



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

**La fusion absorption d'un
établissement gériatrique : une
opportunité pour repenser la stratégie
hospitalière et territoriale de prise en
charge de la personne âgée ?**

Peggy VUILLIN

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Jean-Christophe PHELEP, Directeur Général, ainsi que Monsieur Jean-Paul HOULIER, Directeur Général Adjoint, pour m'avoir permis de réaliser mes stages hospitaliers au Grand Hôpital de l'Est Francilien.

Mes remerciements vont aussi et surtout à Marie-Ange PERULLI, Directrice Déléguée du Centre Hospitalier de Jouarre, Directrice qualité du GHEF, et maître de stage, pour ses encouragements, ses conseils et son accompagnement attentif tout au long de ces derniers mois.

Pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire et pour le travail réalisé en commun sur le parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique, je tiens à remercier le Docteur JOLLY, Chef du pôle Gériatrie SSR, le Docteur VOURIOT, Gériatre, Mme CAGNON, Cadre paramédical de pôle, Mme FAVREAU-JOIGNY, Cadre de santé du court séjour gériatrique, Mme HABON, Directeur des soins du Centre Hospitalier de Jouarre et M. PRUVOT, Coordonnateur général des soins du GHEF, ainsi que l'ensemble de nos partenaires extérieurs MAIA, Pôle d'Autonomie Territorial, SSIAD, HAD, services de soins à domicile...

Mes remerciements vont également à toute l'équipe qualité du GHEF qui m'a accueilli en son sein avec bienveillance, et à tous les personnels du GHEF et de Jouarre avec qui j'ai eu l'occasion de travailler lors du stage.

Enfin, je remercie Monsieur Michel LOUAZEL, Professeur à l'EHESP, pour son aide dans la construction d'un diagnostic stratégique pour le Centre Hospitalier de Jouarre.

Sommaire

Introduction	1
1 Une capacité hospitalière très perfectible à la prise en charge des personnes âgées 5	
1.1 Avec l'âge : une demande de soins croissante et des besoins en soins hospitaliers spécifiques.....	5
1.2 Sans compter, les effets potentiels de l'hospitalisation sur les personnes âgées.	9
1.3 Ce qui occasionne des conséquences pour le système hospitalier, souvent la résultante de sa propre prise en charge.....	13
2 Le GHEF, un établissement en transition vers une prise en charge plus marquée de la personne âgée.....	17
2.1 Un diagnostic territorial qui conduit à renforcer les caractéristiques des séjours des personnes de plus de 75 ans accueillies au sein du GHEF	17
2.2 Les réponses du GHEF sont déjà des réponses de parcours.....	21
2.3 Réponses qui nécessitent cependant une amélioration des pratiques de coordination	25
3 Propositions pour renforcer la coordination des soins dans la prise en charge des personnes âgées.....	33
3.1 A l'amont, prévenir les situations générant un recours aux urgences et améliorer l'accessibilité de l'hôpital en dehors des services d'urgence	33
3.2 Dès l'hospitalisation : préparer la sortie de la personne âgée.....	37
3.3 Pour le GHEF plus spécifiquement, dans le cadre de la fusion absorption	41
Conclusion	47
Bibliographie	I
Liste des annexes	V

Liste des sigles utilisés

DD	Délégation Départementale
ARS	Agence Régionale de Santé
GHEF	Grand Hôpital de l'Est Francilien
SLD	Soins de longue durée (ou USLD – Unité de Soins de Longue Durée)
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
PRS	Projet régional de Santé
STSS	Stratégie de Transformation du Système de Santé
ALD	Affection de longue durée
SSR	Soins de suite et de réadaptation
HAD	Hospitalisation à domicile
DMS	Durée moyenne de séjour
T2A	Tarifification à l'activité
SRS	Schéma régional de santé
CMA	Complications ou Morbidité Associée
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSS	Résumé de sortie standardisé
UTGS	Unité Transversale de Gestion des Séjours
EMG	Equipe mobile de gériatrie
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SRS	Schéma Régional de Santé
USPC	Unités de Soins Prolongés Complexes
PAT	Pôle d'Autonomie Territorial
MUPA	Médecine d'Urgence de la Personne âgée
DOMELIS	Dossier Médical en Ligne Sécurisé
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
TRST	<i>Triage Risk Screening Tool</i>
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui

Introduction

En février dernier, la mission d'audit de la Délégation Départementale (DD) seine et marnaise de l'Agence Régionale de Santé (ARS) préconisait la fusion absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF), deux établissements publics de santé, à la taille, aux activités et financements différents.

D'un côté, le GHEF qui résulte de l'union de trois centres hospitaliers MCO du Nord Seine et Marne (Meaux, Marne-la-Vallée et Coulommiers) au parcours convergent, celui d'un groupement de coopération sanitaire en 2005 puis d'une direction commune en 2009, avant la fusion au 1^{er} janvier 2017. Composé de douze pôles de territoire et trois fédérations, le GHEF, plus grand hôpital français hors CHU, dispose aujourd'hui d'un budget annuel d'un demi-milliard d'euros et emploie 6000 agents dont 850 médecins pour 2000 lits et places.

De l'autre, le Centre Hospitalier de Jouarre, un gros établissement gériatrique composé de 114 lits de soins de longue durée (SLD) et 201 lits et places d'EHPAD, en direction commune avec le GHEF depuis 2016 et seul établissement partie au groupement hospitalier de territoire (GHT) « Nord 77 ». Cet établissement mixte, sanitaire et médico-social, développe le panel des prises en charge recommandées par les pouvoirs publics¹ et innove depuis la mise place d'un accueil de jour itinérant à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La fusion absorption confirmée au 1^{er} janvier prochain, qui conduit *de facto* à un GHT à établissement unique, a occupé une partie de mon stage, des réflexions préparatoires à la gestion du projet, de la rédaction finale du dossier promoteur à sa présentation en Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins² (CSOS) de l'ARS Ile de France au mois de juillet 2018.

En amont, ce projet a nécessité qu'une réflexion s'engage au niveau stratégique, notamment au sujet du projet médical partagé, amené à évoluer vers un dispositif commun plus intégratif. Les groupes de travail médico-soignants initiés à ce propos ont cherché à établir la stratégie partenariale future des deux établissements et ont acté pour l'un, une position en aval du GHEF, et pour l'autre, un pôle de recours pour les personnes âgées accueillies à Jouarre.

¹ Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et Unité d'hébergement renforcé (UHR)

² Annexe I : PPT réalisé et présenté par l'élève directeur d'hôpital en CSOS le 8 juillet dernier

En complément, la DD exprimait son souhait d'impulser une véritable structuration de la filière gériatrique à l'échelle du futur bassin de population, pendant que la Direction Déléguée de Jouarre déroulait un plan d'actions pour améliorer le taux d'occupation du centre hospitalier, en baisse du fait d'un recrutement moindre de patientèle en provenance du GHEF.

A cette occasion, il m'est apparu que le thème de la prise en charge des personnes âgées se trouvait à la croisée de nombreux enjeux stratégiques – projet médical d'établissement, projet régional de santé (PRS) – et rencontrait des préoccupations de santé publique dont l'impact sur les hôpitaux allait être croissant au cours des années futures.

Dans un premier temps, à un niveau territorial, l'étude des recompositions est venue préciser l'idée selon laquelle l'intégration des hôpitaux locaux à dominante gériatrique et des établissements médico-sociaux de type EHPAD interrogerait les stratégies à développer, en lien avec l'hôpital, en matière de prise en charge de la personne âgée.

Antérieurement à la loi du 26 janvier 2016, le mouvement s'était déjà enclenché puisqu'on dénombrait déjà une augmentation de 20% des fusions dites intersectorielles, impliquant à la fois des établissements publics de santé et des structures médico-sociales³, lorsque les fusions intrasectorielles n'avaient, elles, augmenté que de 14%. Dans le cadre plus contemporain des GHT, les recompositions témoignent nettement de l'émergence réelle de la thématique personne âgée dans 93% des projets médicaux partagés, avec affirmation de filières à orientation populationnelle dédiée⁴.

A l'occasion du pilotage d'un groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique », j'ai aussi, à dire d'experts, compris que le sujet âgé posait des questions spécifiques auxquelles l'institution hospitalière peinait encore à répondre : forte durée moyenne de séjour, spécificités diagnostiques et thérapeutiques, patients âgés de plus en plus nombreux aux urgences...

Une revue de la littérature m'a confirmé que le GHEF se situait dans la droite ligne des difficultés, abondamment documentées, et rencontrées par les hôpitaux en matière de prise en charge des personnes âgées. Sur mon temps de stage, l'actualité médiatique s'est aussi faite l'écho de certaines situations, après le décès successif de trois personnes âgées dans les salles d'attente des urgences de Tours ou de Reims, entre mars et mai 2018. Un article du Monde relevait à la même période une surchauffe inhabituelle des

³ DGOS, *Rapport 2012-2014 sur les recompositions de l'offre hospitalière*, p.49

⁴ DGOS, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*, p.8

urgences hospitalières sur l'ensemble du territoire, notamment par l'indicateur relatif au nombre de passages de personnes de plus de 75 ans en leur sein⁵.

Au-delà, il semble bien que la capacité de l'institution hospitalière à répondre aux besoins de cette population spécifique mérite d'être questionnée. Les chiffres montrent en effet que les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 22% des séjours hospitaliers en services de soins aigus, soit près de 3.9 millions de séjour en 2016, données dont on sait, par étude colligée⁶, qu'elles augmentent de manière continue depuis 2011.

De plus, l'accueil de cette patientèle concerne l'organisation hospitalière dans son ensemble puisqu'il ne se limite pas à la gériatrie, ni même au périmètre des filières gériatriques qui n'accueillent qu'un quart des patients de plus de 75 ans⁷, mais s'applique bien à l'ensemble des services de spécialités.

En projection, les besoins en soins hospitaliers devraient par ailleurs s'accroître en raison du vieillissement démographique, avec une accélération forte attendue pour les plus de 75 ans⁸. En outre, les risques de maladies chroniques et de dépendance, associés à l'amointrissement probable du rôle de la famille, soit contraindront, soit permettront à l'hôpital, s'il s'en saisit, de prendre la mesure des enjeux liés à cette évolution démographique sur le plan de l'offre de soins.

Les études prospectives⁹ menées sur le sujet âgé, confirment, en ordres de grandeur, l'impact strictement démographique sur le système hospitalier sauf à dire que les organisations et les missions de l'hôpital évoluent, renforcées par des orientations nationales fortes en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'évolution territoriale¹⁰.

Les pouvoirs publics enclenchent à ce propos une réflexion et une consultation autour d'une stratégie de transformation du système de santé (STSS). L'un des cinq chantiers prioritaires concerne l'organisation territoriale des soins car « l'une des faiblesses majeures de notre système de santé est sa complexité qui provient en grande partie du cloisonnement entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social. On constate que le

⁵ BEGUIN F., « Les urgences hospitalières confrontées à une surchauffe inhabituelle sur l'ensemble du territoire », *Le Monde*, 17 mars 2018

⁶ Annexe II : nombre, part et évolution des séjours hospitaliers nationaux MCO des plus de 75 ans (hors séances) depuis 2011

⁷ HAS, *Hospitalisation des patients âgés, prévenir la dépendance iatrogène*, p.4

⁸ JEANDEL C., VIGOUROUX P., « Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé », *Revue hospitalière de France*, n° 559, juillet-août 2014, p. 56

⁹ DREES, *Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030*, n°18, mai 2017, p. 21

¹⁰ *Ibid.*, p. 21

patient se retrouve souvent de fait « coordonnateur en chef » de ses soins, un rôle difficile à jouer en situation de fragilité ou de dépendance »¹¹.

Dans ce cadre, la personne âgée concentre préférentiellement sur sa personne les défauts de continuité des soins puisque son parcours la mène de la ville à l'hospitalisation, puis vers le domicile ou une structure de suite. Si les diverses formes de la coopération hospitalière, voire d'intégration, utilisées constituent une occasion unique, de définir une stratégie commune, et de proposer une gestion de cette offre en réponse aux besoins des patients âgés, il reste un préalable central à analyser, la capacité de l'hôpital à la coordination des soins et à la prise en charge des personnes âgées en son sein.

A partir de ces éléments, on peut s'interroger sur les conséquences médicales, soignantes, organisationnelles et financières du vieillissement démographique sur l'hôpital. Quelles solutions apporter à un défi auxquels les services sont d'ores et déjà confrontés ? Comment répondre de manière durable, dans l'intérêt du patient âgé, des équipes ainsi que de l'institution hospitalière ?

La revue de littérature nous renseigne sur la capacité hospitalière, très perfectible, à prendre en charge les personnes âgées. En raison de la spécificité de ses besoins hospitaliers, cette patientèle spécifique requière en effet une adaptation des modes d'hospitalisation. A partir de l'exemple du GHEF, de ses difficultés mais aussi de ses débuts de réponses, des solutions de terrain apparaissent envisageables à court et à moyen terme pour améliorer la qualité des soins délivrés aux personnes âgées et *in fine* faire face à cette évolution démographique marquante.

¹¹ Lettre de mission d'Agnès Buzyn à Pierre Pribile et au Dr Norbet Nabet

1 Une capacité hospitalière très perfectible à la prise en charge des personnes âgées

Principalement sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie¹², la France est confrontée à un vieillissement démographique destiné à se renforcer dans les décennies à venir. Par rapport à 2013, la population augmenterait de 10,7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions). En particulier, le nombre de personnes de 75 ans ou plus s'accroîtrait, à lui seul, de 7,8 millions entre 2013 et 2070, soit presque les trois quarts de la hausse totale¹³. Les conséquences de ce vieillissement démographique sur l'hôpital n'existent pourtant que dans la mesure où le profil de recours au soin des personnes âgées est spécifique.

1.1 Avec l'âge : une demande de soins croissante et des besoins en soins hospitaliers spécifiques

En 2016, les plus de 75 ans représentaient 9.2% de la population française mais 22% des séjours hospitaliers, soit près de 3.9 millions de séjours par an¹⁴. Cette classe d'âge apparaît ainsi surreprésentée dans la population hospitalisée. Elle contribue de manière continue à l'évolution des séjours hospitaliers depuis 2011, et connaît par ailleurs une probabilité à être hospitalisée supérieure à 50%¹⁵. Selon les projections de l'INSEE, la population française comptabilisera 12.2% de plus de 75 ans en 2030, 16.4% en 2050 et 17.9% en 2070.

Une autre donnée d'importance concerne le changement qualitatif qu'induisent la polypathologie et la dépendance qui affectent les personnes âgées : 85 % des personnes de 75 ans et plus présentent au moins une pathologie, 57 % sont en affection de longue durée (ALD) et en moyenne sept molécules différentes leur sont délivrées au moins trois fois par an¹⁶.

La prévalence de ces pathologies augmente avec l'âge, ce qui explique un taux de recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, nettement plus élevé que pour la population générale.

¹² 79.5 pour les hommes et 85.4 ans pour les femmes en 2017

¹³ INSEE, *Projections de population à l'horizon 2070*, n°1619, novembre 2016, p.3

¹⁴ Cf. annexe II

¹⁵ ANAP, *Approche territoriale : filières de soins. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé*, décembre 2015, p.11

¹⁶ JEANDEL C., VIGOUROUX P., *op.cit.*, p.57

La hausse du recours à l'hôpital se déduit des courbes de dépenses¹⁷, elle se confirme à l'analyse des séjours et taux d'hospitalisation par âge. La consommation de soins des personnes de plus de 75 ans se tourne ainsi essentiellement vers l'hôpital selon des modalités abondamment décrites dans la littérature : séjours hospitaliers non programmés avec inflexion du recours aux urgences, fréquence d'hospitalisation importante et durée moyenne de prise en charge plus longue.

D'emblée, il est utile de préciser que l'entrée en hospitalisation par les urgences de la personne âgée ne signe pas nécessairement un dysfonctionnement du système de soins ou un défaut d'organisation. Dans ce cadre, les personnes âgées présentent statistiquement des pathologies dont le déclenchement est plus brutal, et ce contexte médical explique la plus grande fréquence des entrées par les urgences.

D'autres causes moins légitimes ont néanmoins pu être identifiées¹⁸ : difficultés pour le médecin traitant de prendre contact avec les services de spécialités, insuffisances de l'anticipation des risques de rechute et carences dans le suivi des maladies chroniques, absence d'infirmier de nuit en EHPAD, fatigue de l'entourage (les urgences comme lieu temporaire de répit), sous-optimalité de l'organisation des soins aux personnes âgées...

Dans ce cadre, les personnes âgées représentent une part importante des passages aux urgences hospitalières : la proportion de celles de plus de 75 ans atteint 12%, le taux de recours des personnes de 85 ans ou plus s'élève à 44 %¹⁹.

La part des hospitalisations précédées d'un passage par les urgences est de plus fortement corrélée avec l'âge : à l'issue d'un passage aux urgences, 56% des patients âgés de plus de 75 ans seront hospitalisés dans un autre service. La probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences est ainsi 2.6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans, toutes choses égales par ailleurs²⁰.

La tendance plus globale à hospitaliser varie aussi fortement d'une région à l'autre, et selon les classes d'âge adulte²¹. Il en est de même pour l'allongement de la durée moyenne de séjour des personnes âgées, plus marqué dans certains territoires que d'autres. Des raisons médicales viennent évidemment justifier la différence observée

¹⁷ HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, 2010, p.50

¹⁸ *Ibid.*, p.55

¹⁹ DREES, *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier*, n°1007, mars 2017, p.1

²⁰ *Ibid.*, p.3

²¹ IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, mars 2011, p.10

quant à la durée d'hospitalisation : nature et gravité des cas, plus lente récupération des personnes âgées, risques de décompensation...

Néanmoins, l'organisation de la prise en charge des personnes âgées semble aussi constituer un motif de variation du recours à l'hôpital ainsi que de la durée des séjours. En cause, la mauvaise gestion des sorties avec retours aux domiciles non préparés, parfois par nécessité de libérer des lits, les insuffisances des relations entre hôpital et soins de ville impliquant aussi des prises en charge inadaptées à l'environnement quotidien, le manque de contacts avec les intervenants à domicile, les insuffisances de relations entre hôpital et EHPAD ou encore les séjours prolongés faute de solution d'aval. Ces différents motifs contribuent ainsi à l'existence de fortes inégalités territoriales de la durée de séjour.

La littérature relève également une fragmentation des séjours hospitaliers²², entendue comme des hospitalisations multiples définies par au moins deux séjours dans une même année. Ces dernières, plus nombreuses avec l'âge, présentent des délais de réadmission de plus en plus resserrés. Par ailleurs, les changements de prise en charge durant le séjour passant d'un service de MCO à l'autre ou de services MCO vers des soins de suite et de réadaptation (SSR) induisent une mobilité, parfois décrite comme évocatrice d'un manque de fluidité des parcours de la personne âgée.

L'organisation hospitalière induit par ailleurs des conditions de prise en charge, appelées à une modification substantielle pour être vraiment adaptées. La description de cette population et l'étude des motifs d'hospitalisation et de recours aux urgences montrent tout d'abord que les besoins concernent des soins et des services très différents. L'ANAP distingue trois sous-groupes dans la population âgée²³. Le premier qui regroupe la plupart des personnes âgées, en bonne santé ou touchées par quelques maladies chroniques (hypertension artérielle, ostéoporose) qui n'occasionnent pas d'incapacité, mais nécessitent la gestion optimale de leurs facteurs de risque afin de prévenir le développement d'incidents cliniques aigus. Le deuxième sous-groupe constitué de personnes âgées moins bien portantes, touchées par des maladies plus morbides (diabète, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique) risquant le développement d'incapacités fonctionnelles, d'hospitalisations répétées, d'institutionnalisation. Enfin, le troisième sous-groupe qui se compose de personnes ayant des incapacités fonctionnelles nécessitant non seulement des services médicaux, mais aussi sociaux : maladies chroniques multiples, plusieurs épisodes de maladies aiguës, présence d'un trouble cognitif significatif provoquant incapacités et dépendances

²² JEANDEL C., VIGOUROUX P., *op.cit.*, p.57

²³ ANAP, *op.cit.*, p.12

fonctionnelles. Leur réseau de soutien social est souvent épuisé. Ce troisième sous-groupe représente un défi car il requiert une combinaison complexe de services médicaux, de services sociaux et de services de soutien.

La population âgée, groupe très hétérogène, fait souvent l'objet d'une description plus synthétique, classiquement retenue par les gériatres et les plans de santé publique²⁴ : patients de plus de 75 ans indemnes de pathologies chroniques invalidantes hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable *versus* patients dits gériatriques qui se caractérisent par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques. Pour ces pathologies, « il est difficile de faire la part entre l'aigu et le chronique, le physique et le psychique, les facteurs endogènes et les facteurs exogènes, les effets de la maladie et ceux du traitement, et parfois les soins curatifs et les soins palliatifs »²⁵.

La réponse hospitalière à la polypathologie des personnes âgées nécessite qu'un soin gériatrique dit intégré puisse être mis en œuvre. Or, les soins hospitaliers sont marqués par une spécialisation et une technicité de plus en plus pointues, c'est à dire par un fonctionnement cloisonné qui répond mal aux besoins de transversalité nécessaires à la prise en charge des personnes âgées polypathologiques. La population âgée accueillie remet donc en question la traditionnelle structuration des hôpitaux en services spécialisés et cloisonnés, et suppose le développement de démarches intégrées, y compris sur le plan des pratiques médicales.

Il ressort de ce qui vient d'être dit que les personnes âgées polypathologiques ne peuvent être soignées sous le seul prisme des organes atteints. La pratique médicale traditionnelle, centrée sur la maladie et ses mécanismes, demande ainsi à être complétée par une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée et prenant en compte les capacités physiques, les difficultés psychologiques et sociales du patient âgé. Les attendus portent *in fine* sur une approche plus ouverte, une prise en charge de la globalité de la personne et de son entourage, y compris dans son environnement.

Cette description d'optimum médical de prise en charge renvoie classiquement à la pratique des gériatres. Or, si un grand nombre d'hôpitaux possèdent une filière gériatrique, c'est-à-dire une palette complète de prises en charge répondant aux besoins

²⁴ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie. 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*, avril 2006, p.33.

²⁵ *Rapport final de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008, p.10

de soins ambulatoires, programmés et non programmés, celle-ci n'accueille qu'un quart des patients de plus de 75 ans. On retrouve donc une part importante de ces personnes âgées, polypathologiques ou non, dans les services de spécialités, services où les pratiques médicales restent centrées sur la maladie et ses mécanismes, et qui demanderaient donc à être adaptées à des pathologies multiples et complexes.

Par ailleurs, les causes d'hospitalisation sont connues et les situations de diagnostic et de traitement hospitalier associé qui concentrent les plus fortes durées moyennes de séjours également²⁶: affections du système nerveux (notamment AVC et démences), de l'appareil respiratoire (broncho-pneumopathies, gripes, pathologies tumorales), de l'appareil circulatoire (notamment insuffisance cardiaque et troubles du rythme), les troubles mentaux (qui recouvrent les psychoses, les névroses et les affections démentielles) et les traitements médicaux et chirurgicaux des affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif (affections invalidantes qui regroupent l'ensemble de la pathologie rhumatologique aiguë ou chronique). Parmi celles-ci, on note dans la littérature une évolution remarquable du nombre de séjours hospitaliers pour cause de démences (Alzheimer) et autres troubles mentaux (démences vasculaires et mixtes).

L'étude des motifs d'hospitalisation et de recours aux urgences montrent que les besoins en termes de soins hospitaliers des personnes âgées sont très spécifiques. Mais les conditions actuelles de prise en charge répondent difficilement à ces besoins, elles nécessitent une adaptation en raison notamment des évolutions qu'induisent la polypathologie et le risque de décompensation.

Cette modification substantielle des conditions de prise en charge est rendue d'autant plus nécessaire que, lors d'une hospitalisation, la présence de l'une des six affections précédemment décrites et du traitement hospitalier qui y est associé, est susceptible d'induire ou de majorer une perte d'autonomie préexistante. L'hospitalisation chez les personnes âgées peut en effet induire des effets délétères, immédiats ou différés, sur la santé des personnes âgées.

1.2 Sans compter, les effets potentiels de l'hospitalisation sur les personnes âgées

L'organisation hospitalière à imaginer pour une prise en charge adaptée poursuit l'objectif de mieux soigner les personnes âgées, dans leur diversité, et surtout ne pas contribuer à

²⁶ JEANDEL C., VIGOUROUX P., *op.cit.*, p.58

la détérioration de leur état de santé. Dans ce cadre, la devise proposée par Hippocrate, *Primum non nocere*, trouve une application réelle en la matière.

Le HCAAM relève à ce sujet que c'est presque toujours un séjour hospitalier qui provoque la première rupture dans la régularité de vie d'une personne âgée. Dans son étude relative aux filières territoriales de soins, l'ANAP souligne également, à propos de sa schématisation en trois sous-groupes de personnes âgées, qu'un événement hospitalier accélèrera le passage d'un groupe vers le suivant.

En effet, près du tiers des patients âgés hospitalisés en soins aigus subissent un déclin fonctionnel, environ 40 % d'entre eux vont aggraver leur perte d'autonomie pendant l'hospitalisation²⁷. Concrètement, cela se traduit par une atteinte dans plus de trois activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, réaliser ses transferts, marcher, se nourrir) ce qui représente une perte d'autonomie significative.

Pour près de la moitié, la situation persistera au-delà de trois mois²⁸ et deviendra souvent le déclencheur d'un déclin fonctionnel, progressif et irréversible, associé à une mortalité accrue, ainsi qu'à une augmentation des taux de réhospitalisation et d'institutionnalisation. Les causes qui ont été identifiées, sont multiples : alitement-réduction de la mobilité, malnutrition, réaction indésirable aux médicaments, syndrome confusionnel....

Il en ressort que chaque hospitalisation risque de dégrader l'état de la personne âgée. Après deux semaines, on estime à 46 % la croissance du risque de dépendance²⁹. Par exemple, une personne âgée peut entrer à l'hôpital à cause d'une infection pulmonaire et en ressortir guérie mais incontinente.

Dans ce cadre, on voit aussi que la réalité de la surfragmentation des parcours hospitaliers des personnes âgées, qu'ils s'agissent des « transferts » ou des réadmissions, nuit au bon rétablissement des personnes âgées et contribue pour une part à la dégradation de l'état de santé. L'analyse épidémiologique commence à s'intéresser au sujet en tentant de cerner les facteurs prédictifs des réhospitalisations précoces des personnes âgées.

A titre illustratif, une étude rétrospective monocentrique ayant inclus des personnes âgées d'au moins 75 ans hospitalisées en médecine polyvalente via le service d'accueil des

²⁷ ANAP, *op.cit.*, p.13

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

urgences³⁰, a conclu en ce sens : les réhospitalisations des personnes âgées sont fréquentes et difficiles à anticiper car peu d'éléments sont prédictifs et leur effet est modeste. Néanmoins, les facteurs les plus influents sont médicaux : hospitalisations multiples et confusion sans démence. Il semble donc que l'hospitalisation engendre de la réhospitalisation.

C'est ainsi qu'au fil des hospitalisations, les fragilités se transforment en dépendance, créant de nouvelles décompensations qui donnent lieu à des hospitalisations et créent des ruptures d'autonomie. Au final, les conséquences d'une hospitalisation pour une personne âgée sont souvent sous-estimées. Or, 50% des situations d'entrée en dépendance font suite à un séjour hospitalier³¹.

La HAS s'est penchée sur la problématique, attestant ainsi de l'existence d'un regard qualitatif à porter sur ce sujet spécifique aux personnes âgées. Pour ce faire, elle formalise un concept, celui de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, et le définit comme une perte fonctionnelle pour les activités de base de la vie quotidienne survenue entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation. On parle de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation lorsque la dépendance est provoquée par des processus de soins ou par un environnement hospitalier spécifique qui ne répond pas aux besoins particuliers de la personne âgée.

Selon une étude réalisée au CHU de Toulouse en 2014³², la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées serait de l'ordre de 10% et serait évitable dans 80% des cas. A cette occasion, les causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation ont été spécifiées et classées par ordre d'importance : changes complets (utilisation de protections non appropriées), repos au lit immérité (alitement prolongé, pas de stimulation/kinésithérapie, pas de transferts aux toilettes), sondage urinaire (mauvaise indication, maintien de la sonde sans raison définie), prescription de psychotropes (sans justification retrouvée), gestion insuffisante de la douleur et infections nosocomiales.

Cette étude est la seule, en France, à avoir exploré l'association entre les processus de soins durant l'hospitalisation et le déclin fonctionnel, alors que plusieurs arguments ont été avancés pour expliquer la contribution défavorable de l'environnement hospitalier.

³⁰ GAUTHIER J., KISTERMAN JP., CHAPALAIN C. et al, « Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs », *La revue de médecine interne*, vol. 37, août 2016, p.526

³¹ HAS, *op.cit.*, p.4

³² *Ibid.*, p.1

En réponse, la HAS fait état des bonnes pratiques gériatriques permettant de limiter la survenue d'une dépendance iatrogène, étant entendu que certaines pratiques inadaptées en routine hospitalière devraient pouvoir être remises en cause.

Les effets de l'hospitalisation sur les personnes âgées, pendant et en sortie, semblent bien réels. Encore faut-il que l'hospitalisation soit justifiée, et l'admission pertinente. A ce propos, une étude nationale réalisée en 2011³³, visait à chiffrer les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire les lits d'hospitalisation complète occupés de manière non pertinente et non justifiée, dans les services de médecine et de chirurgie, lesquels représentent 10,3% des lits occupés. Ce taux d'inadéquation est plus important dans les services de médecine (17,5%) que dans les services de chirurgie (5%). L'étude distingue les inadéquations liées aux admissions, soit 3,8% des hospitalisations, de celles liées au nombre de journées inadéquates (séjours trop longs 12,5%). Pour ce qui est de l'inadéquation lors de l'admission, elle est due, dans près de 40% des cas, à la demande expresse des médecins de ville. Les soins auraient dû être réalisés au domicile des patients – hospitalisation à domicile (HAD) (45% des cas), en SSR (27%) ou en structures de SLD.

Les journées non pertinentes s'expliquent avant tout par un défaut de lits en aval. Même si l'enquête ne cible pas précisément les personnes âgées de plus de 75 ans, on peut raisonnablement supposer, à partir de certains mots-clés (aval, séjours trop longs), qu'elle les concerne pour partie. En 2013, l'IGAS³⁴ avait estimé à la suite du HCAAM, à 2Md€ les dépenses injustifiées générées par des hospitalisations inutiles ou inadaptées de personnes âgées.

A ce stade, on entreperçoit que le système hospitalier, s'il dispose d'une capacité réelle à remplir ses objectifs globaux de prise en charge, peine à assurer des conditions de soins adaptés à la spécificité des personnes âgées, plus encore lorsqu'elles présentent un profil polyopathologique complexe. Les effets sur l'hôpital de sa propre prise en charge se situent à plusieurs niveaux, et présentent des conséquences organisationnelles et financières non négligeables.

³³ DGOS, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, août 2011, 245 p.

³⁴ IGAS, *L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision*, septembre 2013, 92 p.

1.3 Ce qui occasionne des conséquences pour le système hospitalier, souvent la résultante de sa propre prise en charge

Du point de vue des personnes âgées, la réponse donnée aux besoins n'est pas forcément la plus adéquate, la qualité des soins hospitaliers étant sans doute perfectible.

Pour le fonctionnement de l'hôpital, la fréquence du recours se traduit par des phénomènes d'engorgement ou de files d'attente qui créent des tensions pour l'institution et les professionnels, et peuvent avoir des conséquences non négligeables pour le patient lui-même. On pense ici aux retards de prise en charge.

D'un point de vue financier, les répercussions en termes d'augmentation du coût de la prise en charge, l'inflexion du recours aux urgences et l'aiguillage parfois défaillant dans les services de spécialité représentent un double problème d'efficacité et d'efficience³⁵.

Au niveau national, une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière concerne la prise en charge des personnes âgées. Cette évolution se traduit par une déformation de la structure d'activité hospitalière car ce sont les établissements publics qui accueillent principalement la patientèle âgée, et la proportion de prises en charge effectuée dans ce secteur augmente avec l'âge³⁶. On suppose donc que la spécialisation du secteur public dans la prise en charge hospitalière des personnes âgées va s'accroître.

Or, cette prise en charge est coûteuse, le coût moyen d'une hospitalisation étant en effet plus élevé pour les personnes âgées³⁷. Plusieurs facteurs l'expliquent. D'une part, la prise en charge des cas polypathologiques étant plus complexe, à motif de recours aux soins identique, le coût supporté par les hôpitaux pour les traiter est relativement plus élevé.

D'autre part, des motifs organisationnels qui tiennent au caractère parfois inadéquat de l'organisation des soins pour cette catégorie de patients, viennent renchérir la prise en charge. La durée moyenne des séjours (DMS) hospitaliers plus élevée pour la patientèle âgée, s'explique certes par la gravité des cas traités, mais également par l'insuffisance des solutions d'aval, qui conduisent à maintenir certains patients hospitalisés, faute de places disponibles dans les lits de moyens et longs séjours.

³⁵ CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, « Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française », *La Documentation française*, 2010, p.160

³⁶ COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, *La prise en charge hospitalière des personnes âgées*, juillet 2012, p.1

³⁷ *Ibid.* p.3

Le cloisonnement des différents secteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées (premier recours, secteur hospitalier, secteur médico-social) conduit ainsi à des inefficiences. L'utilisation des urgences, et la fréquence des réhospitalisations illustrent aussi certaines inadaptations dont souffrent les prises en charge sanitaire et psychosociale autour de la personne âgée.

D'après le HCAAM³⁸, une part importante du niveau élevé de la dépense individuelle de santé des personnes âgées peut ainsi être expliquée par ces « inadaptations structurelles » du système de soins. Dans ce contexte, l'hospitalisation des personnes âgées apparaît comme une source majeure de prises en charge inefficaces, tout en mobilisant des ressources importantes.

Au niveau local, le système de tarification à l'activité (T2A), qui différencie des niveaux de sévérité, en tenant compte de l'âge et de la présence de comorbidités, conduit intrinsèquement à rémunérer par un tarif plus élevé ces prestations complexes. Contrairement à une certaine perception, la T2A tient ainsi compte, par l'effet des majorants applicables aux cas complexes, de la réalité des prises en charge, notamment des durées moyennes de séjour plus longues chez les personnes âgées.

En conséquence, la rémunération moyenne de la journée d'hospitalisation, qui certes diminue avec l'âge, diminue beaucoup moins que ce qu'on aurait pu attendre par l'effet mécanique de la hausse de DMS avec l'âge.

En revanche, ces éléments ne disent rien des coûts de structure. Le HCAAM prend l'exemple d'un plateau technique de médecine spécialisée qui a un coût, en matériel et en personnel, et qui ne peut être couvert qu'en effectuant suffisamment d'actes lourds qui mobilisent effectivement toutes ses capacités humaines et techniques. « Si ces moyens ne sont pas suffisamment sollicités, une tarification à l'activité – même parfaitement ajustée au « coût réel du soin prodigué », fait inévitablement apparaître, sous forme de déficit, cette inadéquation structurelle »³⁹.

On voit donc émerger ce qu'est l'enjeu de l'adaptation des structures hospitalières aux personnes âgées : aller vers un plus « juste emploi » des structures d'hospitalisation.

Ajuster par conséquent le parcours des malades âgés pour qu'ils ne soient pas dirigés vers des services dont ils ne mobilisent pas les vraies capacités. A cela s'ajoute

³⁸ HCAAM, *op.cit.*, p.107

³⁹ *Ibid.*, p.60

l'occupation d'un lit par un patient ne relevant plus de la spécialité dans laquelle il reste néanmoins hospitalisé, et qui empêche l'hospitalisation d'un autre patient ; cette situation entraînant une perte de recette nouvelle pour l'établissement.

Et d'un autre côté, parvenir à ajuster aussi, progressivement, les plateaux techniques des hôpitaux au profil des malades qui s'adressent effectivement à eux.

In fine, des surcoûts directs et indirects sont à associer à la prise en charge des personnes âgées. Si la part de ce qui relève du médical ne peut être réduite, l'effort consenti par l'hôpital en matière d'organisation et de coordination peut contribuer à limiter le recours à l'institution, mais aussi améliorer les variations et inégalités qui en découlent à des niveaux de proximité ou de territoire. A cet égard, la DREES montre que les prévisions du recours à l'hospitalisation par les personnes âgées, peuvent être radicalement déplacées selon les hypothèses faites notamment en matière de choix d'organisation (transferts rapides en SSR par exemple). Selon le scénario retenu, le nombre de journées d'hospitalisation complète pourrait même diminuer en valeur absolue d'ici 2030⁴⁰.

La prise en charge des personnes âgées à l'hôpital n'est manifestement pas toujours adaptée. Si l'on constate des manquements en amont et en aval en provenance des secteurs ambulatoire et médicosocial, l'hôpital contribue aussi, par son fonctionnement, à ces défaillances et à une sous-optimalité de l'organisation des soins aux personnes âgées.

Pour apprécier et mesurer les éléments qui ressortent de la littérature, un cas pratique a été étudié, celui du GHEF, établissement de stage. La confrontation des différentes données, celles qui sont disponibles en accès libre (Scan santé) et celles recueillies via le PMSI, démontrent la conformité presque typique de l'établissement aux difficultés relevées en matière de prise en charge hospitalière des personnes âgées.

A partir de cet exemple, illustratif aussi de certaines avancées, on mesurera l'ampleur des progrès restant à accomplir pour le GHEF pour mieux prendre en compte la spécificité d'une population polypathologique et complexe, efforts rendus encore plus nécessaires dans le contexte local démographique à venir.

⁴⁰ DREES, *op.cit.*, p.21

2 Le GHEF, un établissement en transition vers une prise en charge plus marquée de la personne âgée

Pour le GHEF, les évolutions démographiques de la Seine et Marne vont avoir un impact sur le *casemix* de l'établissement. Déjà organisé sur le plan de la gestion des séjours, celui-ci aura néanmoins intérêt à se structurer davantage et à faire évoluer sa filière gériatrique dans le sens d'une filière de prestations, en support des services de spécialités. Dans cette perspective, la coordination entre les acteurs internes à l'hôpital va devenir indispensable, de même que l'ouverture de ceux-ci sur l'extérieur, et la ville.

2.1 Un diagnostic territorial qui conduit à renforcer les caractéristiques des séjours des personnes de plus de 75 ans accueillies au sein du GHEF

Selon l'INSEE, si les tendances démographiques récentes se maintenaient, la population de Seine et Marne augmenterait sans discontinuer de 2013 à 2050⁴¹. Dans un premier temps, la croissance démographique du plus vaste département francilien serait portée conjointement par les soldes migratoire et naturel. A partir de 2022, elle ralentirait et serait exclusivement soutenue par les naissances. Cet aspect vient conforter une partie du *casemix* actuel de l'établissement, à savoir un pôle femme-enfant qui porte déjà 40% de l'activité en 2017⁴².

En contrepoint, le vieillissement de la population seine et marnaise serait aussi plus soutenu que dans le reste de l'Île de France, avec une proportion d'habitants d'au moins 75 ans, deux fois plus importante en 2050. A plus court terme, le schéma régional de santé (SRS) du PRS Ile de France indique que la Seine et Marne sera le département de la région, qui va connaître le vieillissement de sa population le plus important et que le nombre de personnes âgées de 75 et plus, va augmenter de plus de 80% à l'horizon 2030⁴³.

Pour le Nord Seine et Marne, plus précisément, les projections⁴⁴ montrent une augmentation de population de plus de 10% en 2030, avec, pour les bassins qui concernent le GHEF : +25% dans le bassin de Coulommiers, +22% dans celui de Marne la Vallée et +21% dans celui de Meaux. Au total, en 2030, sur 880 000 habitants, les

⁴¹ INSEE Flash, *La population de la Seine-et-Marne à l'horizon 2050. Une population en hausse et vieillissante*, n°21, novembre 2017, p.1

⁴² Annexe III : données PMSI 2017 du GHEF

⁴³ SRS Ile de France, p.226

⁴⁴ Données Omphale et de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme présentées dans le projet médical partagé du GHEF, p.6

bassins de Coulommiers, Marne la Vallée et Meaux, compteront respectivement 100 000, 550 000 et 230 000 habitants. Le vieillissement des plus de 75 ans devrait particulièrement concerner le territoire de Coulommiers, par ailleurs déjà impacté⁴⁵.

En prévision, les bassins de population du GHEF connaîtront donc une forte progression démographique, conjugué à une réalité du vieillissement de ses territoires, déjà concernés par une très faible densité de l'offre ambulatoire⁴⁶. Déjà, les déplacements quotidiens de la population pour travailler sont très nettement orientés dans un flux entrant dans le canton de Chelles-Marne la Vallée, provenant des cantons de Meaux (dans un rapport de 1 à 5), de Pontault Combault-Tournan et de Coulommiers⁴⁷. L'orientation du flux actif concerne l'ouest du département, devenu très attractif en raison de la création des villes nouvelles comme Marne la Vallée, et de la proximité de Paris. A *contrario*, les bassins de Meaux et Coulommiers se tournent de plus en plus vers leur population moins mobile, vieillissante et précaire.

Dans ce cadre territorial, le GHEF dispose de trois sites, distants de 30 à 40km les uns des autres : l'un est situé à l'est du département (Coulommiers), l'autre au centre nord (Meaux) et le dernier à l'ouest (Marne la Vallée). La géographie du GHEF évoque une triangulation⁴⁸, dont le périmètre est amené à s'agrandir en raison de la fusion absorption du Centre Hospitalier de Jouarre, proche de Coulommiers, au 1^{er} janvier 2019.

Les éléments d'analyse, en l'occurrence les parts de marché sur les zones d'attractivité des sites du GHEF, font état d'une activité MCO qui s'accroît pour l'ensemble, avec des taux de fuite importants concernant les sites de Meaux et de Coulommiers. Pour ces derniers, les principaux concurrents hors GHEF sont majoritairement des acteurs du privé ainsi que l'AP-HP. Egalement, ont été relevés des glissements de séjours importants vers Marne la Vallée en MCO à partir des zones d'attraction de Meaux et de Coulommiers.

En termes d'évolution des séjours MCO, les données Scan santé attestent effectivement d'un accroissement de l'activité hospitalière entre 2013 et 2016, puis d'un palier de ralentissement en 2017⁴⁹, année de la fusion. Sur la même période, on note déjà une augmentation réelle de l'âge moyen des patients pris en charge, accélération qui

⁴⁵ Annexe IV (source cartographie Scansanté) : en 2014, la part des plus de 75 ans représentait 9.8% de la population de Jouarre, 8.3% de celle de Coulommiers, 5.7% de celle de Meaux, limitrophe de la commune de Varrèdes (7.4%) et 2.3% de celle de Marne la Vallée, l'ensemble étant à comparer à la valeur de référence nationale soit 9.2%

⁴⁶ Annexe V (Cartosanté 2015) : situation de la densité médicale et paramédicale dans le 77

⁴⁷ Projet médical partagé du GHEF, p.6

⁴⁸ Annexe VI : représentation du GHEF en triangulation

⁴⁹ Annexe VII : données d'activité 2013-2017 du GHEF via Scan Santé

concerne essentiellement les sites de Marne la Vallée (par déport des séjours MCO vers ce site ?) et Coulommiers⁵⁰.

En 2016, la part des séjours MCO des plus de 75 ans représentait 17% des séjours réalisés à Coulommiers, 8% à Marne la Vallée et 5.4% à Meaux⁵¹. Sur le GHEF, ces séjours se caractérisent par une plus grande part de séjours en hospitalisation complète, un plus faible recours à l'ambulatoire et donc une plus faible proportion de niveau J dans les racines de GHM⁵². Comparés aux autres tranches d'âge, les séjours des plus de 75 ans présentent aussi une proportion plus importante de complications ou morbidités associées (CMA) de niveau de sévérité 2 et 3⁵³.

Les caractéristiques de séjours MCO des personnes âgées de plus de 75 ans au GHEF sont ainsi conformes à la base de description faite par la revue de la littérature : hospitalisation complète, faible recours à l'ambulatoire, profils médicaux de plus forte sévérité.

Au niveau du *casemix* des plus de 75 ans, on retrouve aussi les situations de diagnostics décrites dans la littérature, à savoir⁵⁴ par ordre décroissant de groupes de planification⁵⁵ : affections cardio-vasculaires (prise en charge très marquée sur le GHEF), pneumologie, chirurgie majeure de l'appareil locomoteur, neurologie médicale, stimulateurs et défibrillateurs cardiaques, uro-néphrologie médicale, rhumatologie, psychiatrie, maladies immunitaires, hépato-gastro-entérologie. Ces dix situations de diagnostic et de traitement représentent 78% des journées d'hospitalisation des 75 ans et plus, la présence de l'une de ces affections étant susceptible lors d'une hospitalisation d'induire ou de majorer une perte d'autonomie préexistante. En évolution quinquennale, sur le GHEF, les groupes de planification qui concernent les personnes âgées de plus de 75 ans restent très similaires d'une année sur l'autre⁵⁶.

Selon les données PMSI récoltées sur l'année 2017 par le médecin DIM du GHEF⁵⁷, l'hospitalisation complète en MCO des plus de 75 ans représente 21.40% du total des séjours du GHEF, soit une part de séjours identique à celle observée au niveau national⁵⁸.

⁵⁰ Annexe VIII : évolution de l'âge moyen des patients pris en charge sur le GHEF

⁵¹ Annexe IX : part des séjours MCO des patients de plus de 75 ans pris en charge sur le GHEF

⁵² Annexe X : modes de prise en charge des patients de plus de 75 ans sur le GHEF

⁵³ Annexe XI : niveaux de sévérité des patients de plus de 75 ans pris en charge sur le GHEF

⁵⁴ Annexe XII : top 10 des groupes de planification des plus de 75 ans sur le GHEF

⁵⁵ Méthode de regroupement des GHM qui permet de repérer les disciplines suivies au niveau des autorisations et de la planification et de synthétiser l'activité d'un établissement

⁵⁶ Cf. annexe XII

⁵⁷ Cf. annexe III

⁵⁸ Voir p.5 du mémoire

De manière plus marquée que dans la revue de la littérature, seuls 13.61% des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés au sein du pôle gériatrie SSR, ce qui atteste du fait que la filière gériatrique intégrée au pôle, draine moins d'un sixième de ces patients, lesquels se retrouvent, pour une large part, dans les services de spécialités. Services dont on sait par la revue de littérature, qu'ils répondent mal aux besoins de transversalité nécessaires à la prise en charge des personnes âgées. Dans ce cadre, la filière gériatrique du GHEF a toute légitimité à se positionner comme une filière support des services de spécialités.

Pour une représentation par pôles⁵⁹, l'hospitalisation complète des patients de plus de 75 ans renvoie aux groupes de planification déjà cités : 2941 séjours pour le pôle oncochirurgie pulmonaire cardiométabolique (2^{ème} position), 2670 séjours pour le pôle oncohématologie médecine (3^{ème} position), 1802 séjours pour le pôle gériatrie SSR (4^{ème} position), 1659 séjours pour le pôle oncochirurgie digestive urologie orl et stomato (5^{ème} position), 1645 séjours pour le pôle tête et locomoteur (6^{ème} position), 703 séjours pour le pôle bloc opératoire (7^{ème} position) et 89 séjours pour le pôle femme-enfant (8^{ème} position).

La première position est occupée par le pôle urgences, pôle qui dispose de certains lits d'hospitalisation, notamment une zone de surveillance de très courte durée (8 lits pour poursuivre une prise en charge débutée aux urgences avant retour à domicile ou en attente d'un lit dans un service spécialisé, l'hospitalisation ne doit pas excéder 24 à 48h) sur le site de Meaux, et une unité d'hospitalisation à Marne la Vallée. Le pôle urgences comptabilise 3082 séjours de patients de plus de 75 ans en 2017 (sur un total de 7197 séjours) pour une DMS de 1.82 jours et un âge moyen à l'entrée de 85.56 ans.

Cet élément tend à confirmer que les patients de plus de 75 ans réalisent, sur le GHEF, des séjours hospitaliers non programmés. Cette inflexion du recours aux urgences est confirmée par le nombre de RSS puisque sur 29 329 RSS en 2017, 7395 concernent des patients de plus de 75 ans, soit 25.21% du nombre total de RSS aux urgences. Ce pourcentage est deux fois supérieures à celui observé au niveau national, la proportion n'atteignant à cette échelle que 12%. Une problématique particulière est donc à relever au niveau du GHEF, celle du passage des patients de plus de 75 ans par les urgences et de leur hospitalisation en leur sein.

⁵⁹ Cf. annexe III

S'agissant des durées moyennes de séjour⁶⁰, sans surprise, les patients de plus de 75 ans connaissent une durée d'hospitalisation plus longue, le delta étant particulièrement sensible pour les pôles oncohématologie médecine et tête et locomoteur. Plus généralement, la fourchette des âges moyens à l'entrée en hospitalisation, de 81.75 à 86.79 ans, donnent aussi une indication plus précise de la tranche d'âge présente au sein du GHEF, en l'occurrence 80 ans et plus⁶¹.

Pour un premier constat, le GHEF se situe donc en droite ligne de ce qui est décrit dans la revue de la littérature, avec des points d'achoppement parfois plus marqués : plus forte inflexion du recours aux urgences, part moindre des patients accueillis au sein de la filière gériatrique, durées moyennes de prise en charge plus longues. En pratique, le GHEF s'est organisé globalement ou plus spécifiquement, pour tenter de répondre aux besoins des personnes âgées accueillies en son sein, la fusion absorption de Jouarre contribuant pour une part supplémentaire à la démarche.

2.2 Les réponses du GHEF sont déjà des réponses de parcours

En matière de prise en charge de ses patients, le GHEF développe depuis quelques années une vision structurante du parcours, dans un objectif médico-économique d'amélioration de la gestion des séjours et des lits. Initialement, le site de Marne la Vallée disposait d'une cellule simple de traitement des flux en provenance des urgences vers les services de soins. Sur l'impulsion de la Direction Générale, une unité transversale de gestion des séjours (UTGS), a été créée, d'abord en 2015 sur le site de Meaux, étendue en 2016 à celui de Marne la Vallée puis en 2017 sur Coulommiers.

Les objectifs préalablement fixés étaient les suivants : suivre et valoriser au quotidien la fluidification du parcours patient en intra et vers l'extra hospitalier en travaillant avec des outils communs, prendre en considération les entrées programmées et les entrées semi urgentes décidées par le médecin traitant et le médecin spécialiste, pour éviter au malade un passage par les urgences et proposer aux urgences des disponibilités suffisantes en lits pour contribuer à la réduction des délais d'attente et permettre au patient d'être orienté dans la bonne spécialité.

En 2017, la fusion GHEF a induit une redéfinition des missions de l'UTGS et de leur périmètre : optimiser la fluidité des séjours en interne, et la libération des capacités dans les services d'hospitalisation, par une baisse des DMS ; développer et suivre les relations

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

partenariales avec l'aval, notamment avec le Centre Hospitalier de Jouarre, dans le cadre du GHT Nord 77.

A ce titre, le service composé d'un chef de projet, d'un représentant du Président de la CME (en l'occurrence le chef de pôle des urgences) et de huit coordonnateurs de séjours⁶², a la charge d'harmoniser les pratiques et les supports d'information aux services, coordonner l'action des assistantes sociales, accompagner les services et des pôles dans leurs objectifs de réduction de DMS, et enfin développer des partenariats avec les structures d'aval et les professionnels libéraux.

La nouvelle coopération tri sites sur les disponibilités en lits, s'est aussi fixée l'objectif de diminuer les transferts évitables hors GHEF, afin de réduire les taux de fuite (notamment vers l'AP-HP) et de proposer au patient de rester sur son secteur géographique tout en bénéficiant des multiples spécificités de l'établissement.

Les documents descriptifs de l'UTGS n'évoquent pas le sujet âgé en tant que tel mais les différentes études réalisées intègrent de fait les éléments de cette prise en charge. Par exemple, l'instauration d'une commission des séjours longs en SSR, réunit tous les 45 jours, a permis de faire passer le nombre de séjours longs supérieurs à 40 jours de 58% en 2016 à 22% en 2017. La diminution de la DMS ayant ainsi permis de prendre en charge 173 patients supplémentaires.

Un autre exemple est celui de la commission performance hebdomadaire MCO du GHEF. En mars 2018, un bilan a été réalisé sur une moyenne de séjours, supérieurs à 7 jours d'hospitalisation, par site hospitalier, bilan qui montre une amélioration de la sortie sur une semaine, vers le domicile ou l'aval.

Aujourd'hui, sur les trois sites, selon le chef de projet de l'UTGS, il n'existe plus de séjours longs non résolus, la vraie difficulté, résiderait encore dans le fait d'orienter les personnes âgées dont le profil est très complexe (vasculaire, amputé, BHR...).

Au titre de ses missions, l'UTGS a engagé un travail collaboratif avec les pôles, avec certains, plus particulièrement, comme le pôle gériatrie SSR, très concerné par les séjours longs. Ce pôle dispose d'une filière complète de prises en charge, qui répond aux trois catégories de besoins des personnes âgées : bilans ambulatoires (consultation et hôpital de jour gériatrique), hospitalisations non programmées pour lesquelles ils existent

⁶² Infirmières et assistantes socio-éducatives le plus souvent à temps partiels, issues de leur site hospitalier d'origine afin de bien appréhender le terrain et faire les liens avec les différents acteurs, leur répartition est réalisée en fonction de la taille de chaque site

des équipes mobiles de gériatrie (EMG) et du court séjour gériatrique et hospitalisations programmées. Dans ce cadre, le contrat de pôle prévoit une évolution positive des EMG de site dans le sens d'une harmonisation des pratiques entre les sites hospitaliers.

S'agissant de la filière gériatrique du GHEF, celle-ci s'est historiquement constituée sur le bassin de population de Coulommiers, site d'origine du chef de pôle de gériatrie SSR, au sein duquel des conventions partenariales, avec les EHPAD, la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'HAD ont déjà été formalisées.

Les cinq objectifs prioritaires de la filière ont été redéfinis par l'ARS au travers d'une convention de financement. Il s'agit prioritairement de structurer et améliorer les parcours des personnes âgées notamment par des collaborations entre disciplines, le partage d'informations et les outils partagés. Egalement, permettre l'accessibilité à l'hospitalisation sur tout le territoire de la filière avec un numéro d'accès direct, des procédures d'admission, de mutation et de transfert formalisées et harmonisées. Eviter par ailleurs les hospitalisations inadéquates par la connaissance actualisée des ressources disponibles de la filière et l'orientation grâce à l'équipe mobile, repérer les personnes relevant d'une expertise gériatrique, et enfin, anticiper et améliorer les retours à domicile. Avec le dimensionnement actuel et à venir du GHEF, ces objectifs demandent à être retravaillés, et déclinés à l'échelle du territoire que formeront prochainement les trois sites hospitaliers du GHEF et le centre hospitalier de Jouarre intégré au 1er janvier prochain.

Dans cette perspective, l'arrêté portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le GHEF⁶³, pris après avis de la CSOS en juillet 2018, a décliné des considérants à associer à la prise en charge du sujet âgé : compatibilité du projet de fusion avec les orientations du schéma régional de l'organisation des soins du PRS Ile de France, optimisation de l'offre gériatrique sur le territoire et fluidification du parcours de soins du patient.

La compatibilité du projet de fusion avec les orientations du schéma régional de santé (SRS) a été appréciée au regard des objectifs qui y ont été fixés. Dans ce cadre, la fusion GHEF-Jouarre, entre sanitaire et médico-social, doit permettre d'organiser un parcours de la personne âgée qui s'appuie sur une offre territorialisée et décloisonnée, située dans la prévention des ruptures de parcours sur ce segment. Le lien entre structures est aussi plus généralement décrit, en entrée et en sortie, selon des objectifs de limitation de la

⁶³ Annexe XIII : arrêté portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le GHEF

durée d'hospitalisation des personnes âgées qui résident en EHPAD et de communication partagée via des outils de signalement et de suivi.

La compatibilité du projet a aussi été évaluée au regard de la situation capacitaire de Jouarre en USLD, cette offre étant extrêmement déficitaire en Seine et Marne, la plus faible en région, avec un objectif quantifié de l'offre de soins augmenté, pour garantir une prise en charge de proximité et l'expérimentation d'unités de soins prolongés complexes (USPC).

Par ailleurs, la capacité à organiser des circuits valorisant une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle et à favoriser les organisations interfilières, notamment entre gériatrie et chirurgie, inscrit pleinement l'action de l'établissement dans les orientations du SRS. A ce titre, l'organisation mise en place, qui vise à orienter tous les patients âgés de plus de 75 ans présentant un problème traumatologique vers l'unité de chirurgie du site de Coulommiers, contribue ainsi à équilibrer les activités de chirurgie orthopédique et traumatologique entre les trois sites du GHEF. Dans la mesure où il s'agit de personnes âgées, la mise à disposition, à temps plein, d'un gériatre de Jouarre sur l'unité de chirurgie de Coulommiers illustre la démarche territoriale de coopération, laquelle préfigure les partenariats à venir dans le cadre de la fusion. L'arrêté de fusion mentionne d'ailleurs explicitement cet aspect, l'opération s'appuyant sur un projet médical commun dans le but d'une « meilleure complémentarité entre les équipes médicales ».

L'optimisation de l'offre gériatrique sur le territoire et de la fluidification du parcours de soins du patient fait aussi partie des considérants, ce qui fait référence à l'intégration prévue au dossier promoteur, du centre hospitalier de Jouarre au pôle gériatrie SSR du GHEF. Dans cette perspective, la structuration de la filière gériatrique, à construire préalablement au niveau des trois sites du GHEF, comprend aussi des éléments d'organisation à élaborer conjointement avec Jouarre.

La description qui vient d'être faite des dispositifs en cours sur le GHEF atteste d'initiatives positives, pas toutes orientées vers le sujet âgé, lequel bénéficie néanmoins des actions engagées plus globalement. Cette description amène à regarder de plus près les pratiques de coordination ou non à l'œuvre, internes et externes, en matière de prise en charge des personnes âgées

2.3 Réponses qui nécessitent cependant une amélioration des pratiques de coordination

Selon le dictionnaire Larousse, la coordination définit l'action de coordonner, ce qui suppose d'ordonner des éléments séparés, de combiner des actions, des activités distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé. En l'occurrence, il s'agit de mieux prendre en charge le sujet âgé, le soigner dans sa diversité et surtout ne pas contribuer à la dégradation de son état de santé.

Les effets des organisations coordonnées sur la prise en charge des personnes âgées sont assez peu documentés. La revue de la littérature abonde *a contrario* sur les lacunes en la matière et s'intéresse peu, à défaut peut-être, d'illustrations concrètes, aux conséquences positives d'actions combinées. Un rapport de l'IGAS⁶⁴ propose néanmoins, sur la base d'une étude comparée et d'outils nouvellement créés, une énumération des effets constatés, à laquelle sont adjointes des précautions méthodologiques de mise en œuvre.

Le premier effet concerne la DMS, celle-ci se réduit en raison de la fluidification opérée par la coordination entre les acteurs, l'indicateur invite, cependant, dans le même temps, à s'interroger sur la trop faible durée de certaines prises en charge qui conduiraient à une réhospitalisation.

L'étude montre aussi que les entrées en hospitalisation par les urgences diminuent fortement. La coordination abaisserait d'un quart, voire d'un tiers la tendance des personnes âgées à passer par les urgences pour entrer en hospitalisation. Les transferts entre services deviennent aussi plus difficilement mesurables, sachant que l'indicateur d'errance (nombre d'unités médicales décomptées au cours d'une même hospitalisation) mesure le transfert aussi bien adapté vers le service spécialisé dans la pathologie diagnostiquée que le transfert qui résulte soit de difficultés de gestion des lits disponibles, soit de difficultés liées à la complexité des cas des personnes âgées polypathologiques.

L'étude de l'IGAS décrit enfin la persistance de certaines difficultés même dans les formes les plus avancées de coordination : le cloisonnement des cultures, le médecin traitant comme pivot de la coordination qui se heurte dans certains territoires à la question de la démographie médicale, les liens entre hôpital et EHPAD la nuit et les week-ends, les frontières entre structures de prise en charge qui rendent les parcours peu fluides ou encore le manque de solutions d'aval qui bloque des sorties d'hospitalisation.

⁶⁴ IGAS, *op.cit.*, 2013

Pour le cloisonnement des cultures, l'IGAS relève le champ d'intervention des EMG qui reste encore majoritairement intrahospitalier alors que celles-ci ont vocation à étendre le périmètre de leur action sur l'environnement de l'hôpital et celui des acteurs de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées.

Egalement, les relations entre hôpital, l'ambulatoire et le social, lorsqu'elles existent, témoignent quant à elles d'un manque criant d'outils de coordination.

S'agissant du lien avec les EHPAD, les acteurs de l'hôpital ont tendance à considérer qu'une plus forte médicalisation éviterait de nombreuses hospitalisations et que les EHPAD ne font pas suffisamment appel à l'HAD, qui serait une alternative utile. De l'autre côté, certains EHPAD avancent qu'une prise en charge en HAD coûte plus chère qu'une hospitalisation, élément confirmé par l'IGAS si la prise en charge en HAD s'avérait longue dans le temps.

Enfin, le phénomène des « bedblockers » est évoqué au titre de la persistance des difficultés, exogènes pour la plupart : des raisons sociales comme l'isolement du logement ou l'habitat trop dégradé qui interdit le retour à domicile, des raisons administratives avec des délais de procédure pour les majeurs protégés de l'ordre de plusieurs mois ou une prise en charge ou aide sociale longue à se mettre en place, des raisons financières lorsque la famille opte pour le maintien à l'hôpital en SSR par exemple plutôt qu'en EHPAD où le reste à charge est trop lourd, enfin des raisons médicales en l'absence de complétude d'une filière gériatrique hospitalière ou d'une fluidité insuffisante de ses composantes.

Pour caractériser les pratiques de coordination d'un établissement, l'IGAS propose quatre critères d'analyse des pratiques. Le premier concerne l'aspect formel ou informel de la coordination, de la signature de conventions entre établissements aux relations interpersonnelles. Sur le GHEF, l'aspect formel de la coordination est en devenir et reste à développer.

Dans son projet médical partagé, le GHEF s'est fixé pour objectif d'améliorer concrètement ses relations fonctionnelles avec la médecine de ville en agissant de façon coordonnée sur plusieurs leviers d'actions concrets : améliorer les délais de production et diffusion des comptes rendus en utilisant autant que possible le recours au réseau numérisé et sécurisé, communiquer régulièrement l'annuaire des médecins du GHEF, multiplier les numéros verts d'accès téléphoniques pour faciliter l'accès à des filières courtes évitant le passage aux urgences, favoriser les échanges à thèmes et les

enseignements postuniversitaires, participer à la vie des réseaux... En pratique, le GHEF va aussi adhérer au dernier trimestre 2018 à Easy Care, une plateforme de mise en relation avec les soins paramédicaux de ville, permettant aux cadres de santé des services d'effectuer une demande diffusée au réseau easy care, pour une prise en charge paramédicale du patient à domicile.

Dans le cadre du GHT Nord 77, de nombreuses conventions existent avec le GHEF ou les établissements préalables à la fusion : AP-HP, HAD et SSIAD, cliniques privées et ESPIC, SSR et/ou EHPAD, autres centres hospitaliers, structures médicotechniques, maisons médicales, établissements médicosociaux, associations... Très nombreuses, ces conventions devraient progressivement être remises à jour, et pour l'aval, revues dans le sens d'une meilleure complémentarité, avec les partenaires extérieurs. On note en effet, des refus fréquents à ce niveau, de la part des SSR ou HAD privés, en raison des profils médicaux hospitaliers des personnes âgées, jugés trop lourds à prendre en charge.

Le deuxième critère d'analyse s'intéresse aux pratiques réelles de coordination : y a-t-il ou non des collaborations effectives entre acteurs ? S'agissant du parcours de la personne âgée, on peut tout d'abord noter que le contrat du pôle gériatrie SSR 2018-2022 prévoit l'harmonisation des actions des EMG de site avec un champ d'intervention revu, et élargi aux interventions intrahospitalières, aux urgences et vers les EHPAD. Les résultats attendus concernent la diminution du passage aux urgences dans un certain nombre de cas, et l'augmentation des entrées programmées en hôpital de jour, de semaine et en hospitalisation complète. Les indicateurs associés au projet sont les suivants : nombre de nouveaux cas, nombre d'interventions aux urgences, en EHPAD et en intra hospitalier. L'évaluation économique table quant à elle sur un prévisionnel de +4% de la file active, sous réserve de financements MIGAC en augmentation par rapport à 2017.

Sur la base des données chiffrées, confrontées aux entretiens menés⁶⁵, on sait aussi que les urgences du GHEF accueillent des personnes âgées en nombre, sur une saisonnalité été/hiver, souvent en raison d'une altération de l'état général, avec un maintien à domicile rendu difficile, voire impossible, du fait d'une prise en charge libérale incomplète et/ou d'aidants épuisés⁶⁶. Par ailleurs, les urgences du GHEF ne disposent pas d'un circuit court dédié aux personnes âgées, les visites des EMG aux urgences sont aléatoires et site dépendantes, sur le plan des compétences, seul un urgentiste dispose de la double casquette médecin d'urgence / capacitaire en gériatrie, et enfin, la problématique qui ressort clairement des entretiens reste celle de l'aval.

⁶⁵ Annexe XIV : liste des entretiens menés

⁶⁶ Entretien avec le cadre de pôle des urgences du GHEF

Sur l'accueil des personnes âgées arrivant aux urgences, le projet du pôle gériatrie SSR pose d'ailleurs le constat suivant : délai de présence aux urgences trop long, difficulté à trouver une place en hospitalisation d'urgence, pas suffisamment d'hospitalisations directes vers les services de gériatrie, trop d'hospitalisations évitables, diminution du nombre de médecins traitants, avec pour seule ressource le passage aux urgences. Pour ce faire, des actions à mener ont été identifiées, au travers de l'augmentation du nombre de lits en court séjour gériatrique (plus 13 lits), le développement de l'avis gériatrique aux urgences *via* l'EMG, la formation en staffs des urgentistes aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées et le développement de l'activité de l'hôpital de jour de gériatrie.

Les urgences du GHEF (site de Marne la Vallée) ont par ailleurs tenté une collaboration avec une structure d'HAD, pour une prise en charge directe des urgences vers le domicile. Cette expérimentation s'est cependant révélée infructueuse, les profils des personnes âgées accueillies aux urgences n'autorisant *a priori* pas ce type de recours au domicile.

S'agissant de la filière gériatrique, la convention FIR a listé des axes d'amélioration à apporter au titre des engagements pluriannuels. Tout d'abord, mettre en œuvre les moyens nécessaires à la coordination de la filière avec un temps effectif dédié, et une formalisation de partenariats. La DD souhaite par ailleurs que soit consolidée la dynamique de développement des outils de la filière dans le cadre du GHT *via* un numéro d'accès unique, un comité de coordination et un dossier patient informatisé. Elle recommande enfin de poursuivre l'étude partagée des causes de blocage au sein des parcours. Dans ce cadre, un groupe de travail a été constitué avec des partenaires hospitaliers (représentant des EMG, du court séjour gériatrique, du pôle gériatrie) qu'il a fallu convaincre, et des partenaires extérieurs, très demandeurs d'un travail partenarial avec l'hôpital : la MAIA, le pôle d'autonomie territorial (PAT), le tissu associatif HAD/SSIAD/services à domicile. L'étude du parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique, objet d'un des dossiers de stage à la qualité, a d'emblée démontré que les pratiques de coordination communicationnelles, informationnelles et organisationnelles restaient à améliorer aussi bien en interne qu'en externe⁶⁷.

Dans la perspective de la fusion absorption du centre hospitalier de Jouarre, un groupe de travail médico-soignant, composé du chef de pôle et du cadre paramédical du pôle gériatrie, des trois médecins et de la direction des soins de Jouarre, et de l'élève directeur

⁶⁷ Annexe XV : comptes rendus des séances du groupe de travail (extraits)

d'hôpital, a été initié, de manière à redéfinir la stratégie partenariale entre les deux établissements.

Au préalable, une monographie du centre hospitalier de Jouarre a été réalisée, laquelle identifiait certains points d'achoppement⁶⁸. En premier lieu, une indistinction assez claire entre l'EHPAD dont la charge en soins est très conséquente et l'USLD dont le niveau de patients requérant des soins médicaux et techniques importants reste inférieur à ce qui est attendu en USLD. Outre la charge en soins et en accompagnement, le positionnement de la structure dans le parcours de la personne accompagnée démontrait que celui-ci, s'il se situait à la suite du GHEF en USLD, connaissait un taux d'occupation préoccupant, en baisse sur ce secteur, avec un recrutement moindre en provenance du GHEF, probablement déporté de l'USLD vers l'EHPAD.

Dans ce contexte, et celui de la revue du projet médical partagé, le groupe de travail médico-soignant auxquels j'ai participé, a proposé des axes d'amélioration de la prise en charge, par exemple l'intervention des équipes de soins palliatifs du GHEF sur Jouarre ou le conventionnement HAD en EHPAD. Relevant que l'orientation stratégique de l'établissement n'avait fait l'objet que d'une réflexion embryonnaire, un second groupe de travail a été initié, pour travailler sur le lien entre Jouarre et la filière gériatrique du GHEF, les services d'hospitalisation et la capacité du GHEF à abonder l'USLD et l'EHPAD de Jouarre.

Dans cette perspective, une étude menée en lien avec le médecin DIM du GHEF a démontré un potentiel de patientèle des services d'hospitalisation du GHEF vers l'USLD de Jouarre⁶⁹, interrogeant par là-même le rattachement prévu entre le pôle gériatrie SSR et Jouarre. Cette étude a été présentée par l'élève directeur devant des représentants de l'ARS et lors de la première séance du groupe de travail stratégique. A cette occasion, les médecins participants, des médecins de spécialité du GHEF (neurologie, orthopédie...) et ceux de Jouarre, ont maintenu une orientation première du patient en SSR avant transfert sur Jouarre, confirmant ainsi un passage obligé de la personne âgée au sein de la filière gériatrique et de ses SSR. Le taux d'occupation de l'USLD de Jouarre connaissant toujours une baisse continue à la fin juillet, l'appréciation médicale a été amenée à évoluer. Dans ce cadre, le médecin gériatre de l'USLD de Jouarre s'est engagé à améliorer significativement le recrutement en USLD en développant le contact avec ses homologues de spécialités sur le GHEF (cardiologie, neurologie...).

⁶⁸ Annexe XVI : monographie du Centre Hospitalier de Jouarre réalisée par l'élève directeur

⁶⁹ Annexe XVII : PPT Orientation stratégique Jouarre – GHEF présenté par l'élève directeur en groupe de travail stratégie et à la DD ARS Ile de France

Dans ce cadre de travail, la présentation d'une expérience positive de prise en charge de la personne âgée en Ardennes⁷⁰ est venue conclure sur le travail restant à accomplir : propositions de fédération médicale interhospitalière de gériatrie, d'une unité post urgence gériatrique, d'une EMG intervenant en intra et extra, de développement de prises en charge particulières (SSR pour personnes âgées instables)... Les effets concrets de ces pratiques de coordination ont aussi été évoqués, le coordonnateur de la filière gériatrique des Ardennes ayant ainsi confirmé la réduction de la DMS en SSR, l'augmentation des hospitalisations programmées en SSR et en EHPAD, des solutions d'aval trouvées en 48h, et un impact sur la démographie médicale (passage de 3 à 8 gériatres). L'ensemble a été réalisé à moyens constants.

Sur le GHEF, le champ de la coopération, 3^{ème} critère d'analyse de l'IGAS, reste donc encore trop centré sur l'hôpital, et mériterait d'être étendu à l'ensemble du secteur sanitaire incluant la médecine de ville et les soins de premiers recours, le secteur médico-social et social. Le dernier critère pour caractériser les pratiques de coordination concerne l'ancienneté des relations entre les acteurs. Seule la filière gériatrique circonscrite à son bassin initial (Coulommiers) répond à une pratique ancienne ayant permis aux acteurs d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble.

Enfin, la diversité des moyens de coopération mis en œuvre reflète le niveau de maturité du GHEF sur les questions de la coordination : une fiche de liaison entre services spécifique à la personne âgée en cours de construction, l'utilisation non systématisée de l'outil Trajectoire par les services du GHEF, pas d'interfaçage dossier des urgences / dossier des services, une communication directe à réinitier entre médecins hospitaliers et médecins traitants, des équipes mobiles à réorienter pour ouvrir l'hôpital sur son environnement, des technologies de l'information et de la communication à initier pour décroiser le secteur sanitaire et le secteur social...

Les moyens de la coopération peuvent aussi s'entendre dans une autre direction, de l'extérieur vers l'intérieur, lorsque l'on constate, sur le territoire, la superposition et la multiplicité des outils : fiche de liaison pour le SSIAD, formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation pour la MAIA...

Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées, il semble que le GHEF doive d'abord répondre à ses propres constats, à savoir la segmentation des prises en charge, parfois leur mise en concurrence (filière gériatrique *versus* services de spécialités) et les

⁷⁰ Annexe XVIII : compte-rendu relatif à l'expérience présentée aux médecins du GHEF et de Jouarre par le Dr Ferreira, gériatre, le 15 juin 2018

défauts de la coordination, externe mais aussi en interne. Dans la partie qui suit, des préconisations combinées, issues de la revue de la littérature et d'expériences terrain, permettent d'identifier une cible à atteindre en matière de prise en charge des personnes âgées, selon diverses temporalités, souvent à moyens constants.

3 Propositions pour renforcer la coordination des soins dans la prise en charge des personnes âgées

Le GHEF, l'hôpital, n'organise pas encore l'accueil des personnes âgées de manière spécifique, quel que soit le mode d'entrée. Dans ces conditions, une large part de la coordination des prises en charge repose sur le patient et sa famille, et le risque est grand de voir des ruptures se réaliser dans la prise en charge. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins, doit être réaffirmée, car elle va devenir indispensable du fait des évolutions démographiques et de la spécialisation croissante des soins hospitaliers. Dans ces conditions, l'hôpital ne peut faire l'économie d'une réflexion en amont et en aval. En amont, pour réduire l'afflux de personnes âgées aux urgences, et en aval pour permettre la sortie vers des structures adaptées.

3.1 A l'amont, prévenir les situations générant un recours aux urgences et améliorer l'accessibilité de l'hôpital en dehors des services d'urgence

Malgré les bénéfices apportés par la structuration de filières gériatriques, des marges de progrès demeurent, notamment celle de l'optimisation de l'accueil des personnes âgées de plus de 75 ans dans le cadre d'hospitalisations non programmées. Seuls 13% des 645 services d'urgence, déclarent en effet disposer d'une filière spécifique complète d'accueil et de soins en gériatrie⁷¹. Sur le GHEF, la problématique prend un relief tout particulier, en l'absence d'intervention systématisée des EMG aux urgences, et à l'amont, auprès des médecins traitants.

Le constat implique de prendre des mesures qui permettent d'abord de réunir les conditions d'application du décret relatif à la médecine d'urgence⁷². En l'occurrence, la prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie du fait de leur polyopathie et de leur risque de dépendance est assurée en priorité, en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë ou court séjour gériatrique. En l'absence, et sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, dans toute structure de spécialité correspondant à la pathologie aiguë du patient ou dans la structure des urgences lorsque l'état de santé du patient l'exige. Enfin, est précisé que « lorsque la prise en charge est assurée selon l'une des deux dernières modalités, il doit pouvoir être fait appel à un

⁷¹ Cour des Comptes, *La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents*, Rapport public annuel, février 2012, p.189

⁷² Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

gériatre ou à un médecin formé à la prise en charge des personnes âgées, en vue d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient »⁷³.

Dans ce contexte de gradation des soins, on voit bien que l'accès direct au court séjour gériatrique doit être facilité en tout premier lieu. Pour ce faire, la diffusion, auprès des professionnels de santé du territoire, d'un numéro de téléphone permettant le contact avec le gériatre d'astreinte constitue une première piste d'action (en cours de déploiement sur le GHEF). Des études récentes ont en effet montré que la régulation téléphonique gériatrique réduisait d'un quart les passages inadaptés aux urgences et majorait les admissions directes dans le service de gériatrie⁷⁴. A défaut, l'accueil des personnes âgées aux urgences nécessite la désignation d'un infirmier référent en gériatrie et un recours organisé à l'EMG.

Eu égard aux difficultés rencontrées pour accueillir les personnes âgées aux urgences, des réponses commencent à voir le jour sous forme d'expérimentations structurantes. Par exemple, au CHU de Limoges⁷⁵, le service de médecine interne gériatrique a depuis 2014 mis à disposition une équipe de médecine d'urgence pour personnes âgées (MUPA), intégrée géographiquement au SAU. L'objectif est d'optimiser la prise en charge globale des patients âgés de plus de 75 ans, en la réalisant précocement et en apportant d'emblée une évaluation gériatrique minimale, un bilan diagnostique pour favoriser le retour au domicile, prévenir la décompensation en cascade et diminuer la durée moyenne du temps de passage du patient âgé aux urgences. La MUPA a aussi vocation à permettre, une meilleure orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intrahospitalière et une diminution des DMS dans les services d'aval. Depuis sa création, la durée de passage dans le service des urgences a été réduite de 3h35, le taux de retour à domicile a quant à lui augmenté, puisqu'il est passé à 35 % contre 20 % avant la création de la MUPA. Ce dispositif qui permet d'éviter significativement les réhospitalisations, a été récompensé en mai 2017 par la FHF.

Autre exemple, dans les Ardennes⁷⁶, où une unité post-urgence gériatrique (4 à 5 lits, parfois en déport vers les lits porte) a été constituée à moyens constants depuis 2015. Créée en collaboration avec les médecins urgentistes, cette unité procède à une évaluation gériatrique et à une réorientation afin d'éviter les secteurs d'hospitalisation

⁷³ Article R6123-32-8 du CSP

⁷⁴ Dépêche Hospimédia, *La régulation téléphonique gériatrique réduirait d'un quart les passages inadaptés aux urgences*, publiée le 07/08/2018

⁷⁵ DANTOINE T., VERGER P., « La filière gériatrique du CHU de Limoges », *Techniques hospitalières*, n°754, novembre-décembre 2015, p.69

⁷⁶ Cf. expérience présentée aux médecins du GHEF et de Jouarre par le Dr Ferreira, gériatre, le 15 juin 2018

lourds. En l'absence d'urgence vitale, l'admission s'effectue directement en court séjour gériatrique avec un parcours amélioré, via la réalisation directe d'un bilan radiologique. Faciliter l'accès des personnes âgées fragiles ou polyopathologiques aux plateaux techniques⁷⁷ permet en effet d'éviter des retards diagnostiques, des prises de décisions différées et un risque de décompensation d'organes et de dépendance aggravée, facteur d'allongement de la durée des séjours.

Dans l'exemple des Ardennes, l'EMG, qui intervient en intra, notamment aux urgences, et en extra, dispose de locaux situés au sein des urgences. Le lien avec les médecins traitants s'effectue grâce à une feuille de programmation à la suite de laquelle l'EMG propose une orientation vers l'hôpital de jour, un déplacement au domicile pour la réalisation d'une évaluation ou une décision d'hospitalisation programmée. L'EMG en question travaille de manière rapprochée avec la MAIA pour l'étude bimensuelle des cas complexes de maintien à domicile et avec le SSIAD, qui fait partie du pôle de gériatrie. Les modalités de fonctionnement de l'EMG s'apparentent à celles de l'UTGS du GHEF dans la mesure où celle-ci effectue la recherche journalière de lits vacants. A noter aussi que la fermeture de l'EMG le week-end n'interrompt pas la liaison avec les urgences puisque l'urgentiste formalise un bon à la structure qui reprend contact dès le lundi.

Pour prévenir les situations générant un recours aux urgences, il est également utile d'en analyser les conditions d'entrée : provenance EHPAD, domicile, passage aux urgences à l'initiative directe de l'entourage, proportions aux différentes heures de la journée ou nuit... Or, sur le GHEF, le pôle urgences ne dispose pas de statistiques par motifs ou provenance d'arrivée.

S'agissant des urgences en EHPAD, et le motif n'est pas anodin pour le GHEF puisque la Seine et Marne connaît une surreprésentation de ce type de structure⁷⁸, y compris dans le Nord du département, la fusion du centre hospitalier avec Jouarre coïncidera avec une expérimentation sur le centre hospitalier gériatrique de la mutualisation de l'infirmier de nuit, à la fois sur l'USLD et l'EHPAD. Ce projet ne règle évidemment que très partiellement la situation, si cette provenance d'arrivée par EHPAD aux urgences était bien avérée pour le GHEF.

Par ailleurs, une des analyses couramment avancée pour expliquer le taux élevé des entrées à l'hôpital par les urgences des personnes âgées⁷⁹ est la difficulté pour l'environnement de l'hôpital, et notamment le médecin traitant d'obtenir aisément

⁷⁷ JEANDEL C., VIGOUROUX P., *op.cit.*, p.63

⁷⁸ Annexe XIX : carte de l'offre de soins réalisée par l'élève directeur d'hôpital

⁷⁹ HCAAM, *op.cit.*, p.112

certaines prestations hospitalières tels que expertise, bilan en hôpital de jour, hospitalisation en service aigu ou de moyen séjour. Dans ces conditions, l'intervention des EMG à l'extérieur de l'hôpital constitue une option très intéressante, qu'il s'agisse d'aider le médecin traitant à identifier un besoin d'hospitalisation, en apprécier la modalité, voir si le recours à une hospitalisation avec hébergement est justifié ou la préparer en évitant une admission aux urgences.

D'autres organisations permettent encore d'améliorer l'accessibilité de l'hôpital en dehors des services d'urgence. Par exemple, une permanence téléphonique assurée par roulement sur l'hôpital pour faciliter l'accès aux services aigus au bénéfice des médecins traitants ou des médecins coordonnateurs en EHPAD. Sur le GHEF, en mars 2015, une initiative de ce type avait été expérimentée (site de Meaux) par la création de lignes directes pour les semi-urgences (court séjour gériatrique, médecine interne, cardiologie, pneumologie, neurologie...). Ces dernières avaient été adressées aux 350 médecins de ville du bassin de population afin de faciliter les parcours patient et éviter un passage aux urgences. A noter que l'une des clés du succès de la filière des Ardennes consistait justement en une mise en relation des médecins de ville avec l'hôpital. Un autre exemple à Arras⁸⁰, est celui de GHAT Pro, un annuaire médical numérique mis à jour en temps réel, via une application sur tablettes et Smartphones. Ce programme, distingué fin mai par le prix de la communication des centres hospitaliers de la FHF, permet aux médecins libéraux, et notamment aux généralistes, d'entrer plus facilement en relation avec les praticiens de l'hôpital.

Egalement, le recours à l'HAD en EHPAD, notamment pour prévenir les réhospitalisations ou éviter le recours à l'hôpital exclusivement lié à la fin de vie, connaît une illustration concrète à Jouarre dans le cadre de la fusion. A noter tout de même que le conventionnement avec l'HAD risque, pour le centre hospitalier gériatrique, de télescoper sa prise en charge en USLD, et contribuer encore à une baisse de son taux d'occupation.

Le recours HAD depuis les urgences pour les patients âgés ayant besoin de soins coordonnés et continus a déjà été évoqué, comme ayant fait l'objet d'une période de test sur le site de Marne la Vallée, sans réel succès.

On peut enfin imaginer un recours à l'hôpital de jour gériatrique, pour les patients dont l'état de santé se dégrade subitement et qui peuvent bénéficier dans une même unité de temps et de lieu d'examen cliniques, d'explorations et le cas échéant d'actes

⁸⁰ LANGLOIS G., *A Arras, généralistes et praticiens hospitaliers échangent par un annuaire numérique médical*, lequotidiendumedecin.fr, consulté le 20/07/2018

thérapeutiques. L'avantage réside ici dans le fait que la personne âgée ne se déplace qu'une fois, dans le cadre d'une hospitalisation programmée d'une demi-journée ou d'une journée.

La correction du fort taux d'admission par les urgences constitue pour le GHEF, et les hôpitaux, une première piste d'action, sérieuse, à laquelle il faut adjoindre la facilitation des sorties de l'hôpital, de manière à réduire les séjours hospitaliers inadéquats, les réhospitalisations évitables et les mauvaises passations de relais vers les prises en charges ambulatoires et médico-sociales.

3.2 Dès l'hospitalisation : préparer la sortie de la personne âgée

Il est d'usage de dire que la sortie des personnes âgées doit en effet être impérativement préparée pendant la période d'hospitalisation, que ce soit dans les services d'urgence ou de soins aigus ou dans les services de SSR. Dans cette fonction, l'hôpital a la capacité de réviser son organisation interne afin de désigner un référent au sein du service, susceptible d'être identifié et de répondre aux questions relatives à l'hospitalisation et aux conditions du retour à domicile. Ces conditions doivent également pouvoir être évaluées pour accompagner des retours précoces, notamment pour les prises en charge ambulatoires.

À cet égard, le développement de l'UTGS au sein du GHEF a aussi vocation à assurer cette fonction, dans le lien fonctionnel que l'unité entretient avec les assistantes sociales. Néanmoins, l'UTGS, si elle participe à la réduction des DMS, ne s'occupe aujourd'hui que des séjours longs, ce qui pose la question de la coordination à mettre en œuvre dès le début de l'hospitalisation. Comme le montre l'abaissement de la durée moyenne de séjour, l'hospitalisation est devenue en court séjour une fonction spécialisée, qui nécessite un temps de coordination dès lors que l'on souhaite préparer la sortie au moment même où est prise la décision de placement en hospitalisation.

La préparation du retour à domicile suppose par ailleurs d'ouvrir l'hôpital sur la ville par une collaboration avec les structures de maintien à domicile permettant d'identifier, dès la phase d'hospitalisation, les besoins de la personne et sa capacité à retourner à son domicile, avec le soutien des paramédicaux et du pharmacien de ville désigné par le patient pour la prise en charge et l'assistance médicale à domicile. Le groupe de travail GHEF sur le parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique, a, par la voix de ses partenaires extérieurs, souligné l'importance de cet aspect et les difficultés qui y étaient associées : « Une autre défaillance est identifiée : non prise en compte par

l'hôpital des acteurs du domicile (exemple des gestionnaires de cas). La MAIA est en effet en mesure d'apporter des éléments d'information importants, notamment relatifs à la possibilité du maintien ou non à domicile de la personne âgée hospitalisée. A ce sujet, il est très probable que les professionnels hospitaliers méconnaissent le rôle et la fonction du gestionnaire de cas. Dans le même ordre d'idées, les services à domicile qui contactent l'hôpital éprouvent des difficultés à obtenir de l'information (prendre des nouvelles par exemple) de la part des personnels de l'hôpital. L'hôpital n'a également pas encore le réflexe de prévenir ces mêmes acteurs en l'absence d'un référent identifié pour le domicile. En regard, l'existence d'un référent hospitalier qui disposerait de la connaissance de l'organisation des acteurs du domicile constituerait une valeur ajoutée certaine (correspondance avec le métier de coordonnateur de parcours). Enfin, la capacité de l'hôpital à légitimer la parole de ses partenaires extérieurs est une donnée qu'il reste à travailler tout comme les outils de la communication, à développer chez les uns et les autres »⁸¹.

Pour avancer sur le sujet, un effort paraît ainsi effectivement nécessaire dans la mise en place d'outils d'échange de l'information. Premièrement, par la facilitation de l'accès protocolisé des médecins traitants et des médecins coordinateurs aux informations sur les actes et examens réalisés, les diagnostics portés et les soins reçus lors des passages aux urgences et des hospitalisations, dans une présentation et dans des délais qui en permettent un usage vraiment efficace.

Ce point d'exigence fondamental connaît déjà certains développements hospitaliers. Pour l'exemple, le Centre hospitalier de Mâcon⁸² communique ses informations aux médecins traitants via un accès sécurisé. La faculté de consulter le dossier médical en ligne sécurisé (DOMELIS) de cet établissement est ainsi utilisée par 200 médecins traitants, qui ont ainsi accès aux comptes rendus d'hospitalisation, aux comptes rendus de consultations internes à l'hôpital, aux résultats d'examen de biologie et aux clichés de radiologie y compris ceux transmis par messagerie sécurisée par certains cabinets de radiologie libéraux. Par ailleurs, les médecins traitants peuvent importer certaines données dans leur logiciel médical de gestion de leurs dossiers patients.

Autre exemple, en Ile de France, une plateforme Entr'Actes, constituée sur initiative libérale, a été retenue par l'ARS comme outil numérique déployé sur le e-parcours Nord Essonne. Dans ce cadre, la digitalisation concerne trois axes : améliorer la prise en charge au domicile, éviter les recours par défaut à l'hospitalisation par les urgences et

⁸¹ Cf. compte-rendu de la réunion du groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique » du 22 mai 2018, p.3

⁸² HCAAM, *op.cit.*, p.118

permettre, dans de bonnes conditions d'accompagnement, des sorties d'hospitalisation accompagnées. Deux plateformes qui coexistent, sont proposées aux professionnels de santé. La plateforme de coordination des soins ambulatoires qui a vocation à mettre en relation les médecins traitants, en situation de réponse aux besoins de soins inopinés, avec des professionnels de santé pour une gestion agile des disponibilités ponctuelles et dispersées sur un même territoire. Une autre plateforme, cette fois de coordination des soins primaires, permet de préparer et sécuriser un retour au domicile après hospitalisation, en lien avec les équipes des services d'hospitalisation. L'accès 24/24 par un numéro unique permet quant à lui, de préciser le besoin, les soins nécessaires et attendus ainsi que le délai de prise en charge souhaité. La notification part immédiatement à l'ensemble des professionnels cibles, et le suivi des prises en charge acceptées s'effectue en temps réel.

Préparer la sortie dès l'hospitalisation implique aussi d'identifier dès l'admission et au plus tard à la 48^{ème} heure d'hospitalisation en médecine, chirurgie ou au 7^{ème} jour (en SSR) les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile exigera une adaptation des aides humaines, matérielles, financières et des prises en charge. Et ceux pour lesquels sera indiqué un SSR, une HAD ou un changement de lieu de vie en EHPAD ou en USLD.

Dans ce cadre, il est utile de distinguer, sur la base de la nécessité médicale (d'où l'importance fondamentale de l'évaluation gériatrique), les personnes âgées dont la réorientation ailleurs qu'en MCO doit s'effectuer dès l'admission, de celles déjà hospitalisées en MCO, encore distinguées de celles qui retourneront au domicile.

L'identification de la situation à venir, suppose pour y répondre, qu'une organisation adaptée préalable ait été mise en place : recours à une EMG au sein des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou lits porte dédiés pour une orientation rapide et efficiente hors MCO, connaissance des disponibilités des services d'aval en temps réel lorsque le retour à domicile est soit temporairement, soit définitivement impossible, enfin lien avec les soins primaires et contractualisation avec les EHPAD sur la bonne gestion des entrées et des sorties d'hospitalisation. Le cadre organisationnel ainsi posé, doit ainsi contribuer à réduire les séjours et durées de séjours inadéquats par une meilleure gestion des sorties.

Pour autant, la problématique de l'aval reste souvent entière pour les hôpitaux : pas suffisamment de lits de courts séjours gériatriques, difficulté à placer les patients en SSR ou plus à l'aval encore... Pour y remédier, certains établissements ont acté leurs difficultés spécifiques et ont travaillé à des « sas » de transition personnalisés. Le CHU de

Limoges a par exemple créé une unité d'hébergement temporaire d'urgence médico-sociale, laquelle a vocation à accueillir des patients sortant de SSR (patients stabilisés ayant terminé leur rééducation et dont le retour à domicile ou l'hébergement en EHPAD n'est pas encore possible), des patients stabilisés accueillis dans des lits inadaptés à leur pathologies dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique, et des patients entrant pour une « urgence médico-sociale ». Cette unité facilite également la sortie du service des urgences pour les personnes âgées en attente de retour à domicile, momentanément impossible, et pour une admission en EHPAD.

Dans les Ardennes, le gériatre, coordonnateur de la filière gériatrique, a initié la création de lits SSR pour personnes âgées instables c'est-à-dire des patients avec des pathologies ou des traitements lourds (chimio per os, VAC, transfusions...), accueillis aussi en sortie de réanimation ou d'USIC, refusés par les hôpitaux locaux. Une fois stabilisés, ces patients sont réorientés vers les SSR, cette période de transition ayant permis de fluidifier nettement le court séjour gériatrique.

Mieux anticiper et gérer les sorties suppose enfin une évolution réelle des pratiques, notamment celle du repérage des patients en risque de perte d'autonomie, dans l'ensemble des services hospitaliers. A cet effet, les actions à privilégier consistent en un repérage, au plus tôt après leur admission, des patients âgés fragiles ou en perte d'autonomie et à la prévention de la dépendance nosocomiale induite par l'hospitalisation.

Le repérage s'adresse d'une part aux personnes âgées dont les capacités à l'accomplissement des principaux actes de la vie quotidienne étaient altérées avant l'hospitalisation, d'autre part aux patients fragiles, autonomes avant l'hospitalisation, mais susceptibles de perdre leur autonomie ou leurs réserves fonctionnelles pendant ou à l'issue de l'hospitalisation. D'après les préconisations⁸³, les outils de repérage doivent être communs à l'ensemble de l'établissement, faciles d'utilisation, applicables en un temps réduit (moins de dix minutes) et utilisables par les différents acteurs hospitaliers, à commencer par les aides-soignants.

Pour un exemple concret, on peut citer l'action du Centre Hospitalier de Valenciennes au travers de son axe institutionnel de prévention de la personne âgée hospitalisée⁸⁴. Portée par l'EMG et la commission de coordination gériatrique, cette démarche s'appuie sur le dépistage de la fragilité grâce à la mise en place d'échelles validées TRST (*triage risk screening tool*). Sur les patients concernés de 75 ans et plus, 7 sur 10 sont fragiles. Les

⁸³ HAS, *op.cit.*, 2017, p.2

⁸⁴ DESPREZ A., CANTEGRIT L., GIROUX M. et al, « La perte d'autonomie des patients âgés hospitalisés », *Gestions hospitalières*, n°577, juillet 2018, p.399-402

premiers résultats sont encourageants car la détection permet une modification de la prise en charge avec des points de vigilance concernant l'autonomie mais aussi les risques de complications (confusion, dénutrition, adaptation des traitements...). Il est utile d'indiquer que les services de chirurgie et de médecine se sont engagés dans la démarche.

En outre, afin de réduire le risque de complications postopératoires chez les patients de plus de 75 ans, il est recommandé de procéder à une évaluation gériatrique préopératoire en recourant à l'expertise des EMG ou à des consultations gériatriques. Egalement, le respect des recommandations de bonne pratique doit contribuer à réduire l'incidence des événements indésirables liés aux soins, du risque iatrogénique médicamenteux, des pathologies nosocomiales et de la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation⁸⁵.

En application des référentiels HAS, la conciliation médicamenteuse et l'optimisation diagnostique et thérapeutique à l'admission, pendant et à la sortie de l'établissement, ainsi que le suivi et l'analyse pluriprofessionnelle de l'état d'autonomie des patients s'appuyant sur confrontation des résultats de la mesure de l'autonomie à l'entrée (lors du repérage) et à la sortie de l'unité de soins, peuvent utilement contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital.

En synthèse, des mesures telles que la mise en place d'un numéro d'appel gériatrique, d'une évaluation gériatrique aux urgences *via* une EMG dont le champ d'action va de l'intra à l'extrahospitalier et la systématisation des bonnes pratiques de repérage, peuvent être mises en place, à moyens constants, en procédant aux changements organisationnels adéquats. Par ailleurs, des outils de communication adaptés (annuaire médical, adhésion à une plateforme de coordination) et l'engagement d'un travail collaboratif avec les partenaires extérieurs ont vocation à venir consolider le socle de la coordination des soins.

3.3 Pour le GHEF plus spécifiquement, dans le cadre de la fusion absorption

Le schéma régional de santé (SRS) du PRS Ile de France précise que « l'organisation du parcours de santé des personnes âgées doit s'appuyer sur une offre territorialisée et décloisonnée pour permettre aux usagers d'accéder à une réponse graduée, tenant compte des spécificités liées à l'âge »⁸⁶. Pour ce faire, il est indispensable de fédérer les acteurs d'un même territoire autour d'une feuille de route commune (...) permettant de gagner en lisibilité d'action et de prévenir les ruptures de parcours.

⁸⁵ HAS, *op.cit.*, 2017, p.2

⁸⁶ Schéma régional de santé Ile de France, p.138

Dans ce cadre, le SRS fixe aussi des objectifs ambitieux et variés. Par exemple, la diminution de l'iatrogénie chez les personnes âgées avec une incitation à augmenter la part des interventions pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur dans des délais inférieurs à 48h et à développer les organisations pluridisciplinaires gériatrie/chirurgie.

Par ailleurs, toujours selon le SRS, la prise en compte des spécificités liées à l'âge dans le parcours de soin doit conduire à inventer des circuits valorisant une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. En ce sens, il s'agit d'améliorer l'accès à l'avis gériatrique en ambulatoire (hôpital de jour, consultations) et durant le séjour hospitalier au moyen de filières de soins gériatriques structurées.

Ensuite, de promouvoir des stratégies de repérage et de prise en charge des problématiques gériatriques, à l'entrée (notamment au service des urgences) et à la sortie de l'hôpital, en assurant le lien avec la ville et le secteur médicosocial *via* des outils de communication, de signalement et de suivi. Enfin, d'affirmer le principe de gradation des soins et favoriser les organisations « interfilières » avec d'autres spécialités médicales notamment avec les filières cardiologie, oncologie, chirurgie et psychiatrie.

S'agissant de l'organisation du parcours de santé des personnes âgées, le SRS rappelle qu'en Seine et Marne, certaines structures comme les pôles d'autonomie territoriaux (anciens CLIC ou Centres Locaux d'Informations et de Coordination Gérontologique), l'HAD ou les SSIAD sont portées par les mêmes opérateurs⁸⁷, ce qui autorise une meilleure efficacité et une réponse plus intégrée au service de l'amélioration des parcours.

Des expérimentations lancées par l'ARS Ile de France concernent en parallèle la création de plateformes territoriales d'appui (PTA, à ne pas confondre avec les pôles d'autonomie territoriaux PAT). Actuellement, sur le territoire francilien, il en existe deux, l'une en Val de Marne⁸⁸ et l'autre située dans les Yvelines. Ces structures dont l'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, ont deux missions principales : informer et orienter sur les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire notamment auprès des médecins traitants (typiquement relayer l'information de l'existence d'une filière gériatrique, trouver des interlocuteurs privilégiés pour les parcours, communiquer des numéros dédiés) et contribuer en appui à l'organisation des parcours complexes dont l'organisation des

⁸⁷ Association Centre 77 qui porte le Pôle d'Autonomie Territorial, le SSIAD, l'HAD, les services de soins à domicile

⁸⁸ Information communiquée par le chargé de mission PTA du 94 lors d'un entretien téléphonique

admissions en établissement et des sorties (anticipation au niveau de l'entrée à l'hôpital, sorties hospitalières, échanges et réunions avec les centres hospitaliers...).

Ces PTA qui relèvent de l'ARS auront vocation à intégrer les MAIA, les réseaux de santé, les PAT (...), l'ensemble des structures qui concourent aujourd'hui, en ordre dispersé, à la coordination du parcours, notamment celui des personnes âgées. Ces PTA qui datent de la loi du 26 janvier 2016, sont en cours de constitution pour la plupart d'entre elles. Créées soit *ex-nihilo*, soit par regroupement de réseaux ou de dispositifs de coordination préexistants, les PTA le sont aujourd'hui à l'extérieur d'un ensemble d'acteurs de soins, en l'occurrence les établissements de santé, les établissements médicosociaux ou les maisons de santé. Dans leurs évolutions, les PTA vont d'une part se démultiplier, puis probablement s'orienter vers des démarches plus intégrées au sein des établissements de santé⁸⁹ pour faciliter la coordination de proximité avec les patients.

En termes d'accompagnement, les PTA vont bénéficier d'un plan d'investissement dont l'un des axes prioritaires comporte le développement du numérique entre la ville et les établissements de santé ainsi que l'aide à l'organisation territoriale des soins, afin de favoriser les parcours de santé et le maintien à domicile. De par les échanges avec la PTA du Val de Marne, il a aussi été confirmé qu'un appel à projet de l'ARS Ile de France pour une PTA supplémentaire, devrait voir le jour en 2019. Dans cette perspective, le GHEF pourrait se positionner comme porteur physique du projet et fédérer ainsi autour de lui les acteurs qui gravitent dans sa périphérie (HAD, SSIAD, MAIA...), actuellement sans coordination avérée avec lui.

Le choix d'exercice plus regroupé, sous la forme d'une PTA hospitalière, se pose alors comme une voie simple d'amélioration de la communication, question qui prend un relief particulier pour les personnes âgées en raison de la multiplicité des intervenants. Le rassemblement en un même lieu ouvre en effet la voie à des habitudes informelles de travail en commun et d'échange d'informations et d'expériences. Mais aussi profite à la personne âgée, qui sans être déplacée nécessairement ou durablement, bénéficie d'un éventail de compétences et de services très large.

Dans ce cadre, le premier besoin des acteurs de la coordination des soins se situe à un niveau d'échange et de partage de la donnée. Lors des réunions du groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique », cet aspect a d'ailleurs été

⁸⁹ C'est le pari que je fais, conviction partagée avec ZMIROU O., *Le premier socle technique d'une PTA est une plateforme d'interopérabilité*, interview du DG France Orion Health, 25 juillet 2018, consultable à l'adresse suivante <https://www.youtube.com/watch?v=wzR-VD8g1rI>

pointé comme une nécessité⁹⁰. Dans ce cadre, le GHEF s'inscrit dans une certaine forme d'anticipation puisque la réorganisation de sa direction informatique prévoit l'urbanisation de son système sous l'angle de l'interopérabilité. L'idée est donc bien de communiquer avec le territoire et de permettre des échanges avec les correspondants en ville à partir de Crossway, le dossier de soins informatisé. Le projet se situe cependant à moyenne échéance, le déploiement du dossier patient informatisé sur l'ensemble des sites du GHEF constituant la première priorité. Dans l'immédiat, l'une des actions à initier serait donc d'adhérer à la plateforme de coordination des soins primaires, Entr'Actes, retenue par l'ARS Ile de France dans le cadre du e-parcours, d'inciter à l'utilisation systématique de Trajectoire, même de manière anticipée, dans les services de soins et de l'outil Limo, notamment aux urgences, ce logiciel qui renseigne sur les disponibilités en temps réel des services de MCO et de SSR du GHEF.

Pour inciter à plus de coordination autour de la personne âgée, il pourrait être utile d'intégrer cette dimension dans les documents stratégiques de l'hôpital (projet d'établissement, schéma directeur des systèmes d'information). Egalement, une adaptation de la gouvernance pour mobiliser la communauté hospitalière dans son entièreté sur la question est nécessaire pour parvenir au changement d'organisation souhaité. Concrètement, la mise en place d'une commission gériatrique auprès de la CME et de la direction des soins, avec des référents chargés de relayer ses actions au sein des services de médecine et de chirurgie accueillant des patients de plus de 75 ans, et plus particulièrement dans le cadre d'hospitalisations non programmées.

Elaborer un projet médical de gériatrie, avec une focale sur le centre de coordination qu'est l'EMG, devrait permettre de rendre plus efficaces le séjour hospitalier et le parcours des personnes âgées au sein de l'ensemble des unités de soins. L'évaluation de celui-ci pourrait s'établir sur la base d'indicateurs variés : suivi du nombre de personnes âgées accueillies aux urgences, revue de pertinence des soins pour évaluer les inadéquations à l'admission ou des journées d'hospitalisation, mesure du délai d'allongement de la DMS pour attente de lits d'aval. Ce dernier indicateur permettrait en outre d'attribuer un coût à la poursuite de l'hospitalisation d'attente, à comparer au coût d'une prise en charge de type médico-sociale. Une évaluation qualitative, prenant en compte l'évolution des pratiques, notamment de repérage, aurait aussi toute légitimité à intégrer ce projet médical de gériatrie.

⁹⁰ Cf. comptes rendus des réunions du groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique »

Enfin, s'agissant de l'orientation stratégique à donner à Jouarre au moment de son intégration au GHEF, diverses préconisations peuvent être formulées. A l'échelle du GHEF, et pour que la collaboration devienne optimale, il serait opportun que l'établissement raccroche au Plan Grand Age qui prévoit de faciliter l'organisation des pratiques d'hébergement temporaire en EHPAD⁹¹. Cette solution apparaît adaptée à certaines situations où le maintien à l'hôpital ne se justifie plus mais où le retour à domicile reste provisoirement problématique, elle peut aussi constituer une période d'essai avant l'entrée définitive en établissement. Pour réduire les durées d'hospitalisation et faciliter ainsi le retour à domicile, les personnes âgées qui souhaitent être hébergées temporairement dans un EHPAD après une hospitalisation continueront à payer le même tarif qu'à l'hôpital. Au total, 1000 places seront réservées à ce dispositif pour un montant de 15 millions, financés par l'assurance maladie dès 2019. La mixité des établissements, GHEF / Jouarre s'avère ici très utile puisqu'elle est transverse aux secteurs sanitaire et médico-social, encore faut-il convaincre les acteurs hospitaliers du bien-fondé de la démarche...

Dans le cadre de la fusion, l'appartenance à venir de l'USLD et de l'EHPAD à une filière gériatrique complète, sont des atouts majeurs pour une prise en charge optimisée de la personne âgée accueillie, de même que son accès privilégié à un plateau technique de recours et de proximité associé à des équipes pluridisciplinaires. Dans cette perspective, la filière gériatrique du GHEF demande à être plus structurée encore, à la nouvelle échelle du territoire, mais aussi en lien avec les services de spécialités, en désignant un binôme médico-administratif spécifiquement chargé d'impulser ces évolutions. Le leadership administratif, pour s'affirmer face aux chefs de pôles, nécessite qu'un directeur de grade soit nommé, afin d'apporter la mise en perspective nécessaire à la gestion organisationnelle et économique d'une vraie filière gérontologique de territoire.

Egalement, des prises en charge innovantes pourraient être initiées comme l'EHPAD à domicile, à moyens constants, en s'organisant pour que les équipes de Jouarre puissent exercer leurs missions « hors les murs » de l'hôpital.

Enfin, au regard des données capacitaires, il s'avère que l'offre sanitaire en USLD est la plus faible de la région. La Seine et Marne comporte en effet au total cinq USLD dont deux sont fermées ou en cours de l'être. Bien que cette offre pénurique soit compensée en partie par les EHPAD en grand nombre, l'ARS Ile de France projette deux implantations supplémentaires d'USLD, pour garantir la prise en charge de proximité et

⁹¹ Dépêche APMnews, *Feuille de route « grand âge » : 143 millions d'euros pour accélérer de deux ans la médicalisation des Ehpads*, publiée le 30/05/2018

permettre l'expérimentation d'unités de soins prolongés complexes⁹². Vu les évolutions démographiques prévisionnelles pour la Seine et Marne, il serait pertinent que le GHEF conserve son capacitaire en USLD à Jouarre, et tente des expérimentations⁹³, de même que l'accueil de personnes âgées en provenance directe de ses services d'hospitalisation.

⁹² SRS Ile de France, p.226

⁹³ Annexe XX : compte-rendu du groupe de travail stratégique

Conclusion

Les difficultés auxquelles se heurtent les personnes âgées ou leurs familles révèlent en creux les lacunes du système de santé : le manque de coordination de l'action d'intervenants multiples, sanitaires ou sociaux et le défaut de partage des informations entre acteurs du soin et de la prise en charge à domicile.

Ces lacunes ont pour traduction évidente des hospitalisations inadéquates, et en urgence, l'hôpital restant le lieu de dernier recours pour traiter les situations complexes qui n'ont pu être anticipées ou organisées en amont.

Dans ces conditions, l'hôpital a un rôle fort à jouer en matière de coordination des soins, plus encore depuis la mise en place des GHT et de l'appréciation des parcours à un niveau plus territorialisé. Les coopérations conventionnelles, voire organiques en cas de fusion, constituent une opportunité pour interroger la pertinence des prises en charge de la personne âgée et les stratégies à déployer en la matière.

Néanmoins, un effort considérable d'acculturation et de formation apparaît nécessaire, pour mieux transversaliser les prises en charge et aboutir à un soin gériatrique partout pratiqué, au-delà des seules filières gériatriques.

L'hôpital a enfin tout intérêt à utiliser les voies ouvertes par les pouvoirs publics, et innover en se proposant comme un acteur central de la chaîne du soin et du parcours. Car les besoins d'adaptation nécessaires, s'ils sont spécifiques aux personnes âgées, révèlent aussi et surtout des pistes de réforme qui bénéficieront à tous les âges et à toutes les populations : mieux coordonner la ville et l'hôpital, pour améliorer les soins, tout en soulageant l'hôpital.

Répondre au défi du vieillissement, c'est donc aussi et surtout proposer des solutions à des problèmes plus globaux du système de santé et, ce faisant, améliorer la qualité des prises en charge pour tous.

Bibliographie

Articles de périodiques

DESPREZ A., CANTEGRIT L., GIROUX M. et al, « La perte d'autonomie des patients âgés hospitalisés », *Gestions hospitalières*, n°577, juillet 2018, p.399-402

BEGUIN F., « Les urgences hospitalières confrontées à une surchauffe inhabituelle sur l'ensemble du territoire », *Le Monde*, 17 mars 2018

GAUTHIER J., KISTERMAN JP., CHAPALAIN C. et al, « Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs », *La revue de médecine interne*, vol. 37, août 2016, p.521-528.

HOUDART L., « Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation, l'ambiguïté de "groupe-ment" hospitalier en territoire », *Revue hospitalière de France*, n°563, mars-avril 2015, pp. 50-57

DANTOINE T., VERGER P., « La filière gériatrique du CHU de Limoges », *Techniques hospitalières*, n°754, novembre-décembre 2015, p.68-69

JEANDEL C., VIGOUROUX P., « Comment adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé ? », *Revue hospitalière de France*, n° 559, juillet-août 2014, p. 56-65

MICHALLET M. « Fusion des Etablissements Publics de Santé. De la théorie à la pratique », *Finances Hospitalières*, juin 2013, p.19-22

LAUDE L., LOUAZEL M., « Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013, p.93-106

CALMES G., DEHAINE JB., « Fusion juridique des établissements publics de santé, en 2012 », *Revue hospitalière de France*, n° 544, janvier-février 2012, p.60-63

JEANDEL C., « Expériences hospitalière française et territoires : fondements et modalités », *Gérontologie et société*, vol.33, n°132, 2010, p.145-159

TALANI J., « Groupe Hospitalier Nord Vienne : modernité et innovation », *DH Magazine*, 2017, p.124-137

Etudes, rapports, guides

INSEE Flash, *La population de la Seine-et-Marne à l'horizon 2050. Une population en hausse et vieillissante*, n°21, novembre 2017, 2 p.

HAS, *Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées*, septembre 2017, 54 p.

DREES, *Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030*, n°18, mai 2017, 227 p.

DREES, *Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier*, n°1007, mars 2017, 6 p.

DGOS, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*, 25 p.

INSEE, *Projection de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013*, n°1619, novembre 2016, 4 p.

ATIH, *Analyse de l'activité hospitalière 2016*, 18 p.

DEPARTEMENT DE SEINE ET MARNE, *Schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées 2015-2020*, février 2015, 132 p.

ANAP, « Approche territoriale : filières de soins. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé », décembre 2015, 36 p.

IGAS, *L'évolution des volumes d'activité des établissements de santé : description, déterminants et prévision*, septembre 2013, 92 p.

COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, *La prise en charge hospitalière des personnes âgées*, juillet 2012, 6 p.

IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, mars 2012, 273 p.

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

DGOS, *Rapport 2012-2014 sur les recompositions de l'offre hospitalière*, 55 p.

IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, mars 2011, 121 p.

ATIH, *Viellissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010, focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, 2011, 31 p.

DGOS, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, août 2011, 245 p.

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, « Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française », La Documentation française, 2010, 312 p.

HCAAM, *Viellissement, longévité et assurance maladie*, note adoptée le 22 avril 2010, 126 p.

Rapport final de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008, 102 p.

DREES, *L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030*, n° 4, août 2008, 119 p.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie. 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, avril 2006, 54 p.

HAS, *Revue de pertinence des soins, application aux admissions et aux journées d'hospitalisation*, novembre 2004, 91 p.

Mémoires professionnels

TRIBALLEAU C., *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion : analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne*, mémoire EDH, 2016

LEFEVRE V., *L'organisation de la sortie du patient : facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'optimisation de la performance*, mémoire EDH, 2015

MARLOT E., *Coordination des acteurs de santé autour des personnes âgées en territoire de santé n°5 (Ille et Vilaine) : vers une filière gérontologique ?*, mémoire EDH, 2014

VAN DE VELDE A., *Alternatives à l'hospitalisation d'attente des personnes âgées : quelles solutions pour la fédération interhospitalière gériatrique de l'agglomération rennaise*, mémoire EHESP de Master 2 / Sciences Po Rennes, 2014

FERRIER M., *La prise en charge des personnes âgées dans les services non gériatriques du CHU de Grenoble*, mémoire EDH, 2012

Sources législatives, réglementaires et jurisprudentielles

Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 29 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

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

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, *Plan maladies neurodégénératives 2014-2019*, 2014, 124 p.

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, *Plan Solidarité Grand Age 2007-2012*, 2006, 39 p.

ARS ILE DE FRANCE, *Projet régional de santé 2018-2022*, juillet 2018

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Feuille de route Grand âge et Autonomie*, 30 mai 2018

Sites Internet, ressources en ligne

Dépêche APMnews, *Feuille de route « grand âge » : 143 millions d'euros pour accélérer de deux ans la médicalisation des Ehpad*, publiée le 30/05/2018

Dépêche Hospimédia, *Quels sont les enjeux de l'orthogériatrie*, publiée le 27/06/2018

Dépêche Hospimédia, *L'ARS Ile de France poursuit sa démarche en faveur de la continuité des soins la nuit en Ehpad*, publiée le 23/07/18

Dépêche Hospimédia, *La régulation téléphonique gériatrique réduirait d'un quart les passages inadaptés aux urgences*, publiée le 07/08/2018

Dépêche Hospimédia, *Les transferts aux urgences de résidents d'Ehpad ont chuté de 27% à Vienne en formant les soignants*, publiée le 03/08/2018

LANGLOIS G., *A Arras, généralistes et praticiens hospitaliers échangent par un annuaire numérique médical*, lequotidiendumedecin.fr, consulté le 20/07/2018

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Dossier de presse. Stratégie de transformation du système de santé*, Conférence de presse du 9 mars 2018, consultable à l'adresse suivante :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Lettre de mission à Monsieur Pierre Pribile et au Dr Norbert Nabet*, 9 mars 2018, consultable à l'adresse suivante :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_mission_organisation_territoriale.pdf

ZMIROU O., *Le premier socle technique d'une PTA est une plateforme d'interopérabilité*, interview du DG France Orion Health, 25 juillet 2018, consultable à l'adresse suivante <https://www.youtube.com/watch?v=wzR-VD8g1rl>

HAS, *Hospitalisation des patients âgés - prévenir la dépendance iatrogène*, novembre 2017, consultable à l'adresse suivante :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2804571/fr/hospitalisation-des-patients-ages-prevenir-la-dependance-iatrogene

Ressources locales

Eléments de preuve « Fluidification du patient », UTGS, mai 2018

Contrat du pôle « Gériatrie – SSR » 2018-2022, signé le 12/02/2018

Projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Nord 77, entre le Grand Hôpital de l'Est Francilien et le Centre Hospitalier de Jouarre, validé en CME le 15/02/2018

Compte-rendu de réunions du groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique », avril-mai 2018

Convention constitutive « Filière de soins gériatriques hospitalière », signée entre les directeurs de Jouarre et des centres hospitaliers de Meaux, Marne la Vallée et Coulommiers le 29/06/2015

Liste des annexes

Annexe I : PPT réalisé et présenté par l'élève directeur d'hôpital en CSOS le 5 juillet 2018

Annexe II : nombre, part et évolution des séjours des plus de 75 ans (hors séances)

Annexe III : données PMSI GHEF 2017

Annexe IV : part des plus de 75 ans dans le département de Seine et Marne

Annexe V : situation de la densité médicale et paramédicale en Seine et Marne

Annexe VI : représentation du GHEF en triangulation

Annexe VII : données d'activité du GHEF via Scan santé

Annexe VIII : évolution de l'âge moyen des patients pris en charge sur le GHEF

Annexe IX : part des séjours MCO des patients de plus de 75 ans pris en charge sur le GHEF

Annexe X : modes de prise en charge des patients de plus de 75 ans sur le GHEF

Annexe XI : niveaux de sévérité des patients de plus de 75 ans pris en charge sur le GHEF

Annexe XII : top 10 des groupes de panification des plus de 75 ans sur le GHEF

Annexe XIII : arrêté portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le GHEF

Annexe XIV : liste des entretiens réalisés

Annexe XV : comptes rendus des séances du groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique » (extraits)

Annexe XVI : monographie du Centre Hospitalier de Jouarre réalisée par l'élève directeur

Annexe XVII : PPT Orientation stratégique Jouarre – GHEF présenté par l'élève directeur en groupe de travail stratégie et à la DD ARS Ile de France

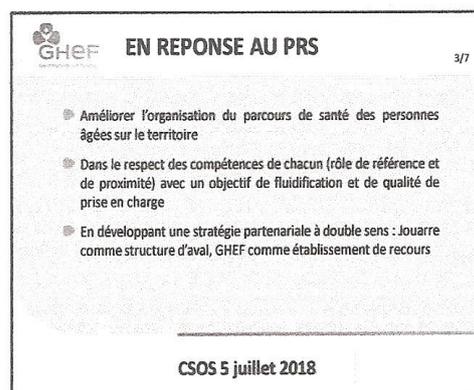
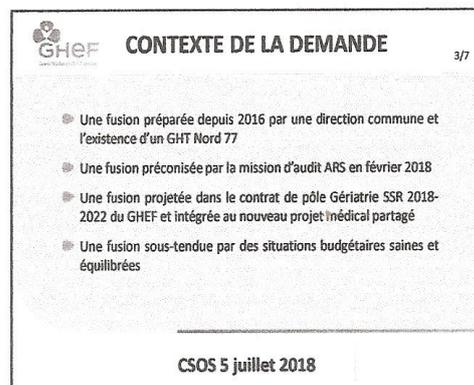
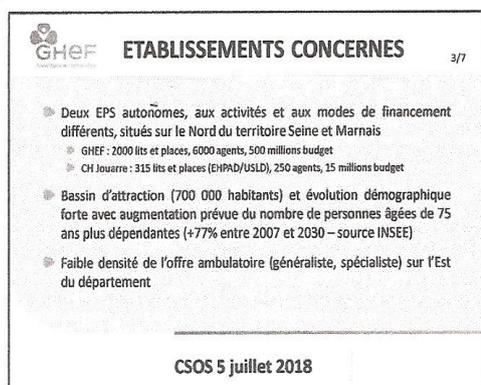
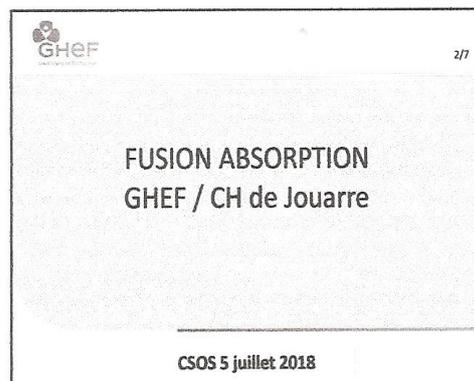
Annexe XVIII : compte-rendu relatif à l'expérience présentée aux médecins du GHEF et de Jouarre par le Dr Ferreira, gériatre, le 15 juin 2018

Annexe XIX : carte de l'offre de soins publics et privés du département de la Seine et Marne (recensant les CH, HAD, SSIAD, USLD, EHPAD...) réalisée par l'élève directeur d'hôpital

Annexe XX : compte-rendu du groupe de travail stratégique 01.06.18

Annexe I

PPT réalisé et présenté par l'élève directeur d'hôpital en CSOS le 05.07.18



Annexe II

Nombre, part et évolutions des séjours hospitaliers nationaux MCO des plus de 75 ans (hors séances)

Années	Nombre de séjours (en milliers)	Evolution nombre de séjours	Part en séjours
2016	3986.56	+1,92%	21.80%
2015	3911.54	+4.09%	21.90%
2014	3757.78	+6.76%	21.40%
2013	3519.84	+3,18%	21.30%
2012	3635.53	-1,50%	21.06%
2011	3690.79	-	23.03%

Source colligée : analyse de l'activité hospitalière ATIH 2011-2016

Annexe III

Données PMSI du GHEF 2017

Hospi_complet_2017_GHEF

Tableaux croisés dynamiques		
	Nombre de RSS (RSS)	Moyenne de la durée de séjour PMSI (jours)
GHEF - GHEF	56 078	5,69
Total	56 078	NA

Hospi_complet_Pole_GHEF_2017

Tableaux croisés dynamiques					
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour PMSI (jours)	Nombre de patients	Âge moyen à l'entrée (années)	
12 - POLE BLOC OPERATOIRE ANESTHESIE & REANIM	2 162	5,40	1 929	64,77	
13 - POLE FEMME ET ENFANT	22 524	3,48	19 409	13,69	
14 - POLE GERIATRIE SSR	1 880	13,54	1 631	86,13	
16 - POLE ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE URO ORL STO	7 761	4,80	5 760	57,59	
17 - POLE ONCOCHIRURGIE PULMONAIRE CARDIOMETTA	8 493	4,50	6 152	66,74	
18 - POLE ONCOHEMATOLOGIE MEDECINE	6 546	7,95	4 768	66,82	
21 - POLE TETE ET LOCOMOTEUR	4 814	6,30	4 255	62,25	
22 - POLE URGENCES	7 197	1,54	6 154	65,62	
Total	NA	NA	50 058	NA	

Hospi_complet_Patients_75+_GHEF

Tableaux croisés dynamiques				
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour PMSI (jours)	Nombre de patients	Âge moyen à l'entrée (années)
GHEF - GHEF	12 001	6,63	7 615	84,29
Total	NA	NA	7 615	NA

Hospi_complet_Patients_75+_pole

Tableaux croisés dynamiques					
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour PMSI (jours)	Nombre de patients	Âge moyen à l'entrée (années)	
12 - POLE BLOC OPERATOIRE ANESTHESIE & REANIM	703	5,79	643	82,93	
13 - POLE FEMME ET ENFANT	89	3,96	68	81,75	
14 - POLE GERIATRIE SSR	1 802	13,59	1 558	86,79	
16 - POLE ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE URO ORL STO	1 659	5,86	1 206	82,77	
17 - POLE ONCOCHIRURGIE PULMONAIRE CARDIOMETTA	2 941	5,22	2 010	82,95	
18 - POLE ONCOHEMATOLOGIE MEDECINE	2 670	9,60	1 961	84,20	
21 - POLE TETE ET LOCOMOTEUR	1 645	8,72	1 441	84,41	
22 - POLE URGENCES	3 082	1,82	2 560	85,56	
Total	NA	NA	11 447	NA	

Passages_urg_hosp_1_GHEF_2017

Tableaux croisés dynamiques				
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour (jours)	Nombre de patients	Age moyen à l'entrée (années)
GHEF - GHEF	29 329	4,20	24 534	47,40
Total	NA	NA	NA	NA

Passages_urg_Pôles_2017

Tableaux croisés dynamiques					
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour (jours)	Nombre de patients	Age moyen à l'entrée (années)	Age moyen à l'entrée (années)
12 - POLE BLOC OPERATOIRE ANESTHESIE & REANIM	801		5,15	750	61,27
13 - POLE FEMME ET ENFANT	11 001		3,32	9 687	19,01
14 - POLE GERIATRIE SSR	642		12,84	586	86,32
16 - POLE ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE URO ORL STO	2 500		4,89	2 270	53,73
17 - POLE ONCOCHIRURGIE PULMONAIRE CARDIOMETA	1 744		6,15	1 609	67,52
18 - POLE ONCOHEMATOLOGIE MEDICINE	2 876		8,83	2 504	67,42
21 - POLE TETE ET LOCOMOTEUR	2 633		5,83	2 472	62,79
22 - POLE URGENCES	7 132		1,49	6 103	65,23
Total	NA	NA	NA	25 981	NA

Passages_urg_hosp_75+_GHEF_2017

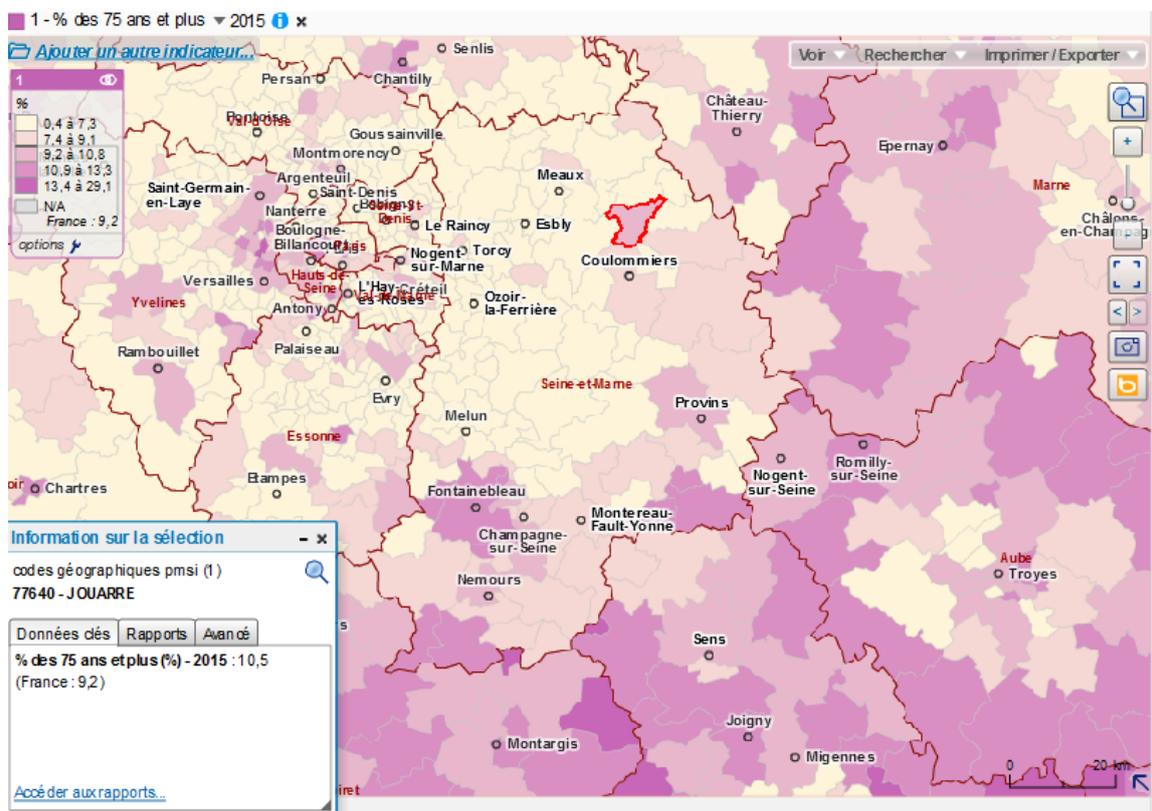
Tableaux croisés dynamiques					
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour (jours)	Nombre de patients	Age moyen à l'entrée (années)	Age moyen à l'entrée (années)
GHEF - GHEF	7 395	6,09	5 660	85,18	85,18
Total	NA	NA	NA	NA	NA

Passage_urg_hosp_75+_Pôle_2017

Tableaux croisés dynamiques					
	Nombre de RSS (RSS)	Durée moyenne de séjour (jours)	Nombre de patients	Age moyen à l'entrée (années)	Age moyen à l'entrée (années)
12 - POLE BLOC OPERATOIRE ANESTHESIE & REANIM	226		6,37	215	83,04
13 - POLE FEMME ET ENFANT	13		4,85	10	82,85
14 - POLE GERIATRIE SSR	628		12,95	572	86,65
16 - POLE ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE URO ORL STO	517		6,40	463	83,86
17 - POLE ONCOCHIRURGIE PULMONAIRE CARDIOMETA	711		7,26	654	84,23
18 - POLE ONCOHEMATOLOGIE MEDICINE	1 258		10,80	1 091	84,98
21 - POLE TETE ET LOCOMOTEUR	987		8,03	922	85,20
22 - POLE URGENCES	3 055		1,77	2 537	85,56
Total	NA	NA	NA	6 464	NA

Annexe IV

Annexe IV : part des plus de 75 ans dans le département de Seine et Marne



Source Scan santé - cartographie consommation/production - % des plus de 75 ans

En 2015, la part des plus de 75 ans représentait 10.5% de la population de Jouarre (surligné), 8.3% de celle de Coulommiers, 5.7% de celle de Meaux, limitrophe de la commune de Varrèdes (7.4%) et 2.3% de celle de Marne la Vallée, l'ensemble étant à comparer à la valeur de référence nationale soit 9.2%

Annexe V

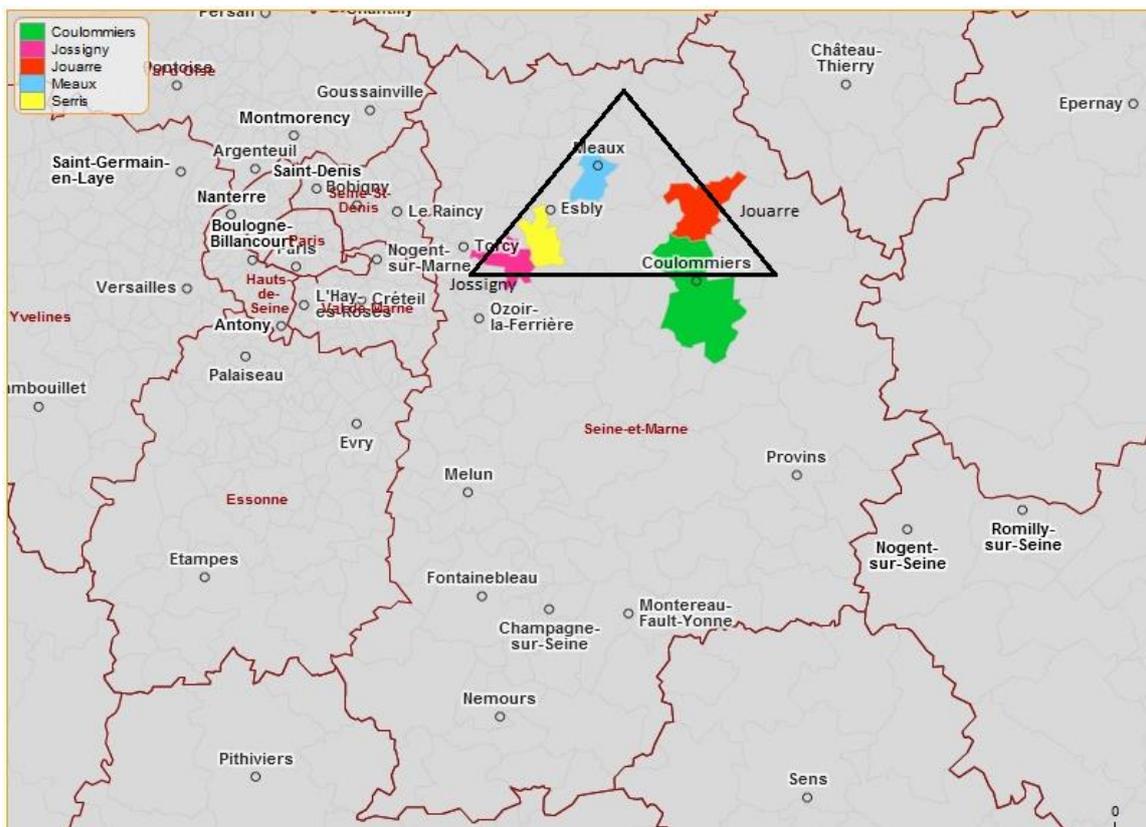
Situation de la densité médicale et paramédicale en Seine et Marne

(source : Cartosanté 2015)

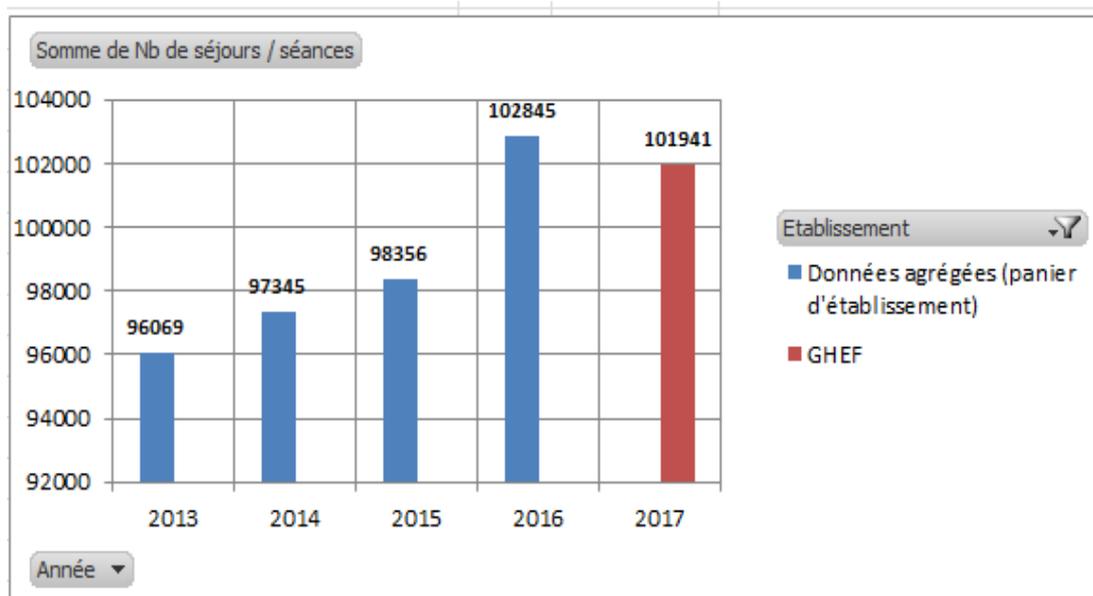
Fonction	% pour 1000 hbts	% France pour 1000 hbts
Médecin généraliste	6,8	9,1
IDE	7,7	9,9
MK	6	5,3
Dentiste	4	5,3
Orthophoniste	19,1	29,2

Annexe VI

Représentation en triangulation du GHEF

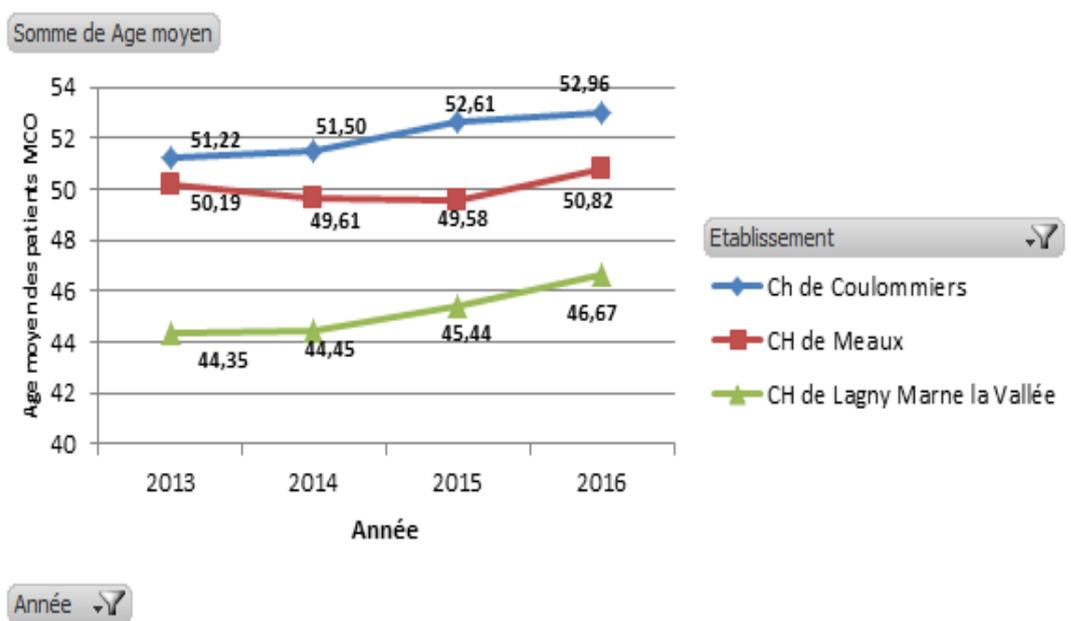


Annexe VII
Données d'activité 2013-2017 du GHEF via Scan Santé



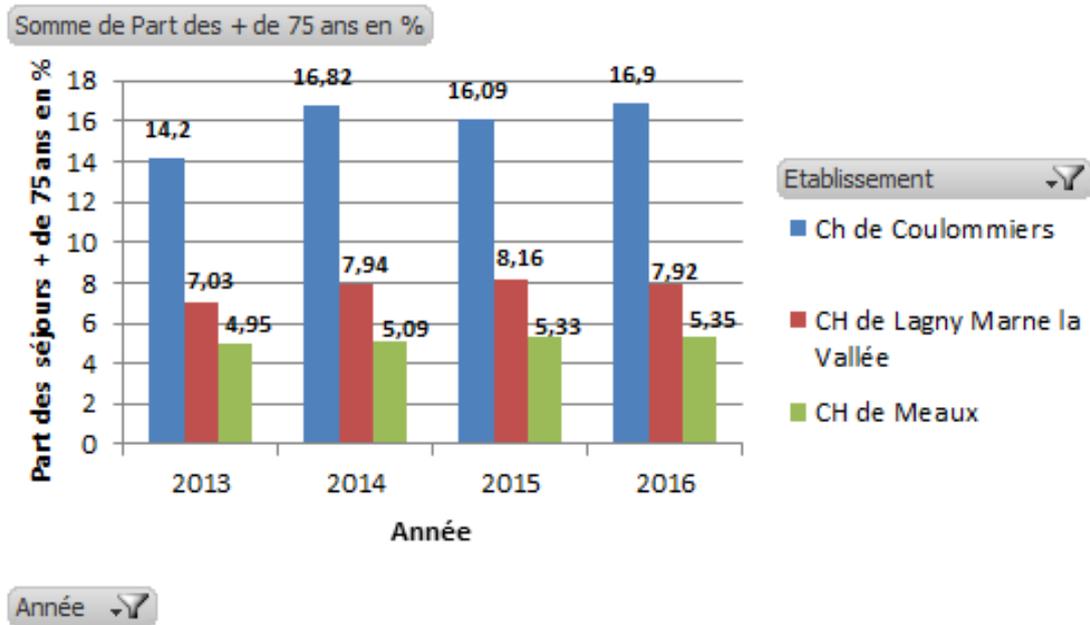
Annexe VIII

Evolution de l'âge moyen des patients pris en charge sur le GHEF



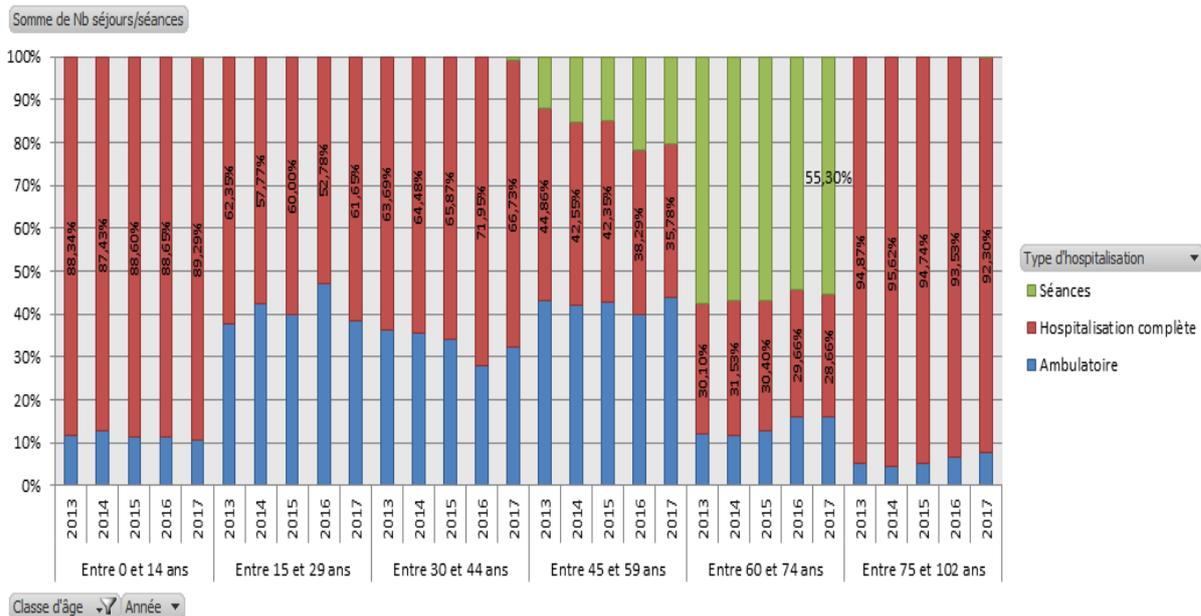
Annexe IX

Part des séjours MCO des patients de plus de 75 ans pris en charge sur le GHEF



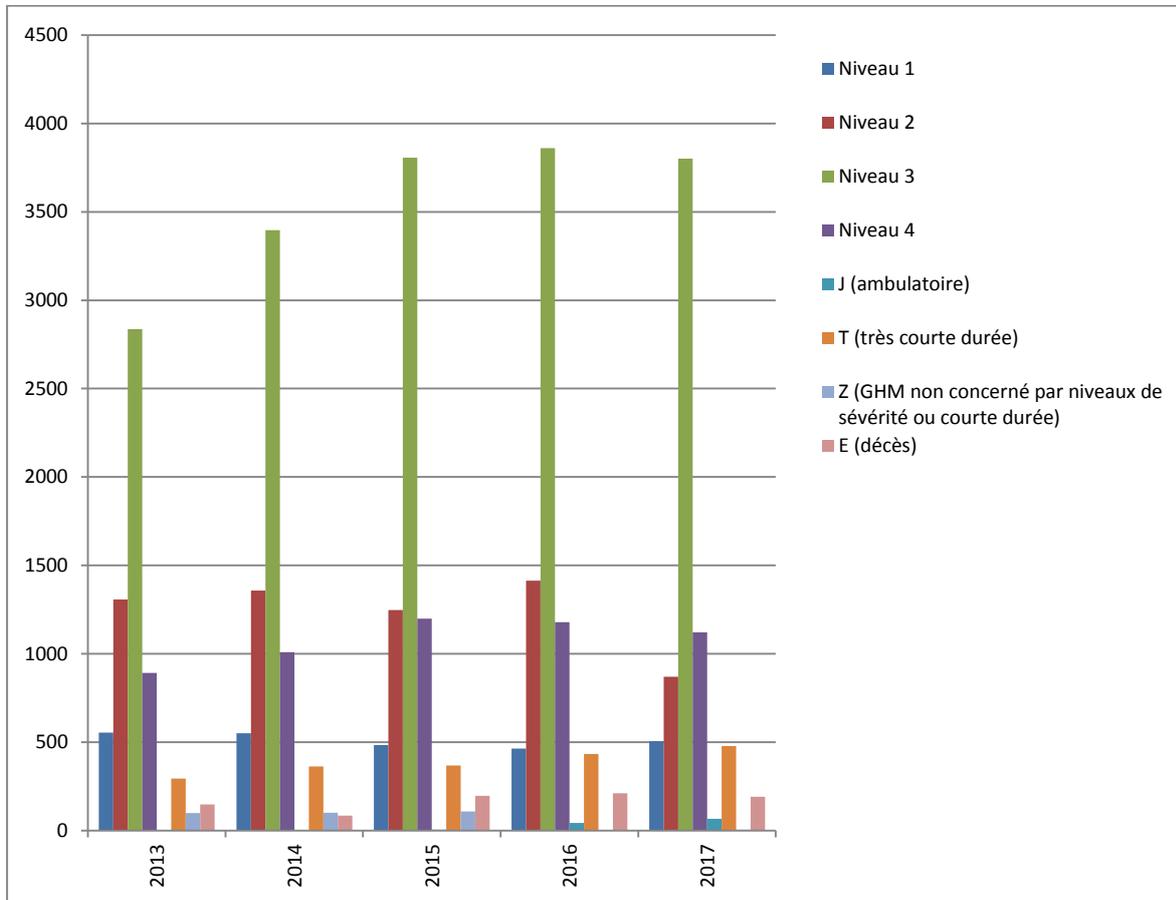
Annexe X

Modes de prise en charge des patients de plus de 75 ans sur le GHEF



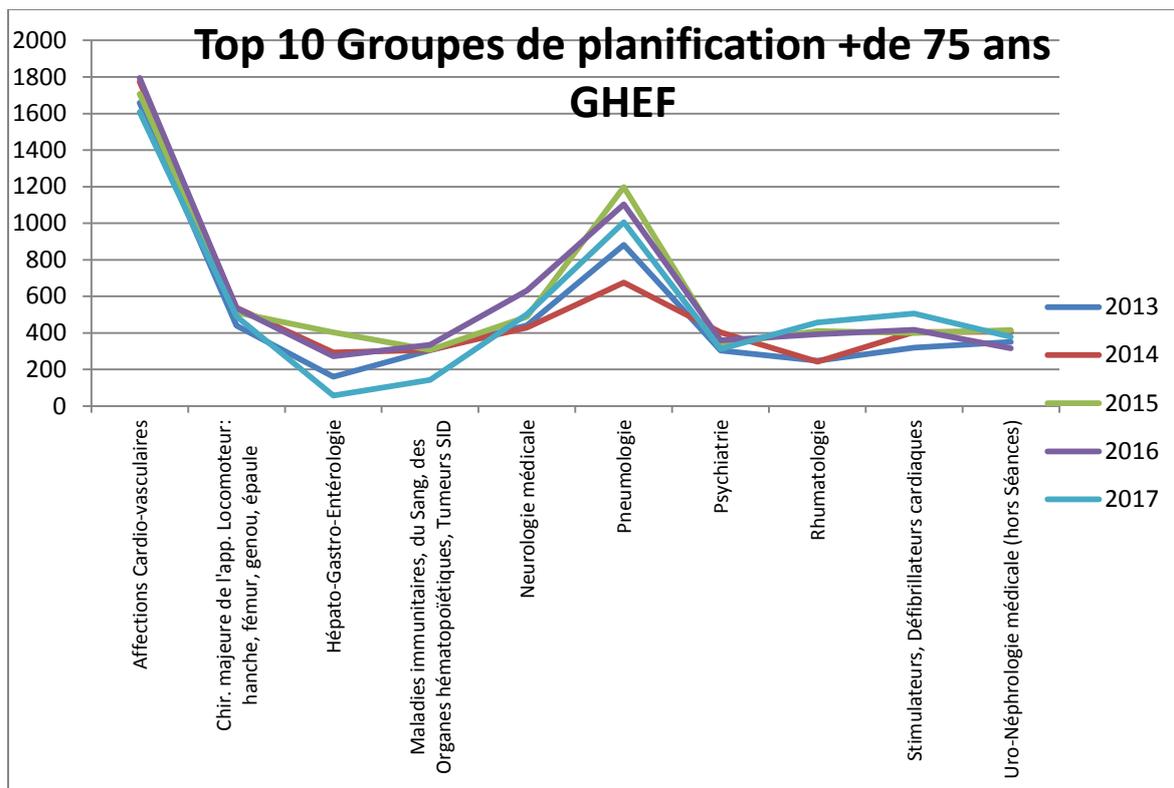
Annexe XI

Niveaux de sévérité des patients de plus de 75 ans pris en charge sur le GHEF



Annexe XII

Top 10 des groupes de planification des plus de 75 ans sur le GHEF



Annexe XIII

Arrêté portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le GHEF



AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

ARRETE N° DOS/2018 - 1727

Portant fusion par absorption du Centre Hospitalier de Jouarre par le Grand Hôpital de l'Est Francilien

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

- VU le code de la santé publique et, notamment, les articles L.6141-1, L.6141-7-1 et R.6141-11 ;
- VU l'arrêté n° 2012-577 du 21 décembre 2012 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif à l'adoption du projet régional de santé d'Ile-de-France, modifié par l'arrêté n°2013-081 du 25 février 2013 dans son volet hospitalier, révisé par l'arrêté n°15-077 du 11 mars 2015 dans sa partie hospitalière ;
- VU le décret du 1^{er} juillet 2015 portant nomination du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France ;
- VU les délibérations du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Jouarre en date du 13 mars 2018 et du Conseil de surveillance du Grand Hôpital de l'Est Francilien en date du 16 février 2018 ;
- VU les avis de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Jouarre en date du 9 mars 2018 et du Grand Hôpital de l'Est Francilien en date du 15 février 2018 ;
- VU les avis du Comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Jouarre en date du 13 mars 2018 et du Comité technique d'établissement du Grand Hôpital de l'Est Francilien en date du 15 février 2018 ;
- VU la délibération du Conseil municipal de la Ville de Meaux en date du 13 avril 2018 ;
- VU l'information du Comité stratégique du GHT Nord 77 en date du 24 mai 2018 ;
- VU la consultation de la commission spécialisée de l'organisation des soins en date du 5 juillet 2018 ;

CONSIDERANT la compatibilité du projet de fusion entre le Centre Hospitalier de Jouarre et le Grand Hôpital de l'Est Francilien avec les orientations du Schéma régional de l'organisation des soins du projet régional de santé d'Ile-de-France ;

CONSIDERANT que cette opération de fusion s'appuie sur un projet médical commun dans le but d'une meilleure complémentarité entre les équipes médicales, d'une optimisation de l'offre gériatrique sur le territoire et de la fluidification du parcours de soins du patient ; que cette fusion permet également de développer l'attractivité du recrutement des personnels médicaux et non médicaux et de répondre à la nécessité d'ouverture du Centre Hospitalier de Jouarre sur son territoire ;

—
—
—

Annexe XIV

Liste des entretiens réalisés

- Structure Régionale d'Appui à la qualité et à la sécurité des soins en Ile de France (STARAQS) : rencontre le 05.03.18 (élève directeur d'hôpital, ingénieur qualité GHEF, gestionnaire des risques GHEF, Dr Bonfait, Directeur médical de la STARAQS, Mme Stachowiak, Coordinatrice de la STARAQS)
- Nicolas PRUVOT, Coordonnateur général des soins du GHEF : 14.02.18
- Sylvie Brouillard, Cadre de pôle SAU GHEF : 23.02.18
- Gisèle CAGNON, Cadre du pôle gériatrie GHEF : 29.01.18
- Dr Pascale JOLLY, Chef du pôle gériatrie GHEF : 29.01.18
- Elisabeth HABON, FF Directeur des soins sur Jouarre : 25.01.18
- Mme Favreau-Joigny, Cadre de santé du Court Séjour Gériatrique (site Marne la Vallée) et référent qualité du pôle : 27.02.18
- Dr Vouriot, médecin Court Séjour Gériatrique (site Marne la Vallée) et référent médical qualité du pôle : 27.02.18
- M. Martin, psychologue EMG : 28.02.2018
- Valérie ROBER, Ingénieur en organisation : 19.02.18 et 09.08.18
- Claude PLANQUETTE, Directeur de l'association Centre 77 : 23.02.18
- Sophie SURGET, Responsable MAIA 77 : 22.02.18
- Christine Soumare, Coordinatrice HAD et SSIAD Association Centre 77 : 23.02.18
- Fiorella DEPREZ, Coordinatrice aide à domicile Association Centre 77 : 23.02.18
- Aline Guillot, Responsable du Pôle Autonomie Territorial Coulommiers : 05.04.18

Annexe XV

Comptes rendus des séances du groupe de travail « Parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique » (extraits)



%Titre de la réunion

(Informations reprises par le logiciel – Ne pas remplir)%

Date	Mercredi 25 Avril 2018	Lieu	Salle du Conseil de surveillance - CHJ
Durée	1h30 (14h00 – 15h30)	Service Organisateur	QGDRDD
Secrétaire de séance	Peggy VUILLIN		
Ordre du jour	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validation du CR de la réunion du 6 avril 2018 2. Présentation des échelles de fréquence et de gravité 3. Identification des risques par blocs 4. Divers 		

Liste des documents	Présenté ou remis en séance	Joint au CR
Diaporama : « projet cartographie »	Présenté	Oui

Participants :

Nom Prénom	Fonction /Service / Site	Invité	Présent	Diffusion
Sandrine Biou	Responsable qualité gestion des risques	X	X	X
Sylvie Brouillard	Cadre de pôle SAU	X	Absente	X
Pascal Jolly	Chef de pôle gériatrie	X	Excusée	X
Jean Philippe Chiron	Chargé de mission cartographie	X	X	X
Gisèle Cagnon	Cadre de pôle gériatrie	X	Excusée	X
Peggy Vuillin	Elève directeur d'hôpital	X	X	X
Cécile Favreau Joigny	Cadre de santé CSG MLV	X	Excusée	X
Fiorella Deprez	Association Centre 77	X	Excusée	X
Claude Planquette	Association Centre 77	X	X	X
Christine Soumare	Association Centre 77	X	X	X
Sophie Surget	Maia 77	X	X	X
Aline Guillot	Pôle d'Autonomie Territorial CLM	X	Excusée	X
Johanna Vouriot	Médecin CSG MLV	X	Absente	X
Elisabeth Habon	Coordnatrice des Soins CH Jouarre	X	X	X
Christian Martin	Psychologue EMG	X	Excusé	X
Nicolas Pruvot	Coordonnateur général des Soins	X	Excusé	X
Marie Ange Perulli	Coordonnateur pôle QGDRDD			X

1. Validation du CR de la réunion du 6 avril 2018

Modification du CR concernant le rattachement tutélaire du Pôle d'Autonomie Territorial : il s'agit du Conseil Départemental et non de l'ARS.

2. Présentation des échelles de fréquence et de gravité

Les échelles à utiliser pour coter les risques et les dangers sont les échelles de la STARAQS (structure régionale d'appui à la qualité), outil Cartogriffes. Ces échelles de fréquence et de gravité font l'objet d'une présentation aux membres du groupe afin qu'elles soient partagées par tous.

Echelles de fréquence :

- Très improbable : moins d'une fois par an
- Très peu probable : entre une fois par an et une fois par semestre
- Peu probable : entre une fois par semaine et une fois par mois
- Possible / probable : entre une fois par mois et une fois par semaine
- Très probable à certain : plus d'une fois par semaine

Les échelles de fréquence appellent peu de remarques (échelles par ailleurs utilisées pour les événements indésirables).

Echelles de gravité (G1 à G5) :

- Mineure – G1 : incident qui ne présente que peu ou pas d'impact (sur le système, sur le patient)
- Significative et majeure – G2 et G3 : incident qui touche à l'organisation et à l'efficacité du système (retard, décalage de prise en charge, pertinence du parcours)
- Critique et catastrophique – G4 et G5 : incident qui touche à la sécurité, à l'échec de prise en charge voire au décès potentiel (exemple de la personne âgée qui reste des heures sur un brancard aux urgences, qui décède)

Un tableau de correspondance est présenté pour les échelles de gravité.

- G1 : conséquences mineures sans préjudice → retard simple
- G2 : incident avec préjudice temporaire → retard avec désorganisation de la prise en charge
- G3 : incident avec impact → report, prolongation de l'hospitalisation, transfert non prévu en réa
- G4 : conséquences graves → réintervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente
- G5 : conséquences très graves → invalidité permanente, séquelles graves, décès

Pour les membres du groupe, certaines correspondances apparaissent incohérentes. Le transfert non prévu en réanimation situé en G3, mériterait un niveau de criticité plus important. Ce tableau de correspondance des vraisemblances ne peut faire l'objet d'aménagements et/ou réajustement car il s'agit de la base utilisée pour l'outil Cartogriffes.

Néanmoins, les exemples d'application proposés ensuite pourront être débattus / discutés sur le plan de la correspondance. Le défaut de traçabilité proposé en G1 interroge les membres du groupe : conséquences variables d'une absence de traçabilité, gravité potentielle qui incite néanmoins à un positionnement en G2 au minimum → situation du risque en G2 validé par le groupe.

Le niveau G4 (exemple de la réhospitalisation) : niveau qui pourrait intégrer le transfert non prévu en réanimation déjà cité, risque par ailleurs évocateur d'une réalité fréquemment observée par le SSIAD 77 (patient de retour à domicile insuffisamment stabilisé qui retourne à l'hôpital).

Le niveau G5 intègre les propositions suivantes : augmentation des démarches en contentieux, échec de la sécurité du parcours, échec de la prise en charge du patient (décès, conséquences

cliniques irréversibles). A ce niveau, la médiatisation est évoquée comme un risque à ajouter, suffisamment important pour ne pas être occulté. La question est de savoir si le niveau G5 est adapté. Le sujet n'est pas perçu de la même manière par la cellule qualité en raison de cas médiatisés pour lesquels la prise en charge restait adaptée. In fine, le groupe acte un risque de médiatisation en niveau G5.

3. Identification des risques par blocs

3.1. P1B1 : Pré-accueil

Le bloc pré-accueil comporte 3 items :

- préadmissions
- échange de données
- motif de prise en charge

La préadmission renvoie à la phase qui précède celle de l'hôpital. C'est par exemple un échange téléphonique entre un médecin généraliste et un médecin spécialiste.

Pour le bloc de préadmissions, une **première défaillance** est identifiée : **l'absence de contact**. Les **causes proposées** par le groupe pour cette défaillance : filtrage, on ne sait pas qui on doit appeler, un interlocuteur unique absent, non joignable, méconnaissance des correspondants et des structures (exemple du médecin généraliste qui doit adresser une personne Alzheimer et qui ne dispose pas de tous les éléments relatifs à l'offre de soins).

Une **deuxième défaillance** est identifiée : **informations incomplètes ou erronées**. Les **causes proposées** par le groupe pour cette défaillance : mauvaise connaissance de l'outil Trajectoire, absence d'identifiants pour se connecter, éléments médicaux et sociaux scindés de la fiche Trajectoire, éléments non transmis par méconnaissance de l'importance des données à fournir.

Une **troisième défaillance** est identifiée : **absence de fiche de liaison**, entendue comme le moyen d'un échange de données entre le service orienteur et le service récepteur. Les **causes proposées** par le groupe pour cette défaillance : méconnaissance du document, document rempli partiellement.

La MAIA a élaboré un outil unique, partagé sur le territoire, travaillé transversalement entre le sanitaire, le social et le médico-social. Cet outil dénommé **FAMO** (formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation) est utilisé pour l'orientation des personnes vers les services adéquats (SSIAD vers HAD, HAD vers hôpital par exemple). Il s'agit d'un repérage d'alerte sur 5 items (médical, social, aides en place...) lequel conduit à objectiver une situation en vue d'une orientation précise. Distribué par la MAIA, le FAMO sera bientôt disponible sur le portail de la MAIA. Au titre des perspectives, des indicateurs de parcours pourraient lui être associés, et son contenu injecté dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).

Le FAMO en cours d'informatisation, ne gage cependant pas que la personne soit incluse dans un parcours. Se pose d'ailleurs la question de sa portabilité en ce qui concerne les personnes âgées transitant par les urgences. Il est à noter que la MAIA procède en parallèle à une recherche téléphonique de service pour éviter le passage aux urgences, le FAMO ayant une vocation stricte d'orientation. Par ailleurs, le support à utiliser doit-il

être le même selon que la personne âgée est incluse ou non dans un parcours (l'inscription dans le parcours suppose une préadmission et non un passage aux urgences).

Le **SSIAD 77 utilise une fiche de liaison différente**, en interservices (travail initié entre SSIAD et médecine notamment), synthétisant les éléments pour une prise en charge rapide. Cette fiche de liaison présente cependant certaines limites, notamment la perte d'informations en cas de réadressage.

Une **quatrième défaillance** est identifiée : **parcours inadapté malgré une orientation pertinente** (le FAMO identifie un service et celui-ci est complet, pas de place en SSIAD, une orientation prévue en médecine et une affectation finale en chirurgie par manque de places). Les **causes proposées** par le groupe pour cette défaillance : manque de places et de ressources, freins à l'orientation en raison du profil des patients.

Des solutions alternatives existent pour éviter la rupture de parcours : programmé/déprogrammé à l'hôpital, le recours à l'IDE en libéral lorsque le SSIAD est complet, la diversification des prises en charge SSIAD (SSIAD renforcé pour pallier à la pénurie d'aïdants).

4. Divers

S'agissant du passage aux urgences, l'organisation de la psychiatrie de liaison est relevée comme un modèle qui fonctionne. La prise en charge des personnes âgées aux urgences devrait pouvoir s'inspirer de ce modèle d'organisation. Le passage aux urgences des personnes âgées, ainsi que la réhospitalisation, sont analysées comme une conséquence d'un pré-accueil qui ne se fait pas.

La MAIA évoque par ailleurs une absence de données consultables sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences. La consultation du site Scan santé (données en accès libre) permet d'investiguer le recours aux urgences par les personnes âgées, par établissement, par groupe de planification (grandes pathologies) et les orientations en transfert (MCO, SSR, HAD).

Action(s) à réaliser :

Action(s)	Responsable(s)	Echéance(s)
Consulter les blocs du processus pour mise en relation avec les risques	Groupe	Fin mai

Prochaine réunion :

Date	22 mai 2018
Durée	14h00 – 15h30
Lieu	Salle du Conseil de surveillance, CHJ
Service Organisateur	QGDRDD
Points à aborder	

Date	Mardi 22 mai 2018	Lieu	Salle du Conseil de surveillance - CHJ
Durée	1h30 (14h00 – 15h30)	Service Organisateur	QGDRDD
Secrétaire de séance	Peggy VUILLIN		
Ordre du jour	<ol style="list-style-type: none"> <u>1. Maquettage du processus via Cartogrifres</u> <u>2. Poursuite de l'identification des dangers spécifiques au système étudié</u> 		

Liste des documents	Présenté ou remis en séance	Joint au CR
Diaporama : « projet cartographie »	Présenté	Oui

Participants :

Nom Prénom	Fonction /Service / Site	Invité	Présent	Diffusion
Sandrine Biou	Responsable qualité gestion des risques	X	Excusée	X
Sylvie Brouillard	Cadre de pôle SAU	X	Absente	X
Pascale Jolly	Chef de pôle gériatrie	X	X	X
Jean Philippe Chiron	Chargé de mission cartographie	X	X	X
Gisèle Cagnon	Cadre de pôle gériatrie	X	X	X
Peggy Vuillin	Elève directeur d'hôpital	X	X	X
Cécile Favreau Joigny	Cadre de santé CSG MLV	X	Absente	X
Fiorella Deprez	Association Centre 77	X	X	X
Claude Planquette	Association Centre 77	X	Excusé	X
Christine Soumare	Association Centre 77	X	X	X
Sophie Surget	Maia 77	X	X	X
Aline Guillot	Pôle d'Autonomie Territorial CLM	X	X	X
Johanna Vouriot	Médecin CSG MLV	X	Absente	X
Elisabeth Habon	Coordinatrice des Soins CH Jouarre	X	X	X
Christian Martin	Psychologue EMG	X	Excusé	X
Nicolas Pruvot	Coordonnateur général des Soins	X	X	X
Marie Ange Perulli	Coordonnateur pôle QGDRDD			X

5. Maquettage du processus via Cartogrifres

L'aspect général de la cartographie du processus est présenté aux membres du groupe de travail. Celle-ci prend la forme d'un travail en colonnes, elles-mêmes composées de blocs, à ouvrir pour en visualiser la gravité et la criticité.

6. Poursuite de l'identification des dangers spécifiques au système étudié

L'identification des risques s'effectue par blocs. Chaque bloc comporte différentes étapes, chaque étape accueille une répartition des défaillances relevées par le groupe de travail lors de la dernière séance ainsi que des propositions de défaillances suggérées par le service qualité.

1/ Bloc pré-accueil

Le bloc pré-accueil comporte 3 étapes : préadmission, échange de données et motif de prise en charge.

Etape de préadmission

L'étape de préadmission (adresseur vers l'hôpital, phase amont avant que le patient n'arrive à l'hôpital) concentre les **défaillances suivantes : manque d'information ; organisation non définie, méconnue ou non conforme ; admissions directes non prévues** (via les urgences). L'astreinte gériatrique de journée GHEF avec numéros différenciés selon les sites devrait contribuer à limiter en partie ces défaillances.

Etape échange de données

Cette étape comporte 7 défaillances. La **défaillance « conciliation médicamenteuse »** pose question dans son libellé. D'après le Dr Jolly, il s'agirait plutôt de l'absence de renseignements concernant les traitements habituels (définition de la conciliation médicamenteuse à vérifier).

La **défaillance « perte d'information »** interpelle également le groupe : à ce stade, les documents sont-ils déjà perdus ? Effectivement, soit les documents n'existent pas, soit l'ambulancier ne les remet pas, soit l'ambulance passe avant et ils sont remis à la personne âgée, oubliés dans un sac... En fréquence, la perte d'information apparaît être une défaillance importante, restant à coter sur le plan de la criticité.

La **question de l'adhésion du patient ou non** à l'occasion de l'échange de données ainsi que le **défaut d'information** sont évoqués. En contre point est aussi avancée la **« sociologie » de la personne âgée** qui refuse souvent l'hospitalisation ainsi annoncée.

Etape motif de prise en charge

Cette étape renvoie à la phase de la décision d'hospitalisation, et *in fine* aux **motifs de non prise en charge**. Quelles raisons motivent un refus de prise en charge : absence de droits sociaux (difficile à évoquer), **absence de place**... Concernant l'absence de place dans le service, la direction des soins indique qu'il s'agit d'une cause et non d'une défaillance, la fréquence du refus d'admission étant plus limitée depuis la mise en place de lits tampons dans le cadre de « hôpital sous tension ».

La **déprogrammation** se produit malgré tout et **l'hospitalisation s'effectue parfois dans un service d'affectation qui ne correspond pas au profil du patient** (exemple d'une affectation en pneumo car le service de gériatrie est complet). Les lits portes font aussi office de soupape de sécurité, sur les sites du GHEF qui en disposent.

Une défaillance supplémentaire est ainsi identifiée : le **placement d'un patient dans un service qui n'est pas adapté**.

2/ Bloc accueil et évaluation initiale

Le bloc accueil et évaluation initiale comporte 3 étapes : démarches administratives, recueil des besoins médico-psychosociaux et analyse multidimensionnelle.

Démarches administratives

A cette étape, le patient arrive à l'hôpital, c'est le premier contact avec l'institution.

Les **défaillances identifiées à cette étape sont nombreuses** :

- identification impossible : en raison de troubles cognitifs, en l'absence de papiers d'identité
- méconnaissance des droits au sens de couverture sociale avec risque financier associé (difficulté de recouvrement)
- absence de personne référente ou de confiance
- absence de directives anticipées
- méconnaissance d'une mesure de protection
- pas de coordonnées de contacts des aidants, des professionnels et/ou des familles
- erreur de patient : lié à une homonymie et perte d'information médicale comme conséquence
- usurpation d'identité plutôt aux urgences : concerne des populations spécifiques, peut entraîner des erreurs de prise en charge
- pas d'accès à certaines infos sensibles (BHR par exemple)

La MAIA distingue 2 parcours : l'arrivée aux urgences, et l'arrivée hors urgences. Hormis l'usurpation d'identité, le listing des défaillances semble cependant valoir pour les 2 cas de figure.

Recueil des besoins médico-psychosociaux

La 1^{ère} défaillance identifiée à cette étape : **l'absence de recueil des besoins médico-psychosociaux**. Les 1^{ères} causes listées par le groupe sont les suivantes : **refus du patient, troubles cognitifs, absence de feuille de liaison**.

Le recueil des besoins médico-psychosociaux apparaît difficile à réaliser aux urgences, il semble préférable de recourir aux équipes mobiles de gériatrie (EMG) dans ce cadre. **L'absence de moyens de recours** (exemple du numéro gériatrique pour éviter le passage aux urgences, obtenir un avis d'orientation et un conseil téléphonique ; EMG qui se déplace aux urgences ou non) contribue donc au défaut de remplissage du recueil des besoins médico-psychosociaux.

Le **recueil revêt une importance considérable, notamment aux urgences**, car il conditionne ou non une hospitalisation. L'information selon laquelle des aides sont disponibles au domicile, oriente de la même manière la décision de retour ou non au domicile. Force est de constater que l'absence de recueil ou le recueil incomplet (exemple de la chute avec une chronicité qui ne se dit pas) sont hyper fréquents aux urgences et que ce parcours présente des spécificités qui lui sont propres.

Au niveau des urgences GHEF, la reprise de dossiers ne s'effectue pas d'un site à l'autre, même si le patient est connu. Le logiciel URQAL utilisé aux urgences n'est pas interfacé avec celui des services (lorsqu'un dossier patient informatisé existe). L'accès aux dossiers des urgences, selon des horaires déterminés, nécessite également une recherche par l'archiviste. Les délais d'obtention du dossier des urgences sont de 24 à 48h. Le renouvellement des actes, l'hospitalisation induite sont potentiellement des conséquences à associer à ce délai d'obtention. La difficulté à retrouver le dossier peut aussi venir compliquer le retour d'information.

Par ailleurs, la **pénurie de ressources (assistantes sociales) spécifiques** pour évaluer le patient âgé dans toutes ses dimensions ou le manque de personnel contribuent à une appréciation défailante des besoins médico-psychosociaux.

Le **manque de formation des personnels** en matière d'évaluation gériatrique constitue également une source de défaillance potentielle dans le recueil des besoins.

Une autre défaillance est identifiée : **non prise en compte par l'hôpital des acteurs du domicile** (exemple des gestionnaires de cas). La MAIA est en effet en mesure d'apporter des éléments d'information importants, notamment relatifs à la possibilité du maintien ou non à domicile de la personne âgée hospitalisée. A ce sujet, il est très probable que les professionnels hospitaliers méconnaissent le rôle et la fonction du gestionnaire de cas.

Dans le même ordre d'idées, les services à domicile qui contactent l'hôpital éprouvent des difficultés à obtenir de l'information (prendre des nouvelles par exemple) de la part des personnels de l'hôpital. L'hôpital n'a également pas encore le réflexe de prévenir ces mêmes acteurs en l'absence d'un référent identifié pour le domicile. En regard, l'existence d'un référent hospitalier qui disposerait de la connaissance de l'organisation des acteurs du domicile constituerait une valeur ajoutée certaine (correspondance avec le métier de coordonnateur de parcours). Enfin, la capacité de l'hôpital à légitimer la parole de ses partenaires extérieurs est une donnée qu'il reste à travailler tout comme les outils de la communication, à développer chez les uns et les autres.

Analyse « multidimensionnelle »

Cette étape d'analyse suit celle du recueil des besoins. Les défaillances identifiées à cette étape sont les suivantes : absence d'analyse multidimensionnelle, absence de formation à l'analyse multidimensionnelle, absence de modalités d'analyse (par exemple staffs ; CREX et patient traceur de manière rétrospective), défaut d'identification des risques spécifiques (suicide, chute, fugue...), pas de réévaluation de l'analyse (élément d'importance car va guider ou non la sortie du patient, l'attention portée aux modalités du retour à domicile), non évaluation de l'iatrogénie médicamenteuse.

3/ Projet thérapeutique et social

Ce bloc comporte 2 étapes : l'élaboration du projet et l'échange de données.

Elaboration du projet

L'élaboration du projet s'inscrit dans le cadre de la primo évaluation. Ce projet peut donc être parcellaire en raison du manque d'information (le relevé d'information ne comporte pas les examens complémentaires à réaliser ou le dossier patient n'a pu être récupéré). Il peut ne pas avoir été formalisé ou l'avoir été de manière isolée sans prise en compte des ressources extérieures (pas d'anticipation pour le retour à domicile, méconnaissance des conditions au domicile, mauvais choix d'orientation du patient par méconnaissance des ressources PAT, SSIAD renforcé, SPASAD...), ni même internes (existence ou non d'un projet intrahospitalier).

La formalisation du projet suppose l'existence d'un document, à différencier du projet de vie, de sortie, de soins. Le support d'accueil du projet et son périmètre mérite d'être réfléchi.

Action(s) à réaliser :

Action(s)	Responsable(s)	Echéance(s)
Consulter les blocs du processus pour mise en relation avec les risques	Groupe	Septembre

Prochaine réunion :

Date	7 septembre 2018
Durée	14h00 – 15h30
Lieu	Salle polyvalente, CHJ
Service Organisateur	QGDRDD
Points à aborder	

Annexe XVI

Monographie du Centre Hospitalier de Jouarre réalisée par l'élève directeur



Données Statistiques et indicateurs de la santé et du social STATISS (I)

Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissements en Seine et Marne au 31.12.2015

- 117 EHPAD : 10 048 places installées dont 200 en accueil temporaire et 355 en accueil de jour
- 1 établissement d'hébergement pour personne âgée non EHPAD : 24 places installées
- 35 logements-foyers : 2155 places installées dont 6 en accueil temporaire
- 5 USLD : 323 lits (114 lits à Jouarre, 85 lits à Montereau Fault Yonne, 57 lits à Orgemont, 41 lits à Melun, 38 lits à Nemours)
- 19 SSIAD et SPASAD : 1753 places installées

Données Statistiques et indicateurs de la santé et du social STATISS (II)

Taux d'équipement au 31.12.2015 en nombre de places pour 1000 habitants de 75 ans et plus

Équipement	SE-SE1 (MARS)	Seine et Marne	FRANC ÎLE-DE-FRANCE
Taux d'équipement en place dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (hors en maison de retraite, logements de logements-foyers, SSIAD, SPASAD)	19,2	21,4	25,5
Taux d'équipement en place dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	28,8	22,1	18,4
Taux d'équipement en place dans les structures de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	22,8	22,1	20,7

Taux d'équipement non EHPAD inférieur à la moyenne régionale

Surreprésentation des EHPAD en Seine et Marne



Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation

Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'établissement ?

Année	EHPAD				USLD			
	- de 60 ans	PH	Total	Taux	- de 60 ans	PH	Total	Taux
2010	4 262	87 766	4,86	1 784	7 814	22,83		
2011	4 743	75 258	6,30	4 051	21 725	16,65		
2012	5 087	75 210	6,76	4 766	24 926	19,12		
2013	5 488	71 375	7,69	8 006	32 492	24,64		
2014	4 522	730	70 258	7,48	7543	596	36 841	22,09
2015	4 748	1 454	70 089	8,85	6670	770	40 069	18,47
2016	4462	1 894	70 196	9,05	5942	808	40 456	16,66
2017	3 812	1 859	69 314	8,16	4333	1 186	38 561	14,31

Personnes de - de 60 ans et handicapées en EHPAD : adaptation ou inadéquation ?
Rapport IGAS sur les USLD en novembre 2016 : 2% de patients de - de 60 ans au sein des USLD.

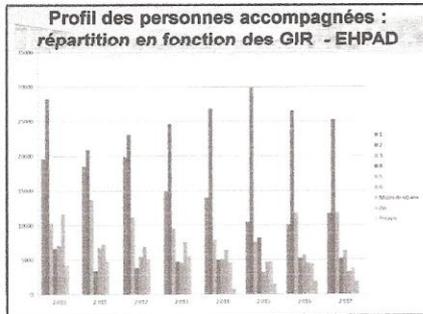
Score moyen de l'échelle retenue de dépendance (GMP) et de charge en soins (PMP)

EHPAD

	2012	2013	2015
GMP	688	666	713
PMP		209	294

GMP moyen pondéré 2015 (DREES, juillet 2017) : 710 // EHPAD de Jouarre se situe clairement dans la moyenne

Bilan des coupes PATHOS en 2015 (CNSA) : PMP à 208 // charge en soins importante sur l'EHPAD de Jouarre



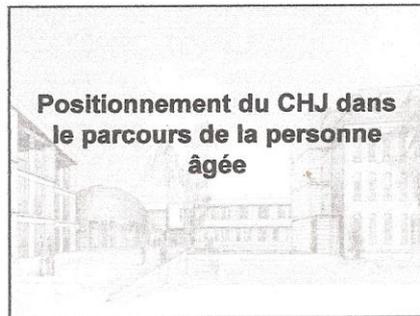
Score moyen de l'échelle retenue de dépendance et de charge en soins USLD

USLD

	2009	2011	2016
GMP	505	357	327
PMP	862	816	829
SMTI	-	56,82% SMTI	46,73% SMTI

Le GMP permet d'estimer, en nombre de points, le niveau de prestation financé par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Il est déterminé par une équipe interdisciplinaire (médecins et infirmières) par le conseil d'administration. Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance moyen et le niveau de prestation à financé sont élevés.

Le PMP est un indicateur global de charge en soins mesuré pour un groupe de personnes âgées dépendantes. Plus le PMP est élevé, plus la charge en soins est importante. Ce score est le résultat d'un calcul automatisé réalisé sur la base du Répertoire PMSI/IC. Cette donnée est transmise pour info de contrôle et validation à l'Agence Régionale de Santé.



Répartition des personnes admises en EHPAD et USLD selon leur provenance 2015-2017

Quel est le positionnement de la structure dans le parcours de la personne accompagnée ?

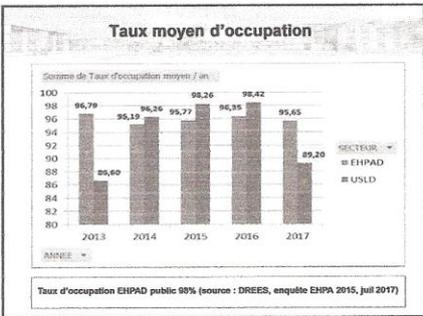
- Cet indicateur permet d'identifier à quel niveau du parcours des personnes la structure se situe : en aval du domicile ou du milieu ordinaire, à la suite d'un établissement de santé ou d'un autre établissement médico-social...
- Il convient de le lire à la lumière :
 - des informations relatives aux coopérations et à l'intégration dans une filière
 - du profil des personnes accueillies, du taux de rotation des places et de la durée moyenne de séjour

SECTEUR	USLD	ET
Somme de Totalnement		
Somme de Totalnement		
2017		
EHPAD		
2015		
2016		
2017		
USLD		
2015		
2016		
2017		

Répartition des personnes sorties 2015-2017 par motif ou destination - EHPAD et USLD

Reportés	DECES	DECES EXTERIEUR	RETOUR A DOMICILE	AUTRE ETABLISSEMENT	EHPAD-USLD
EHPAD					
2015	31	11	2	7	11
2016	25	8	2	6	9
2017	22	16	2	5	8
Total EHPAD	78	25	6	18	28
USLD					
2015	26	9	1	4	3
2016	29	6	1	4	1
2017	35	9	1	3	1
Total USLD	90	24	3	11	5

DREES, Premiers résultats de l'enquête EHPA, juillet 2017
 En EHPAD, 68% des sorties correspondent à des décès. Les autres sorties correspondent à des transferts vers un autre établissement ou bien à un retour vers le domicile personnel ou celui d'un proche. En USLD, les décès représentent 90% des sorties de l'établissement.
 En moyenne, au CHU : 68,45% des sorties d'EHPAD correspondent à des décès // en USLD, les décès représentent 87% des sorties de CHU.



Taux de rotation des lits

Mesure l'importance des mouvements au sein de la structure
 Mode de calcul : nb admissions dans l'année / nb de lits financés (en %)

ANNEE	SECTEUR	NB ADMISSIONS	NB LITS FINANCES	TAUX
2015	EHPAD	62	201	31%
2016	EHPAD	58	201	29%
2017	EHPAD	47	201	23%
2015	USLD	57	114	50%
2016	USLD	46	114	40%
2017	USLD	31	114	27%

Baisse du taux de rotation : à lire en lien avec le taux d'occupation moyen, charge de travail induite par la préparation des accueils et des admissions par conséquent en baisse

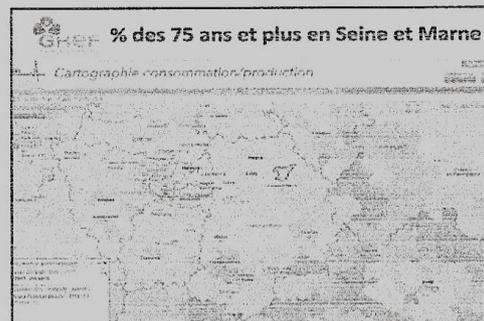
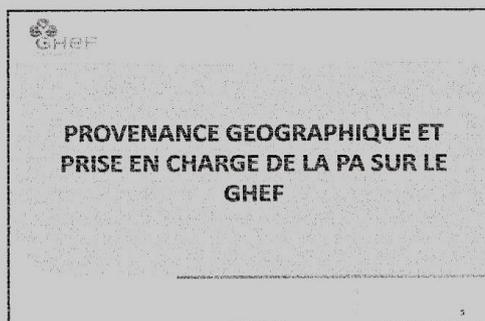
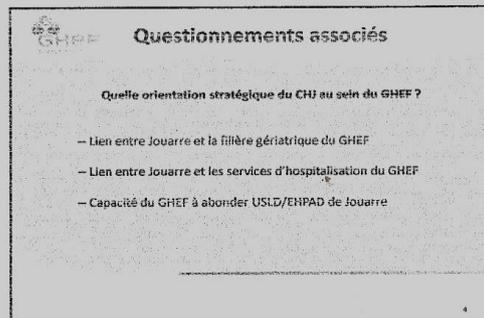
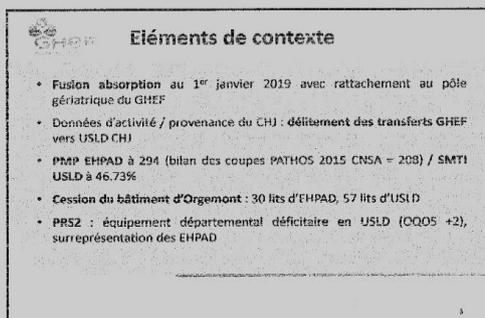
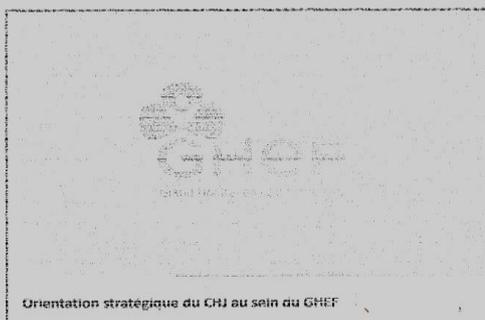
Taux de réalisation financière de l'activité (2017)

Secteur	% inscrit EPRD	Nb de journées prévues	Nb de journées réalisées	Ecart	Taux de réalisation
EHPAD	98%	71005	69314	-2591	94,48%
USLD	97,36%	40515	38561	-1954	92,67%

Annexe XVII

PPT Orientation stratégique Jouarre – GHEF présenté par l'élève directeur en groupe de travail stratégie et à la DD ARS Ile de France

04/09/2018



Provenance géographique des PA+75 ans GMEF Données PMSI GMEF

Département	Nombre de PA+75 ans GMEF	Pourcentage des PA+75 ans GMEF	Nombre de PMSI	Pourcentage des PMSI
Arrondissement Grand	2093	45,05%	2093	45,05%
Arrondissement Nancy	2037	45,05%	2037	45,05%
Arrondissement Provins	999	22,02%	999	22,02%
Arrondissement Melun	239	5,28%	239	5,28%
Meuse (51)	147	3,26%	147	3,26%
Meuse (52)	110	2,43%	110	2,43%
Arrondissement Verdun	0	0,00%	0	0,00%
Arrondissement Metz	2	0,05%	2	0,05%
Total	4669	100,00%	4669	100,00%

Care mix CMD + de 75 ans - Niveau de sévérité 3 et 4 - Séjour de + de 7 jours

Niveau de sévérité	Nombre de séjours	Pourcentage des séjours
Niveau de sévérité 3	120	1,7%
Niveau de sévérité 4	680	9,8%
Total	800	11,5%

Données GMEF 2016 Scan santé - module ORFEL

Niveau de sévérité	Niveau de sévérité	Niveau de sévérité	Niveau de sévérité		Niveau de sévérité	Niveau de sévérité	Niveau de sévérité
			Niveau de sévérité	Niveau de sévérité			
1	2	3	4	5	6	7	8
120	120	120	120	120	120	120	120

BESOINS DU TERRITOIRE

Texte descriptif des besoins du territoire.

- ### Projet régional de santé 2 (1)
- Renforcement de l'accompagnement à domicile
 - Tris en charge souples, évolutives et davantage tournées vers le domicile : accueils au jour, hébergements, plateformes d'accueil temporaires offrant du temps de répit aux aidants, EHPAD hors les murs
 - Renforcer la place des USLD et SSI dans le parcours de soins en lien avec les établissements médico-sociaux notamment en testant des USPC
 - Equipement régional USLD déficitaire en Seine et Normie
 - Fongibilité envisagée entre USLD et EHPAD

Projet régional de santé 2 (2)

Indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateur 1	120	120	120	120	120	120	120
Indicateur 2	120	120	120	120	120	120	120

Patientèle potentielle CLM pour CHJ (2)

PROVENANCE des CANTONS PMSI	2016	2017	Écart(%)
COULOMMIERS	186	171	8%
LA FERTE GAUCHER	124	83	20%
BREAU	49	43	9%
FAREMOUTIERS	36	46	-22%
JOUARRE	39	38	7%
FONTEAUX TRÉSIGNY	27	29	-6%
CRECY LA CHAPELLE	28	27	5%
ROUSY EN BRIE	23	24	-4%
LA FERTE SOUS JOUARRE	13	24	-37%
ST CYR SUR MORIN	20	12	32%
MONTCEFFY	9	21	-30%
TOULQUIN	7	6	13%
MÉAUX	6	6	12%
VAUGY EN BRIE	4	6	-30%
TOURNAI EN BRIE	3	2	5%
LAGNY SUR MARNE	3	2	5%
BUSSY ST GEORGES	2	3	-5%
LIZY SUR OURCQ	2	2	4%
CHELLES	4	4	
Total	19	19	

Patientèle potentielle MX pour CHJ (1)

Critères PMSI à la requête : PA > 75 ans, DS > ou = à 7 jours, niveaux 3 ou 4, M-médical, hors modes de sortie décès / transfert ou mutation autre MCO / USLD / étab MS

PROVENANCE des CANTONS PMSI	2016	2017	Écart(%)
Insuffisance cardiaque et état de choc circulatoire	132	111	24%
Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	79	81	-17%
Pneumonies et pleurésies banales, Age supérieur à 17 ans	66	62	12%
Infections des voies et des voies urinaires, Age supérieur à 17 ans	66	58	13%
Troubles mentaux d'origine organique et retardés mentaux, Age supérieur à 75 ans	34	34	8%
Troubles métaboliques, Age supérieur à 17 ans	32	33	-6%
Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	38	26	64%
Autres pathologies de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	32	27	59%
Infections et inflammations respiratoires, Age supérieur à 17 ans	31	25	56%
Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, Age supérieur à 17 ans	20	21	-4%
Autres troubles de la ligne érythrocytaire, Age supérieur à 17 ans	20	25	-41%
Arrhythmies et troubles de la conduction cardiaque	19	21	-40%
Bronchites et asthme, Age supérieur à 17 ans	16	21	-37%
Embolies pulmonaires	15	15	36%
Total	20	20	

Patientèle potentielle MX pour CHJ (2)

PROVENANCE des CANTONS PMSI	2016	2017	Écart(%)
MÉAUX	238	205	44%
LA FERTE SOUS JOUARRE	69	68	13%
CLARE SOUILLY	51	55	-10%
DIAMANTREUX EN COTTE	52	50	10%
LIZY SUR OURCQ	51	45	9%
ÉSRÉ	50	34	24%
CRECY LA CHAPELLE	33	44	-24%
VILLENOY	36	27	63%
COUCY VOISINS	32	22	54%
TRILPORT	28	23	51%
NARDECOS	23	24	-4%
CRECY SUR OURCQ	19	22	-41%
ST SOUPPES	20	17	37%
SACY SUR MARNE	23	14	37%
LAGNY SUR MARNE	14	20	-34%
ST THÉOIS	9	17	-26%
ORHIS	11	9	20%
CHELLES	9	11	-20%
LE PRESSIS BELLEVILLE	11	7	38%
BETZ	11	5	16%
SARNEUIL SUR OURCQ	5	11	-16%
COULOMMIERS	7	6	15%
EMPELLY	5	8	-13%
METRY MORY	9	3	12%
MONTIVON	6	6	12%
CHANGIS SUR MARNE	5	6	-21%
JOUARRE	5	6	-21%
Total	23	23	

Patientèle potentielle MLV pour CHJ (1)

Critères PMSI à la requête : PA > 75 ans, DS > ou = à 7 jours, niveaux 3 ou 4, M-médical, hors modes de sortie décès / transfert ou mutation autre MCO / USLD / étab MS

PROVENANCE des CANTONS PMSI	2016	2017	Écart(%)
Insuffisance cardiaque et état de choc circulatoire	103	118	-21%
Pneumonies et pleurésies banales, Age supérieur à 17 ans	56	64	-10%
Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	37	49	-6%
Infections des voies et des voies urinaires, Age supérieur à 17 ans	37	46	-11%
Infections et inflammations respiratoires, Age supérieur à 17 ans	24	35	-9%
Troubles mentaux d'origine organique et retardés mentaux, Age supérieur à 75 ans	35	22	57%
Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	19	33	-52%
Troubles métaboliques, Age supérieur à 17 ans	18	30	-66%
Autres pathologies de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	22	24	-46%
Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, Age supérieur à 17 ans	23	20	43%
Bronchites et asthme, Age supérieur à 17 ans	16	17	-33%
Tumeurs de l'appareil respiratoire	22	10	32%
Autres troubles de la ligne érythrocytaire, Age supérieur à 17 ans	13	14	-27%
Autres gastro-entériques et troubles divers du tube digestif, Age supérieur à 17 ans	8	17	-25%
Total	22	22	

Patientèle potentielle MLV pour CHJ (2)

PROVENANCE des CANTONS PMSI	2016	2017	Écart(%)
LAGNY SUR MARNE	95	105	-20%
CHELLES	52	50	10%
POUILLEY COMBAULT	52	42	9%
BUSSY ST GEORGES	35	53	-8%
COUCY LA FERMIÈRE	32	31	6%
CHANGIS SUR MARNE	31	31	6%
SÉRIE	32	30	6%
TOURNAI EN BRIE	21	41	-62%
METRY MORY	25	37	-62%
VILLENOY	34	27	61%
VAREES SUR MARNE	30	30	60%
NOGEL	27	28	-55%
TROCY	19	34	-53%
ROUSY EN BRIE	22	25	-47%
CLARE SOUILLY	20	18	38%
MONTÉVRAIN	10	19	-29%
LOGNES	17	14	26%
COULOMMIERS	13	6	35%
EAUBOURVILLE	6	12	-18%
COURCY	9	8	17%
MÉAUX	2	9	-14%
Total	23	23	

PROVENANCE PATIENTS USLD ORGEMONT

PROVENANCE des CANTONS PMSI	2016	2017	Écart(%)
USLD 1	10	10	0%
USLD 2	10	10	0%
USLD 3	10	10	0%
Total	30	30	

GHEF Provenance des patients USLD Orgemont

Provenance	1999	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total général
CLINEA 77												2	1		3
D 77			2												2
PEY MIX	1														1
SSR 83				1											1
SSR MX		1	2		1	2	1	2	2	3	5	12	6		37
MPR 77				1								1			2
SSR CLM												1	1		2
SSR RGDS 77													1		1
D 84													1		1
MCO MX			1												1
PEY 93												1			1
SSR CLINEA 69				1											1
EMPRD MX								1					1		2
MPR MX			1												1
MCO CHELLES									1						1
															23

GHEF Provenance géographique USLD Orgemont

76	BRUY	1
15	BOULBERS	1
31	CENE	1
36	CLARE SOULLY	1
	COGNAC	1
	COULLY PONT AISE DARRIS	1
	COULOMBIERS	1
	COUPURY	2
	COURTES	1
	DARMASTEN EN COELE	3
	EMPELLE	1
	GERMIGNY L'EVIGNE	1
	QUEBENS	1
	JOUARE	1
	LA FERTE BAUCHER	1
	LA FERTE SUS JOUARE	2
	LEY SUR OUSCO	2
	MERLE	16
	METRY BRUY	1
	MONTVASSI	1
	MONTEN LES MEAUX	1
	PONCY	1
	QUINCY VOISINS	1
	RY PREYDES	1
	TREPOY	1
	VAUX LE PONS	1
	VILLENEUVE SUR BELLOT	1
	VILLENOY	2
	VILLEPERRIS	26

GHEF

MERCI DE VOTRE ATTENTION

27

Annexe XVIII

Compte-rendu relatif à l'expérience présentée aux médecins du GHEF et de Jouarre par le Dr Ferreira, gériatre, le 15 juin 2018



Destinataires : membres du GT Stratégie
Présents : Dr BENSALIR, Dr COSTA, Dr DE KERMADEC, Dr JOLLY, Dr GORGUI, JP. HOULIER, Dr NGUYEN, M.A. PERULLI, P. VUILLIN
Absents : Dr AMERI
Invités : Dr Ferreira, M. Lacoste, CSS

Groupe de travail « Stratégie » - 15.06.2018

	Qui	Echéances	Observations
Présentation d'une expérience de prise en charge de la personne âgée en Champagne-Ardenne			
<p>1/ Fédération médicale interhospitalière de gériatrie (FMIG) construite à l'aide du Pr Novella</p> <ul style="list-style-type: none"> - objectifs : réduire les DMS, orienter au mieux vers les SSR, éviter la concurrence entre hôpitaux locaux, pallier à la démographie médicale, mieux se connaître et converger vers un intérêt commun - fonctionnement : réunion 3 fois par an, pas de financements associés (quotepart de chacun des établissements partenaires), FMIG intégrée au GHT, participation à des journées d'information (chutes, maladie Alzheimer avec ateliers mémoire ouverts à tous, nutrition et santé, structures alternatives à l'hospitalisation) <p>2/ Projet médical commun élaboré sur les recommandations du Pr Novella</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation des médecins, cadres et directeurs - projets déclinés dans des fiches actions à court, moyen et long terme : améliorer les demandes de SSR grâce à Trajectoire, EMG, temps médicaux partagés, structurer les entrées au SAU (projet le plus avancé avec un gériatre d'astreinte et des déplacements systématique de l'EMG aux urgences) <p>3/ Quelques exemples de parcours de la PA</p> <ul style="list-style-type: none"> - unité post-urgence gériatrique (4 à 5 lits, parfois départ sur les lits porte) depuis 2015, créée en collaboration avec les médecins urgentistes, en vue d'éviter les secteurs d'hospitalisation lourds, par évaluation gériatrique et réorientation / en l'absence d'urgence vitale, admission directe en CSG avec parcours amélioré (réalisation directe d'un bilan radiologique) - EMG (0.8 gériatre + 3 IDE) : intervient en intra (notamment urgences +++) et en extra, locaux situés au sein des urgences, lien avec les médecins traitants qui contactent directement EMG via une feuille de programmation, EMG propose orientation vers l'HDJ ou déplacement à domicile pour réalisation d'une évaluation ou décision d'hospitalisation programmée, travail en lien avec la MAIA (réunion bimensuelle pour étude des cas complexes de maintien à domicile) et SSIAD (qui fait partie du pôle de gériatrie), modalités de fonctionnement : EMG contacte chaque matin les hôpitaux locaux pour identification des lits vacants, un répondeur est utilisé en dehors des horaires de l'EMG, fermeture EMG samedi et dimanche : urgentiste formalise un bon à l'EMG qui reprend contact dès le lundi - peu d'USLD (40 lits) : patientèle se retrouve sur les EHPAD, patients en USLD repartent de moins en moins aux urgences car HAD en EHPAD - HDJ gériatrique : organisation d'un parcours mémoire avec un médecin référent (temps partagé entre établissement support et hôpital local) - SSR pour personnes âgées instables (pour fluidifier le CSG) : patients avec pathologies ou traitements lourds, accueil en sortie de réa ou d'USIC, patients qui nécessitent par exemple des chimio per os, des 	Dr Ferreira M. Lacoste CSS		

18. rue Petit Huet - 77264 JOUARRE Cédex

1

<p>VAC, des transfusions → refusés par les hôpitaux locaux, bloquaient les lits de CSG ; une fois stabilisés, patients réorientés vers les SSR</p> <p>Effets observés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction +++ de la DMS en SSR : passage de 18 jours à 7-8 jours - 30 à 36% d'hospitalisation programmée en SSR et EHPAD - solution d'aval trouvée en 48h (connaissance mutuelle des cadres entre elles = facilitant pour la fluidification du parcours) - effets sur la démographie médicale (passage de 3 à 8 gériatres) <p>→ ensemble de ces projets réalisés à moyens constants</p> <p>4/ Projet à venir</p> <ul style="list-style-type: none"> - télé-médecine en EHPAD - prise en charge des handicapés vieillissants - développement d'un HDJ avec un projet de prévention de la dépendance (en collaboration avec nutritionniste, éducateur sportif) - réflexion avec le 15 en cours (pour éviter le transfert de la personne âgée aux urgences) - prochains parcours à développer : gériatrie et chirurgie vers SSR de proximité, ortho gériatrie vers SSRG puis EHPAD afin d'éviter le passage aux urgences <p>5/ Clés de la réussite</p> <ul style="list-style-type: none"> - projet commun - temps partagé (médical mais aussi paramédical et médico-technique) - se connaître et faire savoir ce que l'on fait (présence IDE de nuit sur certains EHPAD, présence de médecins libéraux ou non en hôpitaux locaux) - bon réseau ASE - à l'intérieur de la filière : retravailler d'autres parcours comme radiologie, urgences, chutes... - EMG = centre de coordination, plateforme sur laquelle adosser la filière - projet médical commun - outils : Trajectoire qui a aidé +++ (topo annuel sur l'activité de Trajectoire notamment les refus) 			
A retenir pour le GHEF			
<ul style="list-style-type: none"> - projet médical commun associant médecins, directeurs et cadres - temps médical partagé à développer - EMG = centre de coordination à structurer - travail sur les parcours à poursuivre - développer le lien avec les médecins traitants 			

Annexe XIX

**Carte de l'offre de soins publics et privés du département de la Seine et Marne
(recensant les CH, HAD, SSIAD, USLD, EHPAD...) réalisée par l'élève directeur
d'hôpital**

Disponible à l'adresse ci-dessous :

https://drive.google.com/open?id=1GdrxVIACkqbv-GuTutSmPbJCluNB5Q_h&usp=sharing

Annexe XX

Compte-rendu du groupe de travail stratégique 01.06.18



Groupe de travail « Stratégie » - 01.06.2018

Destinataires : membres du GT Stratégie
Présents : Dr AMERI, Dr BENSALIR, Dr COSTA, Dr JOLLY, Dr GORGUI, JP. HOULIER, Dr NGUYEN représenté par Dr LATOUCHE, P. VUILLIN
Absents : Dr DE KERMADEC

Objectifs du GT stratégie	Qui	Echéances	Observations
1/ Quelle orientation stratégique pour le CH de Jourarre au sein du GHEF ? 2/ Compléter en stratégie l'opérationnalité des GT1 et 2 dans le respect des orientations du PRS2	Membres du GT stratégie		
Contexte			
<ul style="list-style-type: none"> - Fusion absorption, taux d'occupation très préoccupant, charge en soins ++ sur l'EHPAD de Jourarre, taux SMTI de l'USLD de Jourarre inférieur à ceux relevés dans le rapport IGAS de mars 2016, cession prévue d'Orgermont, PRS2 (déficit d'équipements en USLD avec OQOS +2, surreprésentation des EHPAD) - Données Scan santé colligées GHEF 2016 (ATH) présentées par groupe de planification et caractéristiques de la population âgée associée (âge moyen, % + de 75 ans, % entrée aux urgences, transferts en sortie vers MCO, SSR, HAD, % lourdeur, IPDMS, nb de journées d'hospitalisation) → affections cardio-vasculaires, chirurgie majeure de l'appareil locomoteur - Données d'entrée Jourarre par secteurs USLD/EHPAD : baisse significative en USLD (moins de transferts GHEF, moins de transferts internes), EHPAD (recrutement GHEF qui se stabilise, moins de recrutement sur les cliniques et instabilité du recrutement sur les ESMS) - Requêtes PMSI selon critères pour identifier une patientèle potentielle par sites pour le CH de Jourarre avec provenance géographique des patients sur le même périmètre (taux de fuite) → pas prédictif d'une bascule vers USLD/EHPAD de Jourarre, mais coïncidence éventuelle entre libellés GHM et spécificités de la prise en charge à Jourarre → cardio, pneumo et neuro - A priori, patientèle potentielle sur CLM et MX (provenance géographique dans le périmètre hospitalier), moins sur MLV en raison de la provenance géographique des patients âgés sur ce site 	PV		

Éléments de débat			
En stratégie : <ul style="list-style-type: none"> - Potentiel de patientèle à analyser au global GHEF pour déterminer capacité du GHEF à abonder Jourarre (en aval de la filière gériatrique, en dehors filière gériatrique tant que la structuration de cette filière n'est pas finalisée), quels sont les besoins du territoire, analyse conjointe à mener sur les freins à l'admission (famille, conseil départemental, ASE, tutelles...) - A priori, GHEF statistiquement en capacité d'abonder Jourarre : comprendre les raisons qui limitent les transferts GHEF/Jourarre - GHEF a-t-il vocation à gérer un EHPAD (non-conformité du bâtiment Ambroise Paré 69 lits, tarif plus onéreux à Jourarre comparé à d'autres EHPAD) ? Maintien d'une USLD hospitalière uniquement en aval des SSR du GHEF ? Quelle cohérence pour l'organisation des soins sur le territoire ? Quelle orientation pour le projet Orgermont (autorisation ARS pour transfert des autorisations USLD Orgermont vers Villiers Saint Denis ?) laquelle conditionne le devenir de Jourarre ? 	MAP		
En opérationnalité : <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation outil Trajectoire à optimiser (pas d'utilisation en USLD), critères de définition USLD/EHPAD à communiquer au niveau GHEF, motifs des taux de fuite sur la filière gériatrique (desserte transport sur Jourarre, tarifs car EHPAD de Coulommiers moins cher), difficulté de recrutement ASE (flux et dossier social), hébergement EHPAD en sortie d'hospitalisation (en attente de l'expérimentation menée à Pontault Combault, questionnement relatifs à la cohorte de patients GHEF éventuellement concernés), choix multiples pour l'adressage en EHPAD (dont EHPAD de Coulommiers) - Pas réellement de fuite mais un mauvais fléchage des patients vers les structures EHPAD/USLD, délais d'admission parfois liés à la reconnaissance tutélaire - Aval de la neuro : ni l'EHPAD, ni l'USLD mais le SSR 	JPH Dr Costa Dr Jolly Dr Bensalir Dr Ameri		
Pistes de travail			
Pistes stratégiques : <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer la stratégie d'aval du GHEF - Recenser les expériences positives en matière de prise en charge de la PA - Finaliser l'étude en cours : dans quel sens ? 	GT Stratégie		
Pistes opérationnelles à rattacher aux GT1 et 2 : <ul style="list-style-type: none"> - Séjours de répit (EHPAD) - Gériatrie vieillissante (il faut un psychiatre) - à noter, étage de gérontopsychiatrie proposée par Dr Jolly (EHPAD) - Extension unité Alzheimer (file active existe déjà) proposée par Dr Latouche (EHPAD) - File active en sortie des SSR du GHEF évoquée par Dr Costa (USLD) - USPC proposée par Dr Latouche (USLD) 	GT1 et GT2		

VUILLIN

Peggy

Octobre 2018

FILIERE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2017-2018

La fusion absorption d'un établissement gériatrique : une opportunité pour repenser la stratégie hospitalière et territoriale de prise en charge de la personne âgée ?

Résumé :

Les hôpitaux reçoivent un nombre croissant de patients âgés, polyopathologiques et potentiellement en perte d'autonomie, patientèle qui transite au sein des filières gériatriques mais aussi et surtout au niveau des services de spécialités. Or, ces mêmes hôpitaux n'organisent pas encore l'accueil des personnes âgées de manière spécifique, quel que soit le mode d'entrée. En conséquence, des hospitalisations injustifiées ou inutiles, et des séjours accélérant l'entrée en dépendance contribuent à des surcoûts directs et indirects pour les établissements, confrontés à un double défi, celui d'adapter leur organisation et de veiller à la continuité du parcours de soin.

Dans ces conditions, une large part de la coordination des prises en charge repose aujourd'hui sur le patient âgé et sa famille, et le risque est grand de voir des ruptures se réaliser dans la prise en charge. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins, se doit être réaffirmée, car elle va devenir indispensable du fait des évolutions démographiques et de la spécialisation croissante des soins hospitaliers.

En conséquence, l'hôpital ne peut faire l'économie d'une réflexion, en amont pour prévenir les situations générant un recours aux urgences et améliorer son accessibilité en dehors des services d'urgence, et à l'aval en organisant la sortie dès l'hospitalisation. Pour ce faire, le contexte (GHT, direction commune, fusion...) constitue une réelle opportunité pour repenser la stratégie hospitalière et territoriale de prise en charge de la personne âgée, tout en posant l'institution comme acteur central, à partir duquel véritablement organiser une coordination des soins et des parcours du sujet âgé.

Mots clés :

Coordination, personnes âgées, lien ville-hôpital, filière gériatrique, stratégie

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