reconnaissance. L'hôpital d'Ornans dispose donc de deux services auquel correspondent 2 cabinets de 3 MG libéraux. Cela leur permet d'assurer en plus des staffs hebdomadaires, deux passages (matin et soir) auprès des patients. L'ex HL accueille depuis peu une expérimentation de type PAERPA³ intitulée Parcours Santé des Personnes Âgées (PSPA). Sur ce territoire qui ne disposait ni de CLIC, ni de réseau gérontologique, l'expérimentation qui salarie 2 travailleurs sociaux, une ergothérapeute à mi temps et depuis peu une gestionnaire de cas, rencontre un véritable succès. Les libéraux rencontrés (MG, infirmiers, kinésithérapeutes) sollicitent ce dispositif régulièrement, ce qui leur permet de se concentrer sur leur cœur de métier. L'ex HL a ainsi initié une dynamique territoriale.

En outre, des collaborations plus spécifiques se sont mises en place jour sur ce secteur avec des accords entre

professionnels (MG et infirmiers) pour effectuer des prises en charges palliatives à domicile.

L'ex HL de Poligny avait été choisi pour sa fragilité apparente, liée notamment à la proximité de 2 ex HL distants d'une dizaine de km. Ce site est en plein changement :

- la direction commune entre les ex HL d'Arbois, de Poligny et le Centre Hospitalier de Salins-les-Bains est effective depuis le 1^{er} janvier 2015
- un Contrat Local de Santé (CLS) dédié aux personnes âgées a été signé à l'échelle du Pays du Revermont sur lequel se trouvent les 3 sites hospitaliers
- le projet médical a été rédigé dans le courant de l'été
- une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ouvre ses portes au mois d'octobre 2015.

La plupart des entretiens avec les professionnels (population 1) ont été effectués avant janvier 2015.

Poligny était déjà en direction commune avec le CH de Salins-les-Bains suite au départ en retraite de l'ancienne directrice. Ce secteur est largement dominé par des logiques concurrentielles à plusieurs niveaux, entre les deux ex HL (Arbois et Poligny) d'une part et entre des acteurs du domicile d'autre part. Cette logique est justifiée, dans le discours de plusieurs interviewés, par l'histoire des deux villes. Une opposition historique existerait entre Poligny et Arbois et expliquerait les difficultés à collaborer des différents acteurs professionnels (absence de Permanence Des Soins Ambulatoires sur le secteur Poligny-Arbois par exemple).

Les collaborations existantes se font à l'échelle du canton de Poligny ou de celui d'Arbois. Seuls des dispositifs spécifiques, notamment autour de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, dépassent ces échelles géographiques. La concurrence entre les deux ex HL a cloisonné les façons de travailler. Les dynamiques territoriales des villes sont plutôt centrifuges ; elles se jouxtent et donc limitent mutuellement leur possibilité d'expansion. Ce territoire apparaît, pour l'instant, désincarné parce que désinvesti par les professionnels de santé. En revanche, il fait l'objet d'un fort investissement des politiques (maires, président de pays, ARS) dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, plusieurs dispositifs d'aide à domicile semblent être en difficulté, du fait d'un isolement par rapport aux autres intervenants du domicile. Il n'y a pas de coordination ou de collaborations effectives à ce niveau.

« Le pire c'est d'être vieux, pas trop dépendant, pas trop riche, sans maladie grave identifiée... ou vieux et psy (patient en psychiatrie) ... si vous avez un cancer, ou une pathologie type Alzheimer, ce sera plus simple et plus rapide d'avoir des aides »

Pour autant, on ne peut pour l'instant rien conclure quant aux changements en cours sur ce secteur. S'ils sont accompagnés par le politique, il faudra à un moment que les professionnels de santé s'emparent des questions de coopération pour donner corps à cette direction commune et à l'offre qu'elle suppose. Rappelons que sur Ornans et Mouthe les moments de changements (déménagement, fusion) ont été saisis comme des occasions de se

réorganiser et de renforcer l'offre proposée.

- **La place des ex HL : des offres de soins territorialisées**

Les 3 études de cas réalisées rendent compte de situations contrastées et d'organisations différentes, notamment avec les acteurs du maintien à domicile, ce qui tend à montrer l'adaptation à l'existant et donc au territoire, tel qu'il est contraint par le relief et dessiné par les professionnels, notamment de santé.

Ces monographies révèlent les capacités de résistance des acteurs investis dans les ex HL aux menaces répétées de fermeture de lits et/ou de structures. Cela est en grande partie dû aux capacités de négociations des différents professionnels entre eux et aux accords qu'ils peuvent élaborer (autour de prises en charge techniques, d'une offre de soins pertinente pour les personnes âgées etc.). Ces accords sont facilités par l'interconnaissance. La possibilité de recouper les informations par rapport à une situation particulière améliore l'accompagnement et la prise en charge des personnes. De façon privilégiée, les médecins vont chercher à nouer des collaborations avec des infirmiers.

Un élément fort et qui semble différencier les MG impliqués dans les ex HL des autres médecins généralistes libéraux rencontrés réside dans la volonté de ne pas travailler seul. Rencontrer d'autres médecins généralistes libéraux que ceux

impliqués dans les ex HL nous a permis de saisir l'existence d'une organisation territoriale informelle entre MG ; organisation marquée par des sous-spécialisations qui orientent les patientèles (gynécologie-obstétrique, soins palliatifs, gériatrie, addictologie, psychiatrie etc.). Les MG impliqués au sein des ex HL sont caractérisés par des spécialisations en gériatrie et en soins palliatifs.

De même, les collaborations avec les kinésithérapeutes sont marquées par les habitudes de prescriptions des MG. Partant, s'investir dans l'ex HL peut être une façon de diversifier sa pratique et d'instaurer un suivi des patients.

*« C'est un mouvoir,
j'irai jamais, jamais !
...
mais c'est bien pour
ceux qui sont seuls. Au
moins qu'ils puissent
mourir dans la vallée »*

Les kinésithérapeutes rencontrés ont en commun une rhétorique marquée par la ruralité qui induit une mission de service public. Plus ils sont éloignés de leurs confrères, plus ce discours est présent.

Ce constat rejoint les conclusions de travaux effectués dans d'autres pays : **la capacité d'adaptation et la plus grande collaboration entre professionnels du médical et du paramédical à mesure qu'on s'éloigne de grands centres hospitaliers⁴.**

Il n'existe pas d'équivalent des ex HL à l'étranger. En revanche, il est intéressant de regarder ce qui se fait à l'étranger en matière d'offre de soins en milieu rural et/ou à distance de grands centres hospitaliers.

Stefen Mick alertait dès 2008⁵ les ex HL de l'effet dévastateur qu'induit le passage à la T2A. L'exemple des fermetures de petites structures hospitalières aux USA était pour lui un enseignement et une invitation à ne pas reproduire ce mode de financement.

Pour répondre aux vastes étendues de son territoire et aux inégalités de densité, l'Australie a choisi de former des médecins spécialisés dans l'exercice en milieu rural ; exercice caractérisé par l'obligation de faire avec l'existant et de tenir compte des temps d'accès nécessaires pour consulter un spécialiste, ou bénéficier d'un plateau technique. Au Québec plusieurs études montrent que des collaborations plus marquées existent entre professionnels (de santé, paramédicaux voire sociaux) à distance des grands centres urbains, même si ces collaborations se heurtent au cloisonnement des modes de financement. En outre, le virage ambulatoire transfère une partie de la

responsabilité et de la complexité de la prise en charge sur les proches du malade ou de la personne âgée. Une expérimentation suisse, partant du constat que des hospitalisations de personnes âgées peuvent être évitées, propose un court séjour gériatrique dans une structure faiblement médicalisée, avec un suivi effectué par le médecin traitant. Une évaluation chiffrée permet de montrer qu'une telle structure est moins coûteuse qu'une hospitalisation dans un Centre Hospitalier Général⁶.

Cette comparaison avec d'autres systèmes de santé révèle que :

- l'éloignement réfère aux CH, disposant de plateaux techniques, de chirurgie et de l'ensemble des spécialités médicales
- la proximité renvoie au domicile des patients, et plus particulièrement à celui des personnes âgées.

- **Le maintien à domicile des personnes âgées : un choix de société**

Le maintien à domicile des personnes âgées est un choix politique depuis 1962 qui doit permettre aux personnes âgées de continuer à faire partie de la société. Dès le début des années 70, la crise économique et l'augmentation du chômage, le maintien à domicile des personnes âgées est vu comme une possibilité de créer des emplois. Les politiques de la vieillesse et de l'emploi sont liées⁷: d'une part, une génération est privilégiée dans l'accès à l'emploi (ce qui institue un rapport de domination avec les autres générations) et d'autre part la prise en charge des personnes âgées est pensée en termes de nouveaux besoins soit sous forme de part de marché (silver économie), soit en matière de compétences professionnelles.

Le maintien à domicile des personnes âgées sur un secteur géographique donné dépend de deux axes structurants :

- une organisation professionnelle marquée par la délégation de tâches, qui dessine une chaîne de relégation des personnes âgées (du médical au social)



- une organisation territoriale particulière, caractérisée par une logique dominante qui rend compte des façons de travailler de différents acteurs professionnels (du sanitaire, du social, et du médico-social).

La prise en charge des personnes âgées questionne le modèle actuel de soins, largement dominé par des cloisonnements d'activités (notamment social et médical), voire de spécialités médicales et financières.

La question centrale du maintien à domicile des personnes âgées réside dans la collaboration des professionnels (et idéalement des non professionnels) y concourant. Or de nombreux dispositifs de coordination existent⁸ et leurs critères d'inclusion (par âge, pathologie, territoire etc.) fragmentent la population des personnes âgées et complexifie le recours aux aides disponibles. À l'inverse la multiplication des dispositifs de coordination comme les changements de leur modalité de fonctionnement décourage durablement le recours à ces structures par les professionnels de santé.

Les MG vont donc chercher à identifier une personne (plutôt qu'un dispositif) qu'ils pourront solliciter tout en sachant qu'elle s'efforcera de trouver une solution et de les tenir informés des suites (le métier importe peu à partir du moment où elle a fait la preuve de sa capacité à trouver des réponses).

Il convient donc, en ce qui concerne les dispositifs de coordination, de s'intéresser aux structurations locales existantes tant l'investissement des professionnels et leurs capacités d'adaptation forment des organisations

potentiellement très pertinentes car ajustées à l'existant. Partant, des structurations locales peuvent être désorganisées par des baisses de financement allouées à un dispositif, ou par tout nouveau déploiement de qui méconnaît l'existant.

Pourtant, la plupart des professionnels rencontrés s'accordent à reconnaître que les personnes âgées nécessitent une prise en charge particulière, caractérisée par :

- un niveau peu élevé de besoins en soins médicaux techniques et la réflexion sur la pertinence des traitements mis en place
- l'importance d'un accompagnement paramédical et social inscrit dans le temps
- la complémentarité des regards et des compétences professionnels

De fait, les études de cas ont permis de montrer que les secteurs où l'interconnaissance et la collaboration font partie des pratiques professionnelles quotidiennes, disposent d'une palette de réponses possibles (déclencher une visite à domicile par le médecin, ajuster le nombre de passages quotidiens, hospitalisation temporaire etc.) qui permettent d'éviter une hospitalisation intempestive.

La question se complique lorsqu'un problème survient durant la nuit et les week-end. La plupart des structures de coordination n'assurent pas de garde et la PDSA peut être mal identifiée, mal organisée, ne pas concerner les nuits profondes, être fragilisée par la désertification médicale. Tous ces éléments contribuent à expliquer le recours aux urgences. De plus, l'absence de présence infirmière dans certains Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ne laisse pas d'autres choix que le recours aux urgences.

Enfin, la question de la possibilité de mourir à domicile est remise en cause par la responsabilité professionnelle qu'elle induit et les revirements possibles de la part de la famille concernée. Il semble que la responsabilité soit plus facilement endossée par un collectif, même informel, de professionnels qui ont l'habitude de travailler ensemble que par un seul professionnel de santé, fût-il médecin.

Les ex HL sont des structures d'interface, a priori plus adaptées que les CHG/CHU pour répondre aux besoins des personnes âgées (besoins moins importants en soins techniques, possibilité d'une continuité des soins, collaborations entre le médical, le médico-social et le social etc.).

Ils peuvent offrir une réponse cohérente au problème des bed blockers² et par conséquent être une opportunité pour les Centres Hospitaliers Généraux ou Universitaires sous réserve d'apporter une solution à la question de la permanence de soins (ambulatoire ou hospitalière). Il convient de s'intéresser de près, c'est-à-dire autrement que par des indicateurs quantitatifs, aux capacités d'actions des ex HL et au rôle qu'ils ont endossé dans la prise en charge des personnes âgées et sur leur territoire.

Les 3 monographies réalisées révèlent que ces structures peuvent être à l'origine de structurations pertinentes et primordiales pour les personnes âgées comme pour les professionnels de santé sur un territoire donné. Leurs capacités d'adaptation témoignent d'un réel dynamisme dont on aurait tort de se passer sur la seule base d'applications de décisions économiques.

- 1 COTER Franche-Comté, 2014, « Quelles perspectives pour les ex Hôpitaux locaux franc-comtois dans le cadre des territoires de proximité? »
- 2 La proximité est ici entendue au sens où Boschma la définit. Elle se caractérise par 5 dimensions: cognitive, géographique, organisationnelle, sociale et institutionnelle. Boschma R., 2005 « Proximity and Innovation : A Critical Assessment », *Regional Studies*, 39 (1), pp.61-74
- 3 Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
- 4 Gauthier J., Haggerty J., Lamarche P., Lévesque JF., Morin D., Pineault R., Sylvain H., 2009, *Entre adaptabilité et fragilité: les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales éloignées*, Rapport de l'Institut National de Santé du Québec
- 5 Mick S., 2008, « Les hôpitaux locaux au niveau international: caractéristiques, problématiques et perspectives », *Quel avenir pour l'hôpital local? Actes du forum IFROSS-hôpitaux locaux de Rhône-Alpes*, pp. 65-72
- 6 Egli Y., Schaller P., Baudouin F., 2015, « Évaluation d'une structure gériatrique entre l'ambulatoire et l'hospitalier », *Santé Publique*, 2015/HS S1, pp. 167-175.
- 7 Guillemard AM. 1983, « Les politiques de la vieillesse. », *Communications*, 37, Le continent gris. Vieillesse et vieillissement, pp. 105-123. Guillemard AM., 2010, *Les défis du vieillissement. Age, emploi, retraite, perspectives internationales*, Armand Colin, Paris
- Laroque P., 1987, « Evolution et perspectives de la politique française de la vieillesse » *Gérontologie et société*, n°41, pp. 12-27.
- 8 Blanchard P., Eslous L., Yeni E., 2015, *Évaluation de la coordination d'appui aux soins*, Rapport IGAS [en ligne] http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf
- 9 L'expression bed blocker sert à désigner une personne dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais ne permet pas non plus un retour à domicile. Faut de solution, notamment d'aval, elle demeure hospitalisée et par conséquent bloque un lit dans un service hospitalier, ce qui augmente la Durée Moyenne de Séjour sans pour autant qu'il y ait besoin d'actes.



Préconisations

Au niveau des ex HL

Maintenir les SSR polyvalents et élaborer des DMS plus longues, pour assurer une cohérence des prises en charge avec la moyenne d'âge des patients accueillis et le temps nécessaire à l'organisation de retours à domicile pérennes.

Il n'est pas normal que des modes de tarification et des critères d'évaluation puissent conduire à l'éviction d'une population du système de soins.

Sortir de la logique de fermeture des lits de médecine et de SSR demandée par les ARS du fait des contraintes du plan ONDAM, contradictoires avec les discours ministériels et le rapport de la Cour des Comptes sur le maintien de l'offre des ex HL. Analyser quantitativement et qualitativement le service rendu aux populations par les ex HL. Cela permettra de mieux connaître la réalité concrète de l'offre de chaque établissement.

Maintenir des financements dérogatoires à la T2A pour l'activité de médecine et de SSR. Adopter une dérogation aux valeurs seuil, notamment en ce qui concerne le nombre de lits.

Fluidifier les échanges CHG/CHU avec les ex HL. Identifier un interlocuteur référent au sein de l'équipe mobile de gériatrie ou du service de gériatrie des grands centres. Il s'agit :

- d'une part de limiter les transferts inadéquats
- d'autre part de positionner l'ex HL dans un rôle « d'accueil temporaire de proximité » en sortie de CH/CHU pour les personnes âgées et les patients de chirurgie ambulatoire

Engager les ex HL dans des actions de prévention et de santé publique en lien avec les acteurs du territoire. Participer aux campagnes nationales de dépistage des cancers, informations sur la vaccination, cycle d'ETP ; développement d'Activités Physiques Adaptés (APA), ouverts aux habitants.

Encourager l'adossement de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) aux ex HL, ce qui permet de construire une offre territoriale mixte libérale et hospitalière, de faciliter l'accueil des patients à l'hôpital et de renforcer l'attractivité du territoire pour de jeunes médecins.

Développer la télémédecine, les téléconsultations et les consultations avancées.

Désigner un salarié de l'ex HL comme référent pour le/les dispositifs de coordination. En l'absence de dispositif de ce type, dédier du temps de travail un ou deux salariés de l'ex HL pour assurer la coordination des intervenants à domicile.

Il ne peut y avoir de modèle prédéfini sur ce sujet, il revient aux ex HL de s'organiser en fonction de l'existant. En revanche il est important qu'un temps de travail soit dédié aux relations avec les dispositifs de coordination.

Assurer une permanence des soins en passant une convention avec la PDSA ou avec le CH de référence. Il n'est pas normal qu'un patient en ex HL fasse l'objet du même traitement " téléphonique " qu'une personne à domicile.

Au niveau des EHPAD

Rendre obligatoire une présence infirmière la nuit dans les EHPAD ou une convention avec des infirmiers libéraux, ou l'HAD, afin d'éviter les recours aux urgences la nuit.

Au niveau de la formation

Autoriser l'accueil d'internes en ex HL, même en l'absence de PH.

Inciter les MG impliqués dans les ex HL à devenir maître de stage et ainsi améliorer la connaissance des étudiantes en médecine des ex HL.

Inviter les MG libéraux ou PH des ex HL à présenter leurs pratiques professionnelles au sein des Départements de Médecine Générale (DMG) et en gériatrie.

Bénéficier systématiquement comme dans un certain nombre de CH et CHU en France d'un accueil d'urgences gériatriques.

Au niveau des CHG/CHU

Généraliser les équipes mobiles de gériatrie, équipe pluriprofessionnelle composé de gériatre, d'infirmiers et de travailleurs sociaux qui interviennent dans l'hôpital et à domicile.

Présenter l'équipe mobile de gériatrie à chaque nouvel accueil d'internes en médecine aux urgences.

Systématiser le recours à l'équipe mobile de gériatrie quand une personne âgée est admise aux urgences.

Organiser l'équipe mobile de gériatrie pour qu'elle fonctionne 7j/7, 24h/24.

Inciter les CH à trouver un mode de réponse adapté pour résoudre le problème des sorties d'urgences de personnes âgées la nuit ou pendant les week end.

À défaut, pénaliser financièrement les CH lorsque les sorties de personnes âgées ont lieu la nuit sans articulation avec les services concernés disponibles (structure de coordination, professionnels de santé libéraux, famille). L'équipe mobile de gériatrie peut jouer un rôle de liaison.

Ces pénalités alimenteront le Fond d'Intervention Régional et seront dédiés à l'amélioration des prises en charge des personnes âgées.

Au niveau de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

Organiser systématiquement sur les territoires des ex HL une PDSA en nuit profonde.

Inciter les libéraux participant à la PDSA à répondre aux difficultés des patients âgés en évitant au maximum de transférer la demande vers les services d'urgence.

À défaut pénaliser financièrement les libéraux participant à la PDSA lorsqu'ils basculent de façon injustifiée, les demandes de patients âgés sur les services d'urgences.

Ces pénalités alimenteront le Fond d'Intervention Régional et seront dédiés à l'amélioration des prises en charge des personnes âgées.

Au niveau de la coordination

Reconnaître et pérenniser les organisations locales qui œuvrent à la coordination des intervenants du domicile lorsqu'elles fonctionnent quel que soit les montages existants (CLIC, réseau gérontologique, PAERPA etc.).

Il faut arrêter de réinventer, et d'expérimenter des dispositifs de coordination, même en segmentant les modes d'entrées (par âge, pathologie, lieu d'habitation etc.). Cela a pour effet de casser les bonnes dynamiques professionnelles et bénévoles sur un territoire voire d'y fragiliser l'offre.

Pérenniser le financement des temps de coordination conséquents qu'ils soient effectués par des travailleurs sociaux ou des professionnels de santé.

Reconnaître et valoriser des actes longs effectués par les Professionnels de Santé (MG, infirmiers, kinésithérapeutes) pour la prise en charge de personnes âgées. Inciter et valoriser le travail de collaboration entre les PS pour une même personne.