



**EHESP**

---

**DESS**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**Humanité, qualité, efficacité : les  
objectifs de la filière gériatrique  
versailleise**

---

**Antoine BURNIER**

---

# Remerciements

---

Je tenais à remercier, tout d'abord mon Maître de stage, Monsieur Jean-Luc Sabatier, Directeur-adjoint chargé du pôle de gériatrie, pour sa disponibilité et la pédagogie dont il a fait constamment preuve à mon égard, ainsi que l'ensemble des membres de l'équipe de direction du Centre hospitalier de Versailles.

Merci aussi à l'équipe du pôle de gériatrie et plus particulièrement à Monsieur Samson, Chef de pôle et Médecin-gériatre, Madame Tanguy, Cadre supérieure de santé et Mesdames Chardot et Lavalette, Cadres de santé pour l'excellence de leur accueil et la transmission de leurs connaissances professionnelles. Le respect qu'ils portent à la personne âgée restera pour moi une référence.

.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1 L'intégration dans une filière gériatrique : une réponse adaptée de l'hôpital public face au défi du vieillissement démographique .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Le vieillissement démographique : un phénomène incontesté et incontestable.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 La situation démographique en France .....	5
1.1.2 La situation démographique en Ile-de-France .....	6
<b>1.2 Les plus de 75 ans : cœur de cible de la filière.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Les plus de 75 ans : une population souvent victime de polypathologies .....	7
1.2.2 Les différents types de patients de la filière gériatrique.....	9
<b>1.3 L'hôpital et les personnes âgées .....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Quel rôle pour l'hôpital dans la prise en charge des personnes âgées ? .....	10
1.3.2 L'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées : une volonté politique.....	11
<b>1.4 La filière gériatrique : une organisation complète et complexe.....</b>	<b>13</b>
1.4.1 Définition de la filière gériatrique.....	13
1.4.2 Les filières gériatriques dans la planification sanitaire et médico-sociale.....	17
<b>1.5 La gériatrie au Centre hospitalier de Versailles.....</b>	<b>19</b>
1.5.1 Le pôle de gériatrie du CHV : une prise en charge riche et diversifiée.....	19
1.5.2 L'activité gériatrique du CHV et son ouverture sur l'extérieur.....	21
<b>2 Les problématiques du Centre hospitalier relatives à la filière gériatrique versaillaise : entre fluidité du parcours de soins de la personne âgée et qualité du service rendu.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Filière gériatrique et gouvernance .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Impact de la nouvelle gouvernance hospitalière sur la filière gériatrique .....	25
2.1.2 La filière gériatrique « nord 78-1 » : les enjeux d'une bonne gouvernance .....	28
<b>2.2 La filière gériatrique : une organisation (trop) onéreuse ?.....</b>	<b>30</b>
2.2.1 Les missions pléthoriques et coûteuses de la filière gériatrique... ..	30
2.2.2 ...assumées par un hôpital financièrement fragile.....	32
<b>2.3 Le défi de la tarification dans les filières gériatriques .....</b>	<b>34</b>
2.3.1 La tarification dans la filière gériatrique : une hétérogénéité délétère .....	34
2.3.2 Vers une valorisation de l'activité gériatrique au sein de la filière ?.....	35

<b>2.4</b>	<b>La filière « nord 78-1 » : une filière sous-dimensionnée ?</b>	<b>36</b>
2.4.1	L'offre de soins gériatrique et les besoins de la filière « nord 78-1 »	36
2.4.2	Forces et faiblesses structurelles de la filière gériatrique « nord 78-1 »	38
<b>2.5</b>	<b>Filière gériatrique « nord 78-1 » et territoire de santé</b>	<b>40</b>
2.5.1	Filière gériatrique « nord 78-1 », indicateurs de santé et population	40
2.5.2	Des relations à clarifier entre structures et professionnels de la filière	42
<b>3</b>	<b>Propositions visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans la filière « nord 78-1 »</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>La labellisation de la filière gériatrique : une opportunité historique pour les acteurs et les usagers de ce territoire de santé</b>	<b>43</b>
3.1.1	La construction de la filière « nord 78-1 » : entre concertation et décision	43
3.1.2	Accroître la visibilité des filières gériatriques : un but essentiel	45
<b>3.2</b>	<b>Instaurer une gouvernance rationnelle de la filière gériatrique</b>	<b>46</b>
3.2.1	Deux établissements-soutiens pour une direction optimale de la filière	46
3.2.2	Garantir une influence des acteurs de terrain dans la vie de la filière	47
<b>3.3</b>	<b>Renforcer la coordination des acteurs de terrain : un but essentiel</b>	<b>48</b>
3.3.1	Affirmer le rôle central du médecin coordinateur	48
3.3.2	Un atout de coordination : l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG)	49
<b>3.4</b>	<b>Un objectif primordial : l'optimisation des séjours hospitaliers</b>	<b>50</b>
3.4.1	Sur l'anticipation des hospitalisations	50
3.4.2	Sur la préparation des sorties	51
<b>3.5</b>	<b>Propositions sur le budget, la communication et l'évaluation</b>	<b>53</b>
3.5.1	Communication et évaluation de la filière : des domaines à ne pas négliger	53
3.5.2	Peser dans les négociations budgétaires pour assurer le futur de la filière	54
	<b>Conclusion</b>	<b>56</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH	Agences Régionales de l'Hospitalisation
ARHIF	Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France
CA	Conseil d'Administration
CHV	Centre Hospitalier de Versailles
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CME	Conseil Médical d'Etablissement
CMPV	Clinique Médicale de la Porte Verte
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COGITEY	COordination Gérontologique Intercommunale du Territoire Est-Yvelinois
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
ETP	Equivalent temps plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHS	Groupes Homogènes de Séjours
HAD	Hospitalisation A Domicile
HGMS	Hôpital Gérontologique et Médico-Social de Plaisir-Grignon
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

*« Les effets du vieillissement sur le système de santé deviennent aussi importants que la prise en charge thérapeutique des malades. Ceci implique des approches nouvelles s'inscrivant dans un continuum et une globalité que ne permettent pas les modalités d'organisation actuelle du système de santé. L'importance des interventions à réaliser se traduit en termes d'assistance, d'accompagnement, de soutien »<sup>1</sup> .*

Cette formule choc du Haut Comité en Santé publique, reprise par Eric Molinié, dans son rapport sur l'avenir de l'hôpital public<sup>2</sup>, résume parfaitement la situation actuelle de l'hôpital face au défi du vieillissement démographique. Notons qu'aujourd'hui en Ile-de-France, près de 40% des séjours hospitaliers concernent d'ores et déjà des patients âgés. Or, ces derniers nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire que l'hôpital, traditionnellement basé sur le tout curatif, ne peut plus, objectivement, assurer seul.

Les pouvoirs publics se sont, ces dernières années, emparés du sujet. Le vieillissement de notre population est reconnu et fait l'objet de diverses mesures visant à anticiper ses effets potentiellement néfastes sur la société en général et sur l'hôpital en particulier. La plus emblématique de ces mesures est sûrement la création d'un cinquième risque dépendance (un projet de loi en ce sens devrait être déposé au Parlement au début de l'année 2009). L'objectif est de mettre en œuvre un "droit universel" à un "plan personnalisé de compensation pour l'autonomie". Ce droit permettra concrètement, pour chaque personne âgée dépendante, d'évaluer les biens et services adaptés à sa situation : aide ménagère, déambulateur ou aménagement d'une salle de bain... Les personnes âgées pourront rester à domicile ou non. Les orientations reposent donc sur le principe fondamental de la liberté de choix.

Faire financer par la solidarité nationale, la dépendance, au même titre que la maladie ou la famille montre à quel point l'enjeu est important, à domicile ou en établissement et ce d'autant plus, que la dépense publique liée à la prise en charge de la dépendance est déjà actuellement évaluée à environ 19 milliards d'euros, soit "1 point du PIB" (supporté à 60 % par l'assurance maladie et à 20 % par les départements, le reste étant à la charge de l'Etat via des dépenses fiscales, et par la Caisse nationale de solidarité pour

---

<sup>1</sup> Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique, décembre 2002.

<sup>2</sup> « L'hôpital public en France : bilans et perspectives », Avis et rapports du Conseil Economique et Social, Etude présentée par M. Eric Molinié, 2005. p137.

l'autonomie). Du point de vue hospitalier et de celui de l'utilisateur âgé, on ne peut que se féliciter de cette mesure, qui pourrait permettre, à terme, de limiter le nombre de passage de personnes âgées en crise dans le service des urgences et dans les services de médecine gériatrique, déjà saturés. De plus, porter l'effort national plus particulièrement sur l'aide à domicile paraît une solution pragmatique dans la mesure où, en 2006, 94 % des franciliens de plus de 80 ans vivaient, par exemple, à domicile.

Cette probable création du cinquième risque dépendance fait suite à l'adoption du Plan de solidarité grand âge qui court sur la période 2007-2012 et qui devrait coûter à la Sécurité sociale, 2,7 milliards d'euros. Lors de la présentation de ce Plan, Philippe Bas, alors, Ministre délégué aux personnes âgées regrettait que<sup>1</sup> : « la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'hôpital et l'établissement ne soit pas assez organisée » et que « la gestion des soins à l'hôpital ne prenne pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles ». Le plan de solidarité grand âge vise donc à pallier ces insuffisances et comporte de fait une partie sur l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées (axe 3). En effet, pour les auteurs du Plan, « il ne suffit pas de soigner l'organe qui a nécessité l'hospitalisation. Il faut savoir évaluer tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition, entretenir toutes les capacités nécessaires à la vie quotidienne, pour que cette personne âgée puisse retourner à son domicile ». Le défi pour l'hôpital, nous le voyons, est donc de taille.

Cet effort des pouvoirs publics pour la gériatrie ne doit pas masquer le fait que l'hôpital public a, de lui même, entrepris de grands efforts dans la prise en charge du grand âge et de la dépendance. Et l'on partait de loin puisque pendant des siècles, les hôpitaux étaient des asiles qui accueillaient vieillards et indigents, malades ou non, dans l'insalubrité la plus générale. Dans sa chronique « Le mot de la fin » sur France Inter et à propos du mot « hôpital », Alain Rey écrit d'ailleurs que jusqu'au XVIIIème siècle : « Mourir et être réduit à l'hôpital voulaient dire : être, mourir dans la misère ». Les progrès de la science médicale, l'humanisation du personnel soignant ont permis de remédier progressivement à cet état de fait. Mais ajoute Alain Rey : « La prophylaxie, l'hygiène, le savoir et la technique ne suffiront jamais. L'hôpital doit et devra sans cesse se ressourcer à ses origines, celles que les mots racontent : recevoir des êtres humains, des semblables, les aider, les soutenir s'il se peut les soulager et les guérir. Faire de la personne qui se présente un hôte...L'essence de l'hôpital, c'est d'être accueillant à tous. Encore faut-il lui en donner les moyens ».

---

<sup>1</sup> Plan « Solidarité grand âge » : Présentation des mesures, 27 juin 2006.

Se pencher sur la politique de la vieillesse dans les hôpitaux est d'ailleurs très instructif et permet de démontrer que si les principes devant régir cette politique sont connus depuis fort longtemps, leur mise en œuvre s'est révélée beaucoup plus problématique. Ainsi, dans un article sur l'histoire de la politique à destination des personnes âgées<sup>1</sup>, on apprend que dès 1791, le Comité de mendicité annonce dans ses Projets de décrets présentés à l'Assemblée : « Art. 1 : Il y aura deux espèces de secours pour les vieillards et infirmes ; le secours à domicile ; le secours dans les asiles publics. Art. 2 : Le secours à domicile sera le secours ordinaire ». L'articulation entre soins à domicile et soins en établissement est une question qui se pose depuis longtemps. Encore plus étonnant, dès 1794, une grave crise financière dans les hôpitaux conduit à remettre à l'autorité municipale la charge et la conduite d'une politique à la fois sanitaire et sociale. Deux siècles plus tard, les domaines sanitaires et médico-sociaux se cherchent encore un avenir commun ! Enfin, dernier élément nous intéressant dans cette étude historique, ce sont principalement les problèmes des « effectifs soignants » et de l'architecture qui, dans le contexte d'après-guerre et de crise économique, empêchent l'institution hospitalière d'investir dans le secteur de la vieillesse. Les années 1950-1960 marquent le fossé qui se creuse, à l'hôpital entre la gériatrie et d'autres disciplines dites « de pointe » (la pédiatrie ou la réanimation par exemple). Depuis, bien des progrès ont été accomplis, notamment grâce à la mise en place progressive dans le paysage gérontologique hospitalier, des filières gériatriques. La gériatrie hospitalière s'est peu à peu tournée sur l'extérieur pour se renforcer de l'intérieur.

C'est véritablement depuis le début des années 2000, que l'idée d'un continuum dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis, s'est imposée. Cette prise en charge doit être le plus linéaire possible et nécessite la coordination de tous ceux qui interviennent en faveur de la personne âgée dépendante : médecins libéraux, établissements sanitaires publics ou privés, EHPAD, soins à domicile, soins palliatifs, psychogériatrie. Une vision purement hospitalo-centrée du traitement de la personne âgée s'avère délétère et n'a plus lieu d'être. « En ce sens, la valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination au service des personnes âgées »<sup>2</sup>.

Une filière gériatrique, si elle recouvre l'intégralité du parcours de soins de la personne âgée, ne se résume pourtant pas à la juxtaposition des éléments qui la composent. Il importe de l'entendre, au contraire, comme une véritable unité fonctionnelle de territoire.

---

<sup>1</sup> Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, numéro 129, mai 2008, p 50.

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, p 3.



Ainsi, depuis quelques années, les acteurs gériatriques de terrain tentent de s'inscrire dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées. Pour ce qui le concerne, le Centre hospitalier de Versailles prend une part prépondérante dans ce vaste chantier en ce qui concerne la filière gériatrique « nord 78-1 ». Cependant, cette filière gériatrique constitue plus une somme de coopérations informelles qu'une véritable unité rationnelle et structurée au service des aînés. Elle doit absolument être optimisée afin de faire face aux nombreux défis qui se présentent à elle (financement, création d'établissements et services, afflux de patients, coordination des acteurs, gouvernance, humanisation et enrichissement de la prise en charge, etc.). Ceci explique le titre de cette étude : humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière gériatrique versaillaise.

Dans la perspective d'améliorer l'efficacité de la filière gériatrique versaillaise, chacun de ces trois thèmes sera étudié, principalement du point de vue du Centre hospitalier. En effet, le fait d'avoir effectué mon stage de professionnalisation au sein de cette structure m'a permis d'obtenir une connaissance globale des problématiques se posant aux porteurs hospitaliers de ces filières. Il me sera également plus aisé d'apporter quelques solutions pragmatiques à ces difficultés. De plus, le rôle d'un établissement public de santé qui dispose d'un service d'accueil des urgences, d'un plateau technique performant et de nombreux services gériatriques, comme c'est le cas du Centre hospitalier de Versailles, est central au sein de cette nouvelle entité. Les missions confiées à la partie « hospitalière » de la filière sont, comme nous le verrons, très ambitieuses. Comment sera-t-il possible dès lors, dans un contexte budgétaire hospitalier difficile, de concilier efficacité de la filière et qualité du service rendu aux personnes âgées dépendantes ?

Ces mesures d'optimisation du fonctionnement de la filière gériatrique ne devront cependant, en aucun cas, être adoptées unilatéralement par le Centre hospitalier de Versailles mais au contraire faire l'objet d'un consensus global de la cinquantaine d'établissements et services à destination des personnes âgées qui composent d'ores et déjà la filière gériatrique « nord 78-1 ». C'est en tous cas l'état d'esprit dans lequel travaillent les promoteurs du projet dans le 78-1, territoire expérimental en matière de labellisation des filières gériatriques. J'ai souhaité intégrer largement cette expérimentation, sur laquelle j'ai travaillé pendant huit mois, dans ce mémoire. Les premiers résultats de cette démarche de labellisation seront d'ailleurs très significatifs.

Afin de faire tendre la filière gériatrique « nord 78-1 » vers ses objectifs d'humanité, de qualité et d'efficacité, il convient de voir en quoi cette organisation en filière est adaptée à la prise en charge des patients âgés à l'hôpital (1), avant d'évoquer les problèmes concrets rencontrés par les porteurs de projet (2), pour enfin préconiser certaines mesures pratiques et rapidement applicables en la matière (3).

# **1 L'intégration dans une filière gériatrique : une réponse adaptée de l'hôpital public face au défi du vieillissement démographique**

Le vieillissement démographique est un des phénomènes majeurs de ce début de siècle. Il sera un défi pour la société et ses structures de santé, au premier rang desquelles l'hôpital public. Mais il est évident que ce dernier doit s'associer à d'autres partenaires pour offrir une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire de la personne âgée dépendante. A ce titre, l'organisation en filière gériatrique semble la plus opportune. L'hôpital doit donc y prendre une place prépondérante mais non exclusive.

## **1.1 Le vieillissement démographique : un phénomène incontesté et incontestable**

### **1.1.1 La situation démographique en France**

Si la question du rapport entre hôpital public et personnes âgées se pose avec autant d'acuité aujourd'hui, c'est que le vieillissement démographique est marqué et qu'il aura une influence considérable sur l'organisation des services de santé. Etudier le fonctionnement d'une filière gériatrique implique nécessairement de connaître les mouvements démographiques généraux (France) et particuliers (Ile-de-France) et leurs incidences. A ce sujet, la DDASS des Yvelines a d'ailleurs récemment suggéré la mise en place d'un observatoire de santé sur le territoire 78-1 qui recenserait les informations concernant la population âgée, élaborerait des statistiques, développerait des études rétrospectives et prospectives, et coordonnerait les besoins de prise en charge personnes âgées au sein de chaque filière gériatrique.

Aujourd'hui, le vieillissement massif de la population française est souligné par les démographes. Ce phénomène est connu depuis nombre d'années mais son ampleur pourrait encore nous surprendre. Celui-ci aurait cependant tendance à frapper plus fortement d'autres pays occidentaux que la France, qui bénéficie d'un taux de natalité important et d'un solde migratoire positif.

Cette exception hexagonale est une tendance qui se confirme et apparaît plutôt positive d'un point de vue socio-économique.

Rappelons en préambule que la France compte au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 64 473 140 habitants selon l'INSEE<sup>1</sup>. La France recense aujourd'hui dans sa population, 21,6 % de personnes âgées de 60 ans ou plus (12,1 millions de personnes) contre 20,2 % dix ans auparavant. Les moins de 20 ans représentent pour la première fois de l'histoire démographique française moins d'un quart de la population (24,9 % contre 26 % en 1998).

Cette augmentation de la population âgée est liée à deux facteurs : la baisse de la fécondité et la baisse de la mortalité aux âges élevés. Ainsi, l'espérance de vie à 60 ans a fortement évolué et ce particulièrement depuis une trentaine d'années. Elle est passée de 21,6 ans en 1990 à 23,15 ans en 2001 (soit 1,55 ans en plus) alors qu'en deux siècles (1750 à 1950), les personnes de 60 ans avaient seulement gagné 4,5 ans d'espérance de vie. La tendance devrait se poursuivre. Dans son rapport annuel 2004<sup>2</sup>, l'IGAS note que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer de 12 millions aujourd'hui à 21 millions en 2035 et à 22,4 millions d'habitants en 2050, soit plus d'un tiers de la population totale. Selon le généticien Axel Khan, près d'une femme sur deux voyant le jour en 2008 sera centenaire.

Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, groupe qui nous intéressera plus particulièrement, l'évolution est très significative. En France, cette population s'élevait à 2,3 millions de personnes en 1962 (4,9% de la population totale); en 2008, elle atteint 4,2 millions (7,6 %). L'IGAS note que <sup>3</sup>: « La croissance prévisible des effectifs sera encore plus sensible pour les groupes les plus âgées. D'ici 2030, l'effectif des 75 ans et plus sera multiplié par trois et celui des 85 ans et plus par quatre : il serait respectivement de 11,6 et 4,8 millions ». Rappelons enfin que l'espérance de vie à la naissance continue à augmenter.

### **1.1.2 La situation démographique en Ile-de-France**

En ce qui concerne l'Ile-de-France, où se situe l'hôpital de Versailles, la situation est plus contrastée. Le recensement de 1999 a confirmé le vieillissement de la population et il annonce que les plus de 60 ans représentent 16,62 % de la population totale. Cependant, elle reste néanmoins, comparée aux autres régions de la métropole, une région jeune (âge moyen de 36,5 ans).

---

<sup>1</sup> " Bilan démographique 2007 - Des naissances toujours très nombreuses ", Insee Première n° 1170, janvier 2008.

<sup>2</sup> IGAS, Rapport annuel 2004 : gestion des âges et politique de l'emploi, p17.

<sup>3</sup> Ibid.

Dans le tableau présenté ci-après<sup>1</sup>, on note, tout de même de fortes disparités entre les différents départements d'Ile-de-France. Ainsi, le département des Yvelines compte une population de plus de 75 ans de 70 837 personnes, ce qui est relativement important. Les structures de santé de ce territoire doivent donc s'organiser en conséquence, car ce groupe des plus de 75 ans connaît un nombre de pathologies élevés.

Départements	Effectifs gériatres et médecine gériatrique	Population plus de 75 ans	Densité*
Paris	55.6	170 118	32.7
Seine et Marne	15.1	58 405	25.8
<b>Yvelines</b>	<b>27.6</b>	<b>70 837</b>	<b>39.0</b>
Essonne	14.7	57 026	25.8
Hauts de Seine	30.7	99 188	30.9
Seine St Denis	8.8	68 320	12.9
Val de Marne	47.1	78 412	60.1
Val d'Oise	34.8	51 598	67.5
<b>Ile de France</b>	<b>234.4</b>	<b>653 904</b>	<b>35.8</b>

\*densité pour 100 000 habitants de plus de 75 ans

Plus en avant dans ce mémoire, je présenterai une étude démographique du territoire de santé 78-1, préalable nécessaire à l'optimisation du fonctionnement de la filière gériatrique du CHV (Centre Hospitalier de Versailles) et indispensable dans la démarche de labellisation de cette filière. Notons d'ores et déjà que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va progresser sur le territoire de santé 78-1 de plus de 38 % d'ici 2010.

## **1.2 Les plus de 75 ans : cœur de cible de la filière**

### **1.2.1 Les plus de 75 ans : une population souvent victime de polyopathologies**

Comme je l'ai énoncé précédemment, notre étude portera principalement sur les personnes âgées de plus de 75 ans. Dans la circulaire du 18 mars 2002 relative à la filière gériatrique<sup>2</sup>, la DHOS note que : « C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polyopathologiques. »

<sup>1</sup> source : [www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

En effet, à cet âge, les pathologies sont de plus en plus en plus nombreuses, de même que les besoins liées à la perte d'autonomie. On sait ainsi que les personnes âgées de plus de 75 ans déclarent en moyenne plus de sept affections par personne. Cependant, avec l'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine, la population des 60-75 ans est, elle, une population en relativement bonne santé. Elle ne constitue donc pas le « cœur de cible » de la filière gériatrique.

La DHOS rajoute qu'en ce qui concerne les pathologies démentielles, la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas chaque année dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. Alors que les estimations actuelles évaluent à 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades d'ici 2020. On estime ainsi à 14 000, le nombre de malades d'Alzheimer en 2010 pour le seul département des Yvelines. Il importe d'anticiper au plus vite les diverses conséquences de cette terrible maladie, tant sur les malades que sur leurs proches.

Dans le rapport « Un programme pour la gériatrie »<sup>1</sup>, de Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, et Philippe Vigouroux, cette spécificité de la personne âgée de plus de 75 ans est clairement expliquée. Cette population réclame une demande croissante de soins. Les auteurs précités notent que le recours à l'hôpital et la durée d'hospitalisation augmente fortement avec l'âge. Il est donc aisément compréhensible que la filière gériatrique et l'hôpital public en premier lieu, visent plus particulièrement les plus de 75 ans, ne serait-ce que d'un point de purement « arithmétique ».

Ainsi le taux d'hospitalisation est-il de :

- 325 pour mille entre 55-64 ans
- 437 pour mille entre 65-74 ans
- 577 pour mille entre 75-84 ans
- 616 pour mille au-delà de 84 ans

Rappelons cependant, qu'à dire d'experts, la population « fragile » parmi les plus de 75 ans représenterait entre 25 et 30 % et 6 à 7 % chez les plus de 60 ans. Cependant, le concept de polyopathie est, de l'aveu de nombreux médecins, relativement flou : à partir de combien d'affections un patient est-il polyopathologique ? Cette notion comporte

---

<sup>1</sup> « Un programme pour la gériatrie », Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux, avril 2006. p 31.

donc un aspect relativement subjectif. Il en va d'ailleurs de même pour bon nombre de concepts relatifs à la personne âgée : dépendance, fragilité, etc. Des précisions en la matière seraient nécessaires.

### **1.2.2 Les différents types de patients de la filière gériatrique**

La filière gériatrique a pour vocation d'accueillir, toujours selon les mêmes auteurs, deux typologies de patients de plus de 75 ans aux besoins spécifiques :

- les patients de 75 ans et plus indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable.
  
- les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques.

Outre ces patients qui constituent, à proprement parler, la clientèle de la nouvelle entité, il me semble que cette dernière aura également un rôle à jouer en matière d'aide aux aidants (je ne vise pas seulement ici la maladie d'Alzheimer). Cette aide, opérée notamment par l'intermédiaire des psychologues et des assistantes sociales (professionnelles et intégrées à la filière gériatrique), est, même si cela est difficilement mesurable, décisive dans le processus de prise en charge de la personne âgée. Elle permet de prévenir la désespérance de l'aidant qui peut avoir des conséquences terribles. La médiatisation de ce type de drame est d'ailleurs de plus en plus fréquente. L'aidant constitue un partenaire privilégié de l'hôpital tout au long du parcours de soins. Son rôle doit être plus justement reconnu, même si des efforts ont déjà été largement entrepris en la matière.

La polypathologie de la personne âgée de plus de 75 ans nécessitera, du point de vue de l'hôpital et de son rôle dans la filière gériatrique, une offre de soins adaptée et diversifiée (prévention, évaluation, traitement lors de la phase aiguë de la maladie, réadaptation, soins de longue durée, etc.). L'âge de 75 ans n'est pourtant en rien discriminant dans l'accès à l'ensemble des services mais constitue un critère important dans l'adaptation de l'offre de soins à la demande et ce, sur un territoire donné.

Notons enfin que cet âge de 75 ans est également retenu dans le référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

## **1.3 L'hôpital et les personnes âgées**

### **1.3.1 Quel rôle pour l'hôpital dans la prise en charge des personnes âgées ?**

Afin de garantir le fonctionnement de la filière gériatrique au Centre Hospitalier de Versailles, il importe de s'interroger sur le rôle qu'entend jouer l'hôpital public dans la prise en charge des personnes âgées. Et la question est d'importance puisque plus du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus. Le patient âgé (ici, la personne de plus de 60 ans) représente même 70 % des admissions en urgence !<sup>1</sup> Sa prise en charge au SAU n'est pas adaptée, ce dernier est rapidement saturé avec les conséquences que l'on imagine. Cet état de fait permettait à Agnès Bertrand, actuellement Directrice-adjointe du CNEH, d'affirmer<sup>2</sup> : « Pour éviter des ruptures si préjudiciables dans la prise en charge du patient âgé et promouvoir un accompagnement global et cohérent de celui-ci, l'ensemble du dispositif de soins doit être repensé. La mise en œuvre concrète des filières gériatriques intégrées dans des réseaux spécifiques constitue donc une priorité stratégique».

L'hôpital s'est construit autour du concept du « tout médical » or, la prise en charge des personnes âgées est nécessairement pluridisciplinaire. Différents professionnels interviennent autour de la même personne et pas seulement des soignants. La mise en place des filières gériatriques est une révolution car très concrètement, il était rare jusqu'à aujourd'hui que des directeurs d'hôpitaux, des enseignants-hospitaliers ou des présidents de CME s'intéressent véritablement aux personnes âgées. Un hôpital place d'ailleurs rarement la prise en charge des personnes âgées en « vitrine » de ses activités. Cette nouvelle entité bouleverse aussi bien les mentalités que les pratiques des hospitaliers.

Il est également légitime de se demander, au regard de la multiplication des missions confiées aux établissements de santé (en matière de santé publique par exemple) et de leurs situations financières plus qu'incertaines, si ces derniers doivent, en plus, gérer la coordination de la prise en charge des personnes âgées. Qui plus est sur un vaste territoire de santé (il y n'y a que 23 territoires de santé en Ile de France pour quelques 654 0000 personnes âgées de plus de 75 ans). Lors de mon stage professionnalisant, j'ai en effet fréquemment entendu que la trop grande diversité des interventions de l'hôpital était peut-être un des facteurs expliquant sa fragilité financière.

---

<sup>1</sup> Technologie et santé, avril 2007 – n°61, avril 2007, p.5.

<sup>2</sup> Ibid.

Ce rôle de coordination ne doit-il pas être assumé par la médecine de ville, l'hôpital se recentrant sur les soins purement médicaux ? Ces deux entités doivent-elles travailler en complémentarité ? Pour quels résultats et avec quels moyens ? Il est important de trancher ces questions avant de créer une nouvelle structure administrative qui risque de se superposer à tant d'autres. Ce d'autant plus que les missions assignées à la filière gériatrique sont loin de ne concerner que la coordination.

### **1.3.2 L'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées : une volonté politique**

La décision a été prise, depuis plusieurs années de placer l'hôpital au cœur de la prise en charge des personnes âgées, grâce notamment aux filières gériatriques. Cela ressort clairement des propos du Président de la République qui déclarait<sup>1</sup> : « J'appelle l'hôpital à faire ce double mouvement : recentrage sur son cœur de métier, la phase aiguë de la maladie et reconversion vers la prise en charge du grand âge et de la dépendance. Prendre en charge le grand âge et la dépendance, cela doit être un hôpital adapté qui doit le faire. C'est une nécessité absolue pour que notre pays accompagne dignement nos aînés et nos concitoyens les plus fragiles. »

L'objectif est donc clairement énoncé et fait, à peu de choses près, l'unanimité (la question des moyens pour y parvenir fait, elle, l'objet de voix discordantes). Le « rapport Larcher<sup>2</sup> » insiste d'ailleurs sur la nécessité de mieux répondre aux besoins des patients âgés et d'assurer la continuité dans la prise en charge grâce à une collaboration plus efficace entre médecine de ville et hôpital.

Les auteurs du « Programme pour la gériatrie »<sup>3</sup> déclarent aussi que : « (la) vague démographique (gériatrique) qui s'annonce, concernant une population aux besoins en soins très particuliers, nous contraint à réorganiser nos hôpitaux dès maintenant : il en va de l'intérêt du patient gériatrique comme de l'intérêt financier de l'hôpital, heureusement convergents ». Ils ajoutent en conclusion, que<sup>4</sup> : « Ce n'est pas à la personne âgée de s'adapter à l'hôpital. C'est à l'hôpital de s'organiser pour offrir aux personnes âgées, toujours plus nombreuses, outre des soins compétents, un accueil adapté à leurs besoins bien particuliers ».

---

<sup>1</sup> Discours de M. le Président de la République « Réforme de l'hôpital », Neuchâteau, 17 avril 2008, p3.

<sup>2</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, 11 avril 2008, p9.

<sup>3</sup> « Un programme pour la gériatrie », Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux, avril 2006. p3.

<sup>4</sup> Ibid, p28.



Pragmatiquement, on peut aussi penser que l'hôpital n'a d'autres choix que de s'adapter aux personnes âgées puisqu'il est astreint à une mission de service public de dispensation des soins. Cette volonté politique de mieux prendre en charge les personnes âgées par la mise en place des filières gériatrique émane également des organisations hospitalières.

La FHF, parmi d'autres, s'implique beaucoup dans cette thématique. J'ai pu le constater lors d'un entretien avec Mme Virginie Hoareau-Castillo, Adjointe chargée du secteur vieillesse - handicap à la FHF. Mme Hoareau-Castillo soulignait la grande nécessité pour l'hôpital de s'intégrer dans cette filière gériatrique, tout en prônant une grande latitude dans l'organisation de cette dernière. Un groupe d'étude pluridisciplinaire s'est d'ailleurs récemment mis en place pour répondre aux difficultés rencontrées par les acteurs de cet ambitieux chantier (particulièrement en ce qui concerne les financements et la tarification). Gérard Vincent, Délégué général de la FHF, allait dans le même sens en déclarant<sup>1</sup> : « L'espérance de vie augmente et donc, le nombre de personnes âgées. Deux enjeux qui impliquent d'éviter d'improviser la suite des prises en charge successive du parcours de soins. Ces enjeux concernent l'hôpital public, d'une part parce que la demande de soins augmente avec l'âge, d'autre part parce que le nouveau mode de tarification des hospitalisations modifie les données du problème...Je crois que les enjeux sont clairs : d'abord il faut répondre à la demande, qui va croître, ensuite il faut essayer d'améliorer la qualité de cette réponse ». Efficacité et qualité sont donc les objectifs primordiaux des filières. L'humanité en est également un.

Le thème de la filière gériatrique, et de la gériatrie en général, est désormais devenu une des grandes préoccupations des décideurs du système de santé. Aucun rapport sur le système de santé français ne se dispense maintenant d'aborder ce sujet : Plan de Solidarité Grand Age, rapport Larcher, Programme pour la gériatrie, rapport de la Cour des comptes 2005 sur les personnes âgées dépendantes<sup>2</sup>. On ne peut évidemment qu'approuver cette prise de conscience même si celle-ci elle est quelque peu tardive.

Reste à faire preuve de la même bonne volonté dans la mise en place effective des filières gériatriques, dans chacun des territoires de santé. Le tout en évitant au maximum de trop fortes disparités régionales dans l'offre de soins. Nous le voyons, le défi est grand pour notre système sanitaire et médico-social.

---

<sup>1</sup> Technologie et santé, avril 2007 – n°61, avril 2007, p.7.

<sup>2</sup> Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, Cour des comptes, 2005.

## **1.4 La filière gériatrique : une organisation complète et complexe**

### **1.4.1 Définition de la filière gériatrique**

En terme de droit positif, la filière gériatrique relève principalement de deux circulaires de 2002 et de 2007<sup>1</sup>, la seconde venant compléter la première et étant plus hospitalo-centrée. Ces circulaires, qui n'ont pas à proprement parler de valeur impérative, viennent expliquer et préciser la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et les dispositions du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012.

Elles contiennent, outre une définition complète de la filière et de chacune de ses composantes, des préconisations quant au ratio à atteindre en matière d'offres de soins par rapport à la population âgée de plus de 75 ans du territoire de santé (ex : il importe d'offrir au minimum 1000 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la nouvelle entité). Ces indicateurs se révèlent précieux lors du dimensionnement de la filière et mettent en évidence certains besoins en matière d'offre de soins gériatrique qui se révèlent criants dans la filière versaillaise (déficit en places de court séjour gériatrique ou en hôpital de jour notamment, que je chiffrerai ultérieurement). Nous le verrons, il est possible d'affirmer que ces deux circulaires présentent une filière gériatrique qu'il est quasi-impossible de constituer concrètement. Ces ratios n'ont, en réalité, qu'un caractère purement indicatif.

Selon la circulaire du 28 mars 2007 : « La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique... ». Plusieurs éléments de cette définition sont déterminants dans le cadre de la mise en œuvre concrète de cette nouvelle construction.

Tout d'abord la filière gériatrique est une « modalité d'organisation...des soins gériatriques ». L'emploi de ce terme n'est pas neutre, la filière ne constituerait pas une nouvelle entité mais relèverait uniquement d'une question d'organisation interne dans les établissements. Nous verrons que cet élément est mis en avant par les organismes de

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique et Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

tutelle lors des négociations sur les moyens financiers à allouer aux promoteurs de filières gériatriques.

Ensuite, la filière de soins gériatrique relève d'un « territoire ». Le monde hospitalier abandonne peu à peu la notion de « bassin de population », pour celle plus dynamique, de territoire de santé. Au sein d'une même région vont cohabiter plusieurs territoires de santé. La région Ile de France regroupe ainsi 23 territoires de santé différents. Le département des Yvelines en compte 3 dont le 78-1, territoire de santé du Centre hospitalier de Versailles. Cet abandon de la notion de bassin de population au profit de celle de territoire de santé a son importance pour notre étude ; en effet sur un même territoire de santé, les filières gériatriques ne recenseront pas exactement le même nombre de personnes âgées de plus de 75 ans. D'où un risque d'hétérogénéité dans l'offre gérontologique locale potentiellement préjudiciable à l'équité dans l'accès aux soins.

Enfin, « La filière de soins gériatriques hospitalière...a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé ». C'est cet extrait précis de la circulaire de 2007 qui symbolise l'ampleur de la mission confiée à la nouvelle organisation et ce d'autant plus que l'on sait que le patient âgé est souvent victime de polypathologies. Concrètement, il est recommandé qu'une filière gériatrique « hospitalière » comprenne, a minima, les structures de soins suivantes :

- > Un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière ;
- > Une équipe mobile de gériatrie ;
- > Une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour ;
- > Un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour ;
- > Un ou plusieurs soins de longue durée (SLD) redéfinis au sens de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

Les structures précitées ne concernent que la partie « sanitaire » de la filière. Cela ressort très clairement de l'annexe 1 de la circulaire de 2007 qui énonce que la filière gériatrique s'inscrit dans une politique globale des personnes âgées.

Une des opportunités de la mise en place effective de cette nouvelle approche territoriale de l'offre de soins gérontologique est d'ailleurs la fin de la partition plus que néfaste entre le monde sanitaire et médico-social.

Même si mon mémoire traite principalement de la filière gériatrique du point de vue de l'hôpital, il ne pourra faire l'économie d'une étude complète des coopérations existantes ou à créer avec les réseaux de santé, l'hospitalisation à domicile ou encore les médecins généralistes. Cette collaboration est d'ailleurs un des grands défis à relever. La directrice de la DHOS écrit ainsi: « En ce sens la valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes âgées ».

Notons que depuis une dizaine d'année, les réseaux de santé « personnes âgées » (on estime aujourd'hui leur nombre à 45 en France), cherchent déjà à dépasser ce fossé entre hôpital, ville et domicile. Même s'il n'en existe pas dans le secteur versaillais, ce type d'expérience doit être étudié et développé.

Ainsi, au regard des deux circulaires de 2002 et 2007, trois grandes missions sont assignées par les autorités sanitaires à la filière :

- > Les hospitalisations non programmables pour lesquelles les services d'urgence associés aux équipes mobiles et les courts séjours gériatriques joueront un rôle de premier plan.
- > Les hospitalisations programmables, qui vont mobiliser en première intention, en fonction de la pathologie observée et du niveau de recours nécessaire au plateau technique, les services de courts séjours gériatriques, les lits de médecine des hôpitaux locaux ou les lits de SSR. Ces hospitalisations programmées peuvent être poursuivies au sein des unités de soins de longue durée. Par ailleurs, une hospitalisation à domicile ou une HAD en EHPAD peut prendre le relais.
- > Les bilans réalisés à froid, qui relèvent de l'hôpital de jour ou de la consultation gériatrique. Les services de court séjour peuvent le cas échéant être sollicités pour des hospitalisations de bilan très courtes au bénéfice de personnes dont l'isolement n'est pas compatible avec une prise en charge en hôpital de jour.

Nous le voyons, les missions de la nouvelle entité, sont extrêmement ambitieuses et placent l'hôpital au cœur du dispositif de prise en charge des personnes âgées. Pour ce faire, l'hôpital doit offrir un panel de ressources adaptées à leurs besoins. Le slogan « le bon patient dans le bon lit », peut résumer l'objectif de la partie sanitaire de la filière gériatrique. Il est vrai que la majorité des personnes âgées arrivent à l'hôpital, par les urgences où elles sont orientées dans les services hospitaliers, parfois sur le seul critère de la place disponible. L'hospitalisation ne correspond alors pas toujours aux besoins réels du patient âgé. La DHOS précise d'ailleurs que seulement 50 services de court séjour gériatrique fonctionnent dans les 207 établissements sièges de SAU ! C'est d'ailleurs le cas à Versailles, où le CHV dispose de 8 lits de cette nature.

En outre, les services hospitaliers ne proposent pas en permanence aux patients âgés, un avis gériatrique permettant une évaluation globale de l'état de santé du patient dans toutes ses composantes. Ceci a souvent pour conséquence d'allonger la durée du séjour hospitalier, nuisible au patient âgé et à l'hôpital. La DHOS notait d'ailleurs dans la circulaire de 2002<sup>1</sup> : « A l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible ». C'est ce que les nouvelles filières veulent éviter, notamment par une meilleure organisation des professionnels de la gériatrie à l'hôpital.

En intégrant une filière gériatrique, un établissement de santé bénéficiera d'une meilleure gestion du séjour des personnes âgées aussi bien sur le plan quantitatif (fluidité des parcours de soins améliorée donc durée moyenne de séjour abrégée) que qualitatif (prévention des phénomènes de rupture et de décompensation chez le sujet âgé). Ceci devrait permettre de moderniser l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées dépendantes. Reste désormais à s'intégrer au paysage sanitaire et médico-social.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, p2.

#### **1.4.2 Les filières gériatriques dans la planification sanitaire et médico-sociale**

L'importance de la planification sanitaire et médico-sociale en matière de gériatrie n'est plus à démontrer. En Ile-de-France, 40 % des patients hospitalisés étaient des personnes âgées, 50 % d'entre eux arrivant par les urgences. Grâce à une planification optimale, il doit être possible d'éviter le passage quasi systématique par le SAU et l'hôpital en général, notamment par une meilleure connaissance des besoins et de l'offre en matière de prise en charge des personnes âgées. J'ai d'ailleurs constaté en participant à la démarche de labellisation de la filière gériatrique versaillaise qu'il était très difficile d'obtenir un recensement exhaustif des établissements et services à destination des personnes âgées sur le 78-1. La planification spécifique au 78-1 sera, par ailleurs, étudiée plus en avant dans ce mémoire.

La planification doit être ambitieuse tant sur le plan sanitaire que médico-social. La partition entre ces deux « mondes » n'a, de toute façon, plus lieu d'être. Les différentes structures de la gériatrie doivent faire l'objet d'une excellente articulation entre elles. Il importe également de coordonner les différents outils de planification entre eux. Ces derniers ont eu à tendance, ces dernières années, à se multiplier. Coexistent aujourd'hui en matière de prise en charge des personnes âgées ; SROS 3 volet personnes âgées (Schéma régional d'organisation sanitaire) pour la partie sanitaire; PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) et schémas gérontologiques pour le domaine médico-social. Notons que des liens, encore insuffisants existent déjà entre ces plans pour lier sanitaire et médico-social.

Pour rappel, le PRIAC constitue une programmation pluriannuelle et concerne les priorités de financement de l'Etat et de l'Assurance Maladie par région. Dans le cadre de cette programmation financière, on détermine la capacité d'accueil, le public concerné et le coût. Ses objectifs sont une diminution des inégalités territoriales et une adaptation de l'offre médico-sociale de service collectif. Le SROS quant à lui, analyse, organise, coordonne et répartit l'offre de soins hospitaliers. Enfin le schéma gérontologique détermine dans chaque département la création ou la transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux, selon des besoins et des priorités préalablement définies.

Dans un Centre Hospitalier comme celui de Versailles, la filière gériatrique sera aussi nécessairement présente dans le CPOM (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et les PMT (Projets médicaux de territoire). Cette multitude de plans risque, à terme, de

nuire à la construction des filières gériatrique, où doit prévaloir une certaine unité entre les acteurs qui la composent. Actuellement, chacun de ces acteurs relève d'une planification différente ou de plusieurs à la fois. Le calendrier des plans est très hétérogène. De plus, ces différents outils n'ont pas le même territoire d'intervention ce qui complexifie singulièrement l'organisation territoriale de la nouvelle entité. Enfin, cette planification fait intervenir plusieurs autorités : Préfet, Président du Conseil général, ARH, etc. Madame Roxane Simon-Prel, chargée de mission à la CNSA résume ainsi la situation<sup>1</sup> : « Il existe des outils différents dans chaque secteur: SROS, PRIAC et Schémas gérontologiques. Les logiques institutionnelles et financières divergent. Le poids de l'histoire et des inquiétudes sur le respect du champ de compétence de chacun demeurent ». Dans « Un programme pour la gériatrie », Messieurs Jeandel, Pfitzenmeyer et Vigouroux affirment que <sup>2</sup>: « La multiplicité des décideurs sur le terrain des régions et départements est...un frein entravant la mise en œuvre d'une politique gériatrique et gérontologique efficace ». Cette volonté d'unifier la planification sanitaire et médico-sociale est d'ailleurs reprise dans un document publié par la FHF et nommé : « 8 priorités, 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier un projet pour améliorer la santé et garantir l'accès aux soins pour tous ». La proposition 17 est ainsi formulée : « Elaborer sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé publique, à partir d'une démarche d'évaluation des besoins, des schémas régionaux de santé publique intégrant la politique de prévention et d'éducation pour la santé et l'organisation de l'offre de soins entre hôpitaux, cliniques, soins de ville, établissements sociaux et médico-sociaux ». Cette volonté ne peut qu'être profitable à la nouvelle organisation qui regroupe l'ensemble de ces acteurs et requiert une certaine lisibilité de l'avenir.

De manière générale, il faut que les différents acteurs de la filière et leurs besoins soient identifiés et reconnus. En outre, les structures de la filière doivent disposer d'une visibilité à moyen ou à long terme, en raison du contexte de vieillissement démographique massif. Des solutions existent. Madame Roxane Simon-Prel propose ainsi la mise en place, avant la rédaction des différents plans, de réunions communes intéressant les institutionnels et les professionnels des deux secteurs et les libéraux. Il y aurait un pilotage départemental des DDASS avec encouragement des projets déposés conjointement par une structure médico-sociale et sanitaire. Cette initiative paraît logique et devrait être rapidement mise en œuvre, notamment dans le contexte de construction

---

<sup>1</sup> Gerontexpo, synthèse de la conférence du 24 mai 2007 : Sros, Projet médical de territoire, Priac, quelles articulations ?, p 3.

<sup>2</sup> « Un programme pour la gériatrie », Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux, avril 2006. p2.

des filières gériatriques. Cela nécessite un transfert partiel de compétences en matière de planification au profit des DDASS, qui est susceptible de poser problème.

Des expériences concrètes<sup>1</sup>, par exemple sur le territoire de santé Lille-Métropole, montrent que ce travail de rapprochement lors de la planification sanitaire et médico-sociale est possible et profitable à tous. On constate qu'un effort de cohésion est actuellement entrepris, en Ile de France, pour la partie planification sanitaire. En effet, le volet personnes âgées du SROS 3, le PMT du 78-1 ainsi que le CPOM liant le CHV à l'ARHIF placent la mise en œuvre de la filière gériatrique au centre de leurs préoccupations. Reste maintenant à ce que cette planification réponde véritablement aux attentes des acteurs gériatriques de terrain.

## **1.5 La gériatrie au Centre hospitalier de Versailles**

### **1.5.1 Le pôle de gériatrie du CHV : une prise en charge riche et diversifiée**

Il convient de présenter ici les différentes composantes du pôle gérontologique du Centre Hospitalier de Versailles et leur avenir au sein de la filière gériatrique. Précisons d'ores et déjà que les acteurs de ce pôle (médecins et administratifs) travaillent depuis longtemps main dans la main et dans un même objectif de qualité du service rendu, ce qui est évidemment un élément déterminant pour la cohésion et la coordination de la filière.

Notons que le Centre hospitalier de Versailles compte au 1<sup>er</sup> juillet 2008 quelque 725 lits ouverts, dont 168 lits à orientation gériatrique (131 lits d'EHPAD et 37 lits de SSR) ce qui fait du pôle de gérontologie, un acteur incontournable de la vie du Centre Hospitalier de Versailles. En outre, le pôle dispose d'une consultation mémoire qui réalise près de 500 actes chaque année. Ces « services » ne se trouvent pas dans l'enceinte de l'hôpital principal (situé dans la ville du Chesnay) mais en centre-ville de Versailles dans deux sites : l'hôpital Richaud et la Maison Espagne. Les résidents de la Maison Espagne emménageront début 2009 dans un tout nouveau bâtiment accolé à l'actuel hôpital Richaud. Cette importante opération immobilière (près de 18 millions d'euros) permettra le regroupement de l'ensemble des activités du pôle gériatrique (SSR et EHPAD) sur le site de l'hôpital Richaud. Ceci devrait permettre au pôle de gagner en cohérence, en facilitant la communication entre ses différentes équipes (ce qui est primordial pour la cohésion de la filière gériatrique).

---

<sup>1</sup> Gerontexpo, synthèse de la conférence du 24 mai 2007 : Sros, Projet médical de territoire, Priac, quelles articulations ?, p 5.



Restent cependant 8 lits de court séjour gériatrique, situés dans l'enceinte de l'hôpital Mignot (proximité du SAU et du plateau technique oblige) et non rattachés juridiquement, pour le moment, au pôle de gériatrie !

Si le pôle de gériatrie du CHV subit la division entre sanitaire (37 lits de SSR) et médico-social (131 lits d'EHPAD), cette distinction est assez formelle puisque le pôle bénéficie une direction commune par un « trio de pôle » regroupant Mr le Docteur Samson, Chef de pôle ainsi que Mr Sabatier, Directeur-adjoint chargé du pôle de gérontologie et Mne Tanguy, cadre supérieure de santé. Ces deux entités ont une culture hospitalière marquée et restent fortement médicalisées (ce qui est, je m'en expliquerai ultérieurement, à double tranchant). Le GIR moyen-pondéré de l'EHPAD est de 758,27. Le statut d'USLD a été abandonné par le CHV. Les 131 lits d'EHPAD font l'objet d'une convention tripartite qui sera renouvelée prochainement. Celle-ci a permis une amélioration de la prise en charge grâce à l'élaboration de projets de vie et de projets de soins. Les équipes du pôle abandonnent peu à peu des réflexes purement hospitaliers (la prise en charge médicale, assurée 24 h /24 h, reste cependant de grande qualité) pour se tourner vers une culture de l'hébergement et de l'accueil. Cela va dans le sens des politiques gérontologiques actuelles, qui placent l'usager au centre de sa prise en charge en établissement.

L'EHPAD demeure cependant liée à l'hôpital pour la gestion du personnel, les travaux, les objectifs en termes de qualité et surtout l'organisation du parcours de soins du patient (l'EHPAD accueille principalement des patients issus du SSR ou d'autres services du CHV). Ceci est conforme aux objectifs de la nouvelle organisation qui consiste à éviter au maximum les ruptures dans la prise en charge du patient âgé. L'EHPAD profite également de la proximité de l'hôpital au travers de l'utilisation de son plateau technique (ce qui évite le passage systématique et parfois préjudiciable des personnes âgées par le SAU), des remplacements de personnels absents ou encore de la logistique (restauration, blanchisserie, etc.).

L'EHPAD dispose d'un budget annexe à celui du CHV ce qui lui confère une certaine autonomie financière. Celui-ci est en équilibre et est classiquement divisé entre soins, dépendance et hébergement. Les 37 lits de SSR sont eux intégrés au budget de l'hôpital et disposent d'une dotation globale. Le financement du SSR en T2A sera expérimenté dès 2010 en Ile-de-France. J'évoquerai ultérieurement les conséquences de ce changement sur la filière gériatrique. Le taux d'encadrement en personnel de ces deux entités est satisfaisant pour un domaine comme celui de la gériatrie, traditionnellement considéré comme peu attractif par le personnel soignant.

Par la diversité de ces prises en charge (SSR, EHPAD, court séjour gériatrique, SAU, consultation mémoire, plateau technique), il est évident que le CHV dispose des capacités techniques et du savoir-faire pour devenir le centre de la filière gériatrique versaillaise. La prise en charge gériatrique au sein du CHV ne concerne cependant pas exclusivement le pôle de gériatrie. Deux séries de statistiques permettent de s'en rendre compte :

> Tout d'abord, sur les 34 969 séjours hospitaliers (en entrée directe) en 2007, 8545 d'entre eux concernent des personnes âgées de plus de 75 ans soit un taux de 24,5%. Ce chiffre important démontre l'enjeu crucial de l'optimisation du fonctionnement de la filière gériatrique à l'hôpital de Versailles. Ces 8545 séjours se réalisent en médecine (5434), en chirurgie (1350), en SSR (286), en psychiatrie (52) et en hospitalisation de courte durée (1678). Les ressources gériatriques du CHV doivent donc être mutualisées entre ces services. Point positif pour la richesse de la filière, on note une forte représentativité au CHV, de services répondant aux morbidités fréquentes du grand âge (cardiologie, pneumologie, traumatologie, psychiatrie, oncologie, etc.).

> Ensuite, l'activité du service des urgences est également très significative. Sur les 55 268 passages annuels au SAU, environ 6000 concernent des personnes âgées de plus de 75 ans, soit un taux de 10,8 % (taux qui augmentera au fil des années). Ce chiffre de 10,8 % correspond à une moyenne d'environ 17 patients de cette tranche d'âge pris en charge quotidiennement aux urgences, avec le risque que l'on connaît. Par ailleurs sur ces 6000 patients, la moitié d'entre eux est hospitalisée. Ces hospitalisations sont si nombreuses, que près de 1064 patients sont transférés chaque année vers d'autres établissements sanitaires, faute de places au CHV. Ce « taux de fuite » est également préjudiciable à la personne âgée, dont le parcours de soins doit être le plus stable possible et être effectué le plus près possible de son domicile. Il est en tout cas révélateur du manque de lits de court séjour gériatrique au CHV. L'organisation en filière gériatrique et la mutualisation des moyens qu'elle implique doit attaquer de front à ce problème crucial, qui de nombreux hôpitaux. Le court séjour gériatrique constitue naturellement un élément clé dans l'offre gériatrique de proximité.

### **1.5.2 L'activité gériatrique du CHV et son ouverture sur l'extérieur**

En gériatrie comme dans de nombreux autres domaines, l'hôpital public ne peut plus tout faire seul mais doit au contraire, tirer profit de son environnement pour assurer pleinement ses missions. Au sein de la filière gériatrique, il est particulièrement important d'associer

très largement les acteurs du secteur sanitaire et médico-social ainsi que des représentants des professionnels de santé libéraux et d'usagers. De fait, plusieurs professionnels interviennent nécessairement autour d'une même personne. Par ailleurs, il importe d'associer ces acteurs et de les coordonner autour d'une mission commune centrée sur la personne âgée, sa maladie, ses handicaps et sa santé. Cet objectif est aujourd'hui communément admis par l'ensemble des acteurs gérontologiques du territoire. La DDASS prône d'ailleurs ces rapprochements dans le cadre de la labellisation des filières gériatriques du 78-1.

Si leur mise en place effective est un phénomène relativement nouveau (circulaire de 2002 et 2007 ainsi que Plan Solidarité Grand Age), la coopération entre acteurs gérontologiques de territoire l'est beaucoup moins. Elle s'est parfois construite autour de l'intérêt que pouvait en tirer les structures de santé ou les libéraux (places libres, mesure d'économie, etc.) plus que sur une réelle volonté de rationaliser le parcours de soins du patient âgé. L'hôpital de Versailles, soumis à la tarification à l'activité, n'échappe malheureusement pas à cet état de fait.

On peut aujourd'hui distinguer deux types de coopérations entre le CHV et ses différents partenaires sur le territoire de santé du 78-1 :

> Des partenariats « informels » qui recouvrent les réseaux relationnels entre médecins ou directeurs des établissements sanitaires, qui peuvent se porter assistance, essentiellement lors de la prise en charge difficile de patients (trouver une place en SSR après une hospitalisation ou un EHPAD proche de la résidence familiale). Cette coopération tacite, peut être insuffisante en ce qu'une filière gériatrique repose sur la connaissance officielle de ses acteurs entre eux et de leurs ressources respectives. Elle n'est pas non plus toujours respectueuse du libre choix du patient. Ces partenariats informels sont nés de la méconnaissance des professionnels de santé (hospitaliers ou libéraux) des différentes catégories de services sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux de leur territoire. Il conviendra lors de la labellisation des filières gériatriques de porter une attention particulière à l'information et à la communication vis à vis des professionnels, des usagers, des patients et de leurs familles. La mise en place d'un dossier commun du patient et d'un système informatique centralisé pourrait ainsi faciliter les échanges d'information entre membres de l'organisation gérontologique. Cependant ce type de partenariat, souvent basé sur l'affinité entre les personnes se révèle utile pour débloquer certaines situations complexes. La flexibilité et la souplesse dans la prise en charge des personnes âgées sur un territoire sont importantes. Les filières gériatriques devront en tenir compte, en étant perméables entre elles.

> Des partenariats « officiels » sont également noués par le CHV. Ils sont d'ailleurs recensés dans la convention constitutive filière, la rendant rapidement opérationnelle. Le premier de ces partenariats est celui entretenu entre le CHV et le CLIC « COGITEY », le premier étant membre fondateur (avec la Clinique Médicale de la Porte Verte) et administrateur du second. « COGITEY » pour COordination Gérontologique Intercommunale du Territoire Est-Yvelinois, a pour but d'organiser et de favoriser le retour et le maintien à domicile des personnes âgées en effectuant une évaluation des besoins, en les orientant vers des professionnels (sociaux, médicaux, paramédicaux...) et en les informant sur les aides financières possibles, pour une prise en charge globale. Lorsqu'un placement s'avère nécessaire, la coordination gérontologique aide à la recherche de la structure. Le CLIC regroupe 13 communes autour de Versailles et assure une coordination effective des professionnels sanitaires, médico-sociaux et de la ville au sein d'une seule et même instance. Son comité technique, qui est présidé en alternance par le CHV et la CMPV, permet un dialogue et une politique rationalisée de prise en charge des personnes âgées. Il importe de s'appuyer sur ce CLIC, dans l'optique d'optimiser le fonctionnement de la filière gériatrique. Il conviendra aussi d'éviter les doublons en opérant une redéfinition claire des missions du CLIC et de la nouvelle entité.

Le deuxième type de « partenariats officiels » est constitué de l'ensemble des conventions déjà formalisées entre le CHV et différentes structure sanitaires et médico-sociale (appartenant ou non à la future organisation). Elles prévoient souvent l'accès privilégié des patients de ces structures au service de SAU, du plateau technique ou des consultations avancées du CHV (convention avec la clinique des Franciscaines à Versailles ou avec le Centre médico-chirurgical de Parly 2). Ces conventions concernent aussi l'aval du SAU du CHV (l'Hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir-Grignon ou le Centre Denis Forestier garantissent ainsi un accès privilégié des patients du CHV à leurs services de soins de suite, de médecine ou de soins palliatifs). Ces partenariats améliorent la fluidité dans le parcours de soins de la personne âgée. Ils atténuent les délais d'attente dans les services hospitaliers pour les personnes âgées et réduisent le temps consacré par les équipes à la recherche de lit. Ils permettent donc une amélioration effective de la qualité du service rendu.

L'avenir de ces conventions, dont les résultats sont probants, est un sujet d'inquiétude chez de nombreux gériatres que j'ai rencontrés. La labellisation de la filière gériatrique ne doit pas avoir pour conséquence la fin de ces partenariats. Au contraire, elle doit permettre de les renforcer et d'en créer de nouveaux. Il existe clairement un risque que chacune des trois filières du 78-1 se replie sur ses propres ressources et se concentre uniquement sur ses membres.

Ces « partenariats officiels » sont enfin constitués par les relations entretenues entre le CHV et les quatre réseaux de santé que sont le PALLIUM et EPSILON (réseaux sur les soins palliatifs à domicile en Yvelines Sud), ainsi que RYSC (réseau sur la cancérologie) et le RPSM (réseau de promotion de la santé mentale). Lors des travaux préparatoires à la constitution de la filière de Versailles, les professionnels ont unanimement salué le travail de ces réseaux et l'importance de leurs places dans le parcours de soins des personnes âgées ou de leurs familles.

Les promoteurs du projet ont décidé de s'appuyer sur leur expérience et leur savoir-faire concernant des pathologies fréquentes chez les personnes âgées. Ceci est d'ailleurs conforme à l'esprit des textes. On note ainsi dans la circulaire de 2002<sup>1</sup> : « Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter...Le plus souvent sollicité par le médecin généraliste, le réseau permet l'articulation - contractualisée - autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et famille».

Dans le cas de Versailles, il est tout à fait regrettable qu'un réseau de santé spécifique aux personnes âgées n'existe pas. Les travaux en ce sens, engagés il y a quatre ans, à l'initiative du CHV et en relation avec la médecine de ville avaient donné lieu à une validation par le Comité régional des réseaux en 2006. Cet avis favorable n'a malheureusement pas été suivi de l'attribution d'un budget. Cependant l'expertise menée sur la spécificité du patient âgé, a créé une dynamique que les différents porteurs du projet (établissements sanitaires et médico-sociaux, généralistes, usagers, familles, etc.) s'efforceront de retranscrire dans la filière gériatrique (ces deux entités étant d'ailleurs complémentaires sur un territoire).

Ainsi, l'offre de soin médico-social, à destination des personnes âgées, telle qu'elle fonctionne actuellement s'appuie sur des collaborations solides mais perfectibles, entre professionnels de tout type. La démarche de labellisation ne doit en aucun cas figer ou remettre en cause ces partenariats mais au contraire les faire vivre et les enrichir pour améliorer l'efficacité de la filière gériatrique.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/0 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, p4.

## **2 Les problématiques du Centre hospitalier relatives à la filière gériatrique versaillaise : entre fluidité du parcours de soins de la personne âgée et qualité du service rendu**

L'apparition des filières gériatriques dans le paysage hospitalier est une opportunité pour cette institution de s'adapter de manière quantitative et qualitative aux exigences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'enjeu est double : faire face à l'afflux de patients de plus de 75 ans et optimiser le financement de leurs séjours hospitaliers pour cause de contexte budgétaire contraint.

Cependant pour que la nouvelle organisation territoriale fasse progresser concrètement la relation hôpital - personnes âgées, les défis sont nombreux et divers : qualité, financement, gouvernance, etc. Les efforts entrepris en la matière devront tendre en permanence et avant tout vers le bien-être de la personne âgée. Par là même, les conditions de travail en gériatrie, qui j'ai pu le constater en tant qu'élève-D3S ou qu'ASH-remplaçant, sont parmi les plus difficiles du monde hospitalier, pourraient s'en trouver facilitées. Reste à entrer dans ce cercle vertueux en surmontant une à une, les difficultés qui ne manquent pas de se présenter au Directeur d'établissement en pareil cas, et sur lesquelles il n'a pas toujours pris. Mon travail sur la labellisation de la filière gériatrique « nord 78-1 » m'a d'ailleurs confronté à certaines problématiques qui sont fréquemment rencontrées : importance du dialogue avec les autorités de tarification, nécessité de faire comprendre son projet par l'ensemble de ses acteurs, ainsi que conciliation de logiques parfois contradictoires (amélioration de la qualité et rationalisation des moyens par exemple).

Nous étudierons successivement, dans une perspective de résolution de ceux-ci, les principaux problèmes que rencontrent les porteurs de projet. J'ai constaté, sans étonnement, qu'ils étaient communs aux trois filières gériatriques du territoire 78-1.

### **2.1 Filière gériatrique et gouvernance**

#### **2.1.1 Impact de la nouvelle gouvernance hospitalière sur la filière gériatrique**

L'hôpital public est toujours en pleine mutation (cf. projet de loi Patient, santé et territoire). Ce constat est unanimement partagé par les acteurs de ce service public si particulier et, par ailleurs, très apprécié des français. Mais cette phrase signifie implicitement que

l'hôpital est « en crise », comme d'ailleurs dans l'ensemble des pays occidentaux. Une réforme d'ensemble de ce dernier est aujourd'hui nécessaire et c'est précisément dans ce contexte que se met en place la filière gériatrique. Elle doit notamment s'adapter à la nouvelle gouvernance hospitalière et aux modes de management différents qui en découlent.

Cette dernière est juridiquement fondée sur une ordonnance du 2 mai 2005<sup>1</sup>. L'organisation interne de l'hôpital est profondément bouleversée avec pour objectifs d'accroître son autonomie, de développer responsabilité et initiative des acteurs hospitaliers (soignants et administratifs) ainsi que d'intégrer la contractualisation dans le paysage hospitalier français. Action et gestion sont rapprochées. Concrètement, des pôles d'activité au sein de l'hôpital sont créés avec pour chacun, un responsable de pôle assisté par un cadre de santé et un cadre administratif et un Conseil de pôle. Un contrat de pôle, évalué annuellement, fixe les objectifs d'activité : la qualité, les contraintes financières, les moyens et indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement au résultat ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Au Centre hospitalier de Versailles, le pôle de gériatrie fonctionne dans cette optique de responsabilisation et de décloisonnement.

La gouvernance de l'entité à créer relèvera donc, pour partie, du pôle gériatrique de l'hôpital et ce d'autant plus que l'hôpital est l'établissement support de la filière. D'où l'importance pour le fonctionnement de cette dernière que le pôle hospitalier soit une instance performante et la plus appropriée possible à ses contraintes si particulières.

Or, trois années après la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière, le bilan semble plutôt mitigé. Confier une partie du devenir de la filière gériatrique à une instance qui n'a pas encore fait ses preuves n'est-il pas inquiétant ? Force est de constater que la réforme n'est pas tout à fait digérée et semble avoir eu quelques effets pervers. En témoigne le constat sans concession dressé par le Président de la République Nicolas Sarkozy lors de son discours de Neufchâteau sur la réforme de l'hôpital<sup>2</sup>, trois ans seulement après la réforme de la gouvernance hospitalière : « La gouvernance de l'hôpital doit être réformée...Il faut à l'hôpital public un patron et un seul, excusez moi. Ce patron c'est le Directeur...Ecoutez aujourd'hui à l'hôpital c'est simple, tout le monde a son

---

<sup>1</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>2</sup> Discours de M. le Président de la République « Réforme de l'hôpital », Neufchâteau, 17 avril 2008, p5.

mot à dire pour dire non et personne n'a assez de force pour dire oui ». La réforme de 2005 basée sur le dialogue et la décision participative semble avoir vécu et si le constat est sévère, il n'est pas sans fondement. De nombreux hospitaliers dénoncent en effet aujourd'hui une confusion des rôles entre médecins et administratifs. Il semble qu'un certain retour en arrière va être effectué donnant un plus grand pouvoir de décision au Directeur. C'est en tout cas ce que suggère le rapport Larcher sur l'hôpital. Il propose ainsi de rénover la gouvernance des hôpitaux en renforçant les pouvoirs de gestion des directeurs. Issu de la fonction publique ou du secteur privé, le directeur devra être un véritable "manager". Cette diversification dans le recrutement est le signe que les autorités gouvernementales souhaitent doter l'hôpital d'un véritable patron. La transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, doté d'un président élu en son sein va également dans le sens d'une plus grande latitude laissée au Directeur dans l'administration de l'hôpital, avec, pour ce dernier, des contre parties en termes de responsabilité.

Pour autant la filière gériatrique ne peut-elle pas « s'accommoder » des pôles nouvellement créés ? Tout d'abord les pôles gérontologiques sont tout à fait spécifiques à l'hôpital puisqu'ils sont naturellement et uniquement basés, comme c'est le cas à Versailles, sur la personne âgée. Ceci lui confère une unité de gestion que ne connaissent pas certains pôles hétéroclites regroupant par exemple la médecine, le SAMU, la radio et les activités de santé publique. De fait, nombreux sont les cas de pôles gériatriques qui fonctionnent convenablement et sont même parfaitement adaptés aux exigences d'une filière. Au CHU de Nantes par exemple, l'expérience est payante. Vincent Ould-Aoudia et Patrick Giraud respectivement Gériatre et Directeur-adjoint de ce CHU se félicitent de<sup>1</sup> : « L'organisation en pôles qui a permis de...mieux répondre aux besoins des patients ». Le premier ajoute que : « le vécu des soignants, au bout de huit ans de fonctionnement est très positif, malgré les imperfections. Aucun d'entre nous n'a envie de faire machine arrière. »

Il me paraîtrait en tous cas dangereux de ne pas intégrer le futur coordonateur de la filière au sein du pôle gériatrique de l'hôpital, celui-ci étant établissement-support de la filière. Le coordonateur doit disposer d'une vue d'ensemble sur les ressources hospitalières de cette nouvelle organisation territoriale. Il paraît en tous cas souhaitable, pour le devenir la filière gériatrique que la gouvernance hospitalière soit efficace et ses principes, stables dans le temps.

---

<sup>1</sup> Technologie et santé, avril 2007 – n°61, avril 2007, p.15.



### **2.1.2 La filière gériatrique « nord 78-1 » : les enjeux d'une bonne gouvernance**

Il est primordial pour une structure regroupant des partenaires aussi hétérogènes qu'une filière gériatrique d'être dotée d'une organisation administrative la plus performante possible. Insistons sur le fait que cette nouvelle coordination territoriale compte des établissements et services extrêmement différents les uns des autres. Peu de points communs semblent, a priori exister entre d'une part la Villa d'Epidaure, accueil de jour de 5 places, situé à la Celle Saint Cloud et le Centre médico-chirurgical de Parly 2, clinique établie au Chesnay et qui compte près de 12 000 passages par an dans son service d'accueil des urgences. Les établissements et services du groupement divergent tant par leur taille, leur statut juridique ainsi que par leurs attentes en ce qui concerne le projet commun. Cela a été mis en exergue très lors des réunions préparatoires à la labellisation et constitue une source d'inquiétude pour bon nombre des membres de la filière.

L'enjeu de la gouvernance est de développer et gérer une véritable entité commune, à destination des personnes âgées, qui transcende la somme des intérêts particuliers de chacune de ses composantes. L'effort à entreprendre est de taille puisque actuellement, la filière gériatrique telle qu'elle fonctionne, ne dispose, à proprement d'aucune structure de direction propre. Elle repose, comme je l'ai précédemment mentionné sur des coopérations informelles qui in fine, ne permettent pas toujours de proposer une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée et de qualité à destination des personnes âgées du territoire. L'organisation des éléments qui constituent une filière gériatrique n'est formalisée, dans le secteur de Versailles. La labellisation devra remédier à cet état de fait en évitant cependant un formalisme trop rigoureux. Le danger de créer une nouvelle entité administrative qui ralentirait le travail des soignants est bien réel.

La mise en place d'une gouvernance cadrée et adéquate sera nécessairement le théâtre de forts enjeux de pouvoirs. Le monde sanitaire et médico-social n'échappe pas à une forte compétition entre ses acteurs. Ceci se vérifie d'ailleurs dans les Yvelines, qui est, selon une récente étude de l'Institut Montaigne, un des départements français, où la concurrence entre établissements publics et privés de santé est la plus forte. Même si la collaboration et la complémentarité sont mises en avant par chacun d'eux, certaines oppositions demeurent sous-jacentes. Il n'est pas illogique que chaque établissement cherche à attirer une « clientèle » suffisante aussi bien en quantité qu'en qualité. Ces termes sont volontairement provocateurs mais correspondent à une situation bien réelle. Les structures cherchent en effet à prendre en charge des patients qui soient en nombre suffisants (importance de l'activité dans la tarification notamment) avec des pathologies les moins contraignantes possible (afin d'assurer une durée moyenne séjour relativement

brève). Les hôpitaux ou les cliniques cherchent légitimement à restreindre le « taux de fuite » de leur « patientèle » vers d'autres établissements de santé. Il existe aussi une certaine méfiance entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées (à domicile ou en établissement), cette concurrence se joue essentiellement à trois niveaux : coût des prestations (souvent rédhibitoires pour des personnes défavorisées), qualité de la prise en charge médicale et enfin qualité de l'accueil hôtelier.

Ces contraintes peuvent conduire à un certain antagonisme entre les partenaires qu'il serait illusoire et même imprudent de nier. La filière gériatrique qui est avant tout une organisation de coopération territoriale n'y échappera pas. Mais cette concurrence peut aussi être profitable à l'usager en ce qu'elle est susceptible de favoriser une amélioration globale des prestations offertes. L'hôpital doit également se souvenir ici qu'il est responsable d'une mission de service public de santé et qu'il doit garantir un égal accès aux soins à tous.

Les dispositions législatives et réglementaires en matière de gouvernance de la filière gériatrique se révèlent assez laconiques à l'examen. Tout juste est-il précisé dans la circulaire du 28 mars 2007, que : « Pour chaque filière, le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres sont formalisés par convention. Cette dernière prévoit une coordination administrative ainsi qu'une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre ». Ces préconisations sont assez brèves mais laissent finalement toute liberté aux membres dans son organisation.

Il importe de créer des coordinations administratives et médicales qui comptent en leur sein, un maximum d'établissements et services, afin que ceux-ci soient le plus impliqués possible dans la filière et ne se sentent pas exclus de décisions qui leurs seront directement applicables. Mais ces coordinations doivent être suffisamment restreintes pour permettre une certaine rapidité d'exécution des décisions. Le paradoxe n'est pas insurmontable et, nous le verrons ultérieurement, la filière gériatrique « nord 78-1 » sera administrée de façon collégiale et rationnelle.

Ainsi, la gouvernance de la future institution est un enjeu majeur qui conditionnera sans doute la réussite de celle-ci. Si elle n'est pas très rapidement efficace, la filière gériatrique sera rapidement délaissée et ne restera qu'un concept louable.

## **2.2 La filière gériatrique : une organisation (trop) onéreuse ?**

### **2.2.1 Les missions pléthoriques et coûteuses de la filière gériatrique...**

L'importance des missions de la filière gériatrique reflète les insuffisances encore existantes dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'intention des autorités ministérielles de santé en la matière sont d'ailleurs très claires. Il s'agit ni plus ni moins que de couvrir l'intégralité des parcours de soins possibles de la personne âgée tout en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. Cet objectif nécessite d'assurer, pour l'établissement de santé centre référent gériatrique comme c'est le cas du Centre Hospitalier de Versailles, outre ses prestations à destination des personnes âgées dépendantes (hôpital de jour, court séjour gériatrique, SSR et équipe mobile), un important travail de coordination des partenaires. Or, inutile de souligner que ce travail de coordination sera très mobilisateur sur le plan des ressources consommées. Reste à chiffrer clairement celui-ci.

Les besoins de la filière gériatrique en termes d'équipement sont eux clairement identifiés. Ils sont ainsi résumés par Anne Bidaut, DIM au Centre Hospitalier de Laennec<sup>1</sup> :

- 0,5 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans en hôpital de jour
- 1 à 3 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans en unité de court séjour gériatrique
- 3 à 8 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans en SSR
- 18 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans en SSIAD
- 7 à 12 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans en USLD
- 83 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans en EMS

---

<sup>1</sup> Technologie et santé, avril 2007 – n°61, avril 2007, p.13.

De plus et pour remplir ses missions, la circulaire du 28 mars 2007 a fixée, à titre indicatif des ratios à offrir pour chaque type de prise en charge gériatrique hospitalière : une filière doit ainsi offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique ou encore 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur son territoire d'implantation, etc. Partant de ces préconisations et les comparant à l'offre de soins effectivement existante sur le territoire français, les auteurs de « Un programme pour la gériatrie » chiffrent à 395 millions d'euros sur sept ans, la somme à investir pour faire fonctionner convenablement la partie hospitalière de la nouvelle organisation ! Devant les difficultés des finances publiques de l'Etat, il serait parfaitement utopique de penser qu'un tel montant sera déboursé pour le seul domaine de la gériatrie. Et ce quand bien même la prise en charge des personnes âgées dépendantes soit un sujet mobilisateur et consensuel par essence ! Les auteurs précités affirment d'ailleurs dans une sorte d'aveu<sup>1</sup> : « Nous formulons ces recommandations en une période de difficulté de financement du système de santé ». Ce constat s'accompagne d'ailleurs d'un double message qui fait appel à la bonne volonté respective des directions d'hôpitaux, à savoir faire de leur propre initiative, des efforts de restructuration interne et du ministère, qui est encouragé à donner aux établissements de santé des moyens « réels »...

Certes, l'hôpital n'est qu'un des nombreux maillons institutionnels de la filière gériatrique et il apparaîtrait logique que les efforts, financiers ou non, à entreprendre pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes soient équitablement répartis entre tous et selon leurs moyens propres. La « puissance financière » de chaque membre de la filière est en effet un élément qui doit être appréhendé à sa juste mesure. Mais, il est à craindre que l'hôpital public en soit seul, ou presque pour ses frais. Plusieurs données concrètes peuvent le laisser penser :

- En tant qu'établissement de santé support de la filière et qui plus est astreint à une mission de service public, l'hôpital public sera certainement contraint à faire le premier des efforts en terme d'équipement, de recrutement de personnels, de travail de coordination. Le devenir du projet commun repose en grande partie sur ses épaules et il se devra d'affecter des moyens conséquents à ce projet qui à terme, peut lui être très profitable.

---

<sup>1</sup> « Un programme pour la gériatrie », Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux, avril 2006. p28.

- Lors du travail de labellisation des filières gériatriques, il est apparu que l'investissement la médecine de ville et des établissements sanitaires privés dans le processus était encore perfectible. Comment imaginer dès lors que ceux-ci affecteront des moyens financiers importants dans un projet sur lequel ils nourrissent toujours nombre d'interrogations ?
- Enfin, l'hôpital est le partenaire, qui par son importance socio-économique, semble le plus à même de mobiliser des ressources humaines, logistiques et financières dans le projet. N'oublions pas que la majorité des membres sont de petites structures associatives qui ne pourront que très partiellement financer les dépenses importantes afférentes au fonctionnement de la filière gériatrique.

En clair comme nombre des futurs membres de l'organisation « nord 78-1 » l'ont souligné, le projet qui nous intéresse suscite encore de sérieuses interrogations, tant sur le contenu de ses missions que sur les moyens d'y parvenir. Or, le processus de labellisation de la filière est largement enclenché et il engagera juridiquement ses membres. Dès lors et même si les DDASS des territoires de santé d'Ile-de-France expérimentant cette labellisation dans le cadre des Projets Médicaux de territoire, ont adopté une démarche participative tout à fait opportune, n'était-il pas préférable d'étudier encore les conditions d'exécution matérielle de cette entreprise ? Ou même de revoir les objectifs de la filière gériatrique à la baisse ? L'avenir devrait en tout cas nous le dire très prochainement.

### **2.2.2 ...assumées par un hôpital financièrement fragile**

Nous l'avons vu, l'hôpital de Versailles va être amené à jouer un rôle primordial dans l'organisation à créer et cette responsabilité ne sera pas sans incidence financière. En effet et je le développerai ultérieurement, il existe une réelle opposition entre d'une part l'hôpital qui entend voir recevoir des financements extérieures pour les diverses prestations qu'il sera amené à délivrer dans le cadre de cette entité de prise en charge gériatrique et les autorités de contrôle et de tarification qui considèrent la mise en place de la filière gériatrique hospitalière comme une simple question d'organisation interne des acteurs gérontologiques de territoire.

Mais le CHV est comme de nombreux autres hôpitaux français soumis à une crise budgétaire importante. Sera-t-il alors en mesure de remplir les objectifs si ambitieux que lui affectent les autorités de santé ? Ne doit-il pas, pour assurer son avenir, se recentrer sur ses missions traditionnelles de soins médicaux, chirurgicaux et ambulatoires ? Ces

questions se posent pour l'ensemble de la communauté hospitalière française qui est aujourd'hui en plein bouleversement.

En 2007, les milles hôpitaux publics qui emploient près de 1 100 000 de nos concitoyens ont terminé l'année, selon la FHF, avec un déficit de 1,5 % de leur budget ce qui représente en valeur absolue plus de 800 millions d'euros ! 29 des 31 Centre Hospitaliers Universitaires ont un compte d'exploitation négatif. Le retour à l'équilibre nécessiterait toujours d'après la FHF, la suppression de quelque 20 000 emplois. Pire, malgré les efforts consentis par les hôpitaux, on apprend que la plupart des établissements ayant bénéficié du dernier plan de retour à l'équilibre des hôpitaux, doté de 300 millions, sont restés dans le rouge. Et qu'ils ont souvent même accru leurs effectifs, sous la pression des élus locaux !

Dès lors, c'est peu dire que la mise en place des filières gériatriques, qui nécessite un effort financier massif à destination de la prise en charge du grand âge se fait dans un contexte peu propice.

Le CHV, comme de nombreux autres hôpitaux français se trouve dans une crise financière importante. Néanmoins le pôle de gériatrie est lui, à peu près en équilibre ce qui est satisfaisant pour la filière. Il ne saurait cependant consentir à des efforts supplémentaires et assumer, par exemple, la charge financière représentée par l'emploi d'un gériatre coordonateur de filière (à peu près 110 000 euros par an).

Heureusement, le fonctionnement de la nouvelle coordination ne grèvera peut-être pas si lourdement les finances hospitalières. Selon les auteurs précités du « Programme pour la gériatrie », les intérêts médicaux du patient et financiers sont même convergents. C'est notamment la communication entre les acteurs de la filière (de l'amont à l'aval) qui permettra sans doute d'optimiser les séjours hospitaliers et donc d'obtenir des finances saines. Reste tout de même à engager une mise de départ. Le fameux précepte « le bon patient, dans le bon lit » permet même d'atteindre les deux objectifs que j'évoque dans la deuxième partie de ce mémoire : fluidité du parcours de soins et qualité du service rendu.

La bonne santé financière des filières gériatriques reposera donc en grande partie sur deux éléments : l'admission et la sortie d'hospitalisation. Celle-ci sera aussi dépendante d'un autre corpus de règle tout à fait déterminant : la tarification.

## **2.3 Le défi de la tarification dans les filières gériatriques**

### **2.3.1 La tarification dans la filière gériatrique : une hétérogénéité délétère**

Le mode de tarification applicable à la filière gériatrique est un enjeu considérable, pourtant souvent mésestimé, par les auteurs, administrations ou spécialistes travaillant sur ce sujet. Aucune étude, texte de loi ou rapport ne traite spécifiquement de ce point. Et pour cause, la tarification de l'organisation est marquée par une grande caractéristique : l'hétérogénéité. Tous les grands modes de tarification régissant le financement hospitalier se retrouvent dans la filière gériatrique. En résumé :

- Le court séjour gériatrique (et l'éventuel hôpital de jour que créerait le CHV) se trouve en régime T2A (tarification à l'activité). Ce mode de tarification, qui concerne 100% des activités MCO de l'hôpital depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, remplace la dotation globale de financement. Les ressources de l'hôpital proviennent donc de l'activité effectivement réalisée par celui-ci, ce qui paraît juste et équitable. Concrètement, il existe un regroupement des séjours d'hospitalisation en fonction des informations suivantes, codées pour chaque patient : le diagnostic principal et un acte chirurgical éventuel. Ces regroupements sont recensés dans le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui détermine, in fine, quelques 800 Groupes Homogènes de Séjours (GHS). A chaque GHS est attaché un tarif, révisé périodiquement, et qui sert donc à rémunérer l'hôpital de ses services. Nous reviendrons sur les effets de la T2A.
- La consultation mémoire, assurée au sein du Centre Hospitalier de Versailles, connaît, elle, d'un système de tarification bien différent de la T2A, mais qui est en fait son pendant : les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). La dotation MIGAC permet de financer soit des missions non directement reliées à la production de soins, comme la recherche, l'enseignement, l'innovation médicale, l'activité de recours, soit des activités de soins dispensés à certaines catégories spécifiques (c'est le cas de la consultation mémoire pour les personnes âgées dépendantes). Le financement des MIGAC est distribué au niveau régional par l'ARH. Cependant, cette situation pourrait évoluer avec la création à terme d'un forfait qui tienne compte de la spécificité de ces consultations mémoire qui sont longues et pluridisciplinaires<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Circulaire N°DGS/SDSD/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004/2007, annexe 2.

- Le Service de Soins de suite et de Réadaptation (SSR) enfin, n'est pas encore rentré dans la réforme de la tarification à l'activité puisqu'il demeure financé par une Dotation Annuelle de Financement (DAF). Cependant, malgré l'opposition d'une grande partie du monde gériatrique, le passage à la T2A est imminent en SSR. L'Ile de France a d'ailleurs été désigné région-pilote pour expérimenter, dès 2009, un modèle simplifié de valorisation de l'activité, précurseur de la T2A.

Dans un secteur, la filière gériatrique, où l'unité doit être de mise, cette hétérogénéité des tarifications est bien évidemment délétère. La filière extrahospitalière connaît également des tarifications diversifiées : forfait annuel en HAD, tarification ternaire en EHPAD, financement par dotation globale des SSIAD, honoraires médicaux et paramédicaux, etc.

### **2.3.2 Vers une valorisation de l'activité gériatrique au sein de la filière ?**

Valoriser l'activité gériatrique, qui souffre d'une mauvaise image, parmi les soignants comme chez une partie de la population, doit être un objectif à court terme. De fait la tarification à l'activité, qui s'étendra du court séjour au SSR (en attendant une disparition programmée des USLD ?) semble peu adapté au monde gérontologique. En effet, le PMSI ne prend pas en compte, et ne rémunère donc pas, l'intervention de plusieurs équipes ou services dans la prise en charge du patient, ce qui est pourtant très fréquent chez une personne âgée dépendante. Le PMSI oblige également à opter pour une pathologie principale, alors que le patient âgé est souvent victime de pluripathologies. Le risque de ne privilégier que l'acte, de multiplier les séjours et de « trier » les patients selon leur pathologie, plus ou moins rémunératrice, est donc grand pour les services hospitaliers soumis à la T2A. Ce phénomène est accentué par la recherche d'une Durée Moyenne de Séjour la plus brève possible et ce afin de multiplier les séjours. Cette DMS est d'ailleurs de 13,5 jours dans les services de court séjour gériatrique du CHV et de la CMPV, alors qu'elle devrait idéalement être de 5. Les patients âgés, qui cumulent souvent problèmes médicaux, psychologiques et sociaux et dont la sortie doit être préparée convenablement, peuvent alors être perçus comme encombrant inutilement les services !

Aujourd'hui deux options sont envisageables. La première est de mieux adapter la tarification à l'activité aux spécificités gérontologiques (création d'une nomenclature spécifiquement gériatrique, pondération pour « complexité médico-sociale », etc.). C'est la volonté des auteurs de Un Programme pour la Gériatrie. La seconde, plus utopique, consisterait à doter la filière gériatrique d'un budget unique et commun. Cette proposition est cependant étudiée au sein de la DHOS, par un groupe de travail récemment constitué.



## 2.4 La filière « nord 78-1 » : une filière sous-dimensionnée ?

### 2.4.1 L'offre de soins gériatrique et les besoins de la filière « nord 78-1 »

<u>Discipline gériatrique</u>	<u>Capacité en lits et places</u>	<u>Projets</u>	<u>Préconisations circulaire 2007</u>
<u>Equipe mobile gériatrique externe</u>	0	En cours	<u>1</u>
<u>Court séjour gériatrique</u>	98 (dont 20 d'oncogériatrie)		<u>334</u>
<u>Soins de suite gériatrique</u>	97 (dont 15 d'oncogériatrie) Soit 35 405 journées d'hospitalisation		<u>13 350 journées d'hospitalisation</u>
<u>SSR soins palliatifs</u>	16	+ 18 lits début 2010 au CHV	
<u>SSR rééducation</u>	80		
<u>Etats végétatifs chroniques</u>	8		
<u>USLD</u>	48		<u>160</u>
<u>EHPAD</u>	1427	+ 4 lits début 2009 au CHV	<u>1108</u>
<u>Hôpital de jour diagnostic</u>	0	Projet CHV de 5 places	<u>5</u>
<u>Hôpital de jour chimiothérapie rééducation</u>	14 (4 en chimiothérapie et 10 en rééducation)		
<u>Accueil de jour</u>	27	Projet CHV de 10 places	
<u>Consultations mémoires</u>	1677		
<u>SSIAD</u>	370		<u>240</u>

Le tableau situé ci-contre présente de façon synthétique, l'offre gériatrique de la filière « nord 78-1 » et la compare aux préconisations précédemment évoquées (rapportées aux 13 350 personnes âgées de plus de 75 ans du territoire d'implantation de la filière). Il est aisé de comprendre que, malgré les quelques projets en cours, cette dernière sera indéniablement sous-dimensionnée, mais qu'elle dispose aussi de quelques atouts.

Plusieurs éléments doivent être plus particulièrement mis en lumière à la lecture de ce tableau :

- Un déficit très important est à noter en matière de lits de court séjour gériatrique puisque l'on ne recense que 98 lits sur le territoire de la filière alors que près de 334 seraient nécessaires. Il en va de même de l'activité d'USLD.
- La filière ne couvre pas tous les parcours potentiels du patient âgé. Il n'existe pas d'hôpital de jour polyvalent sur l'activité gériatrique et qui effectuerait des bilans ainsi que de l'évaluation thérapeutique. Cela est dénoncé par les gériatres du Centre Hospitalier de Versailles et de la Clinique médicale de la Porte Verte, établissements-soutiens de la filière. Cette structure reste à créer. Des négociations ont été récemment entreprises avec les autorités de contrôle et de tarification en ce sens. Le Centre Hospitalier de Versailles souhaiterait gérer cet hôpital de jour couplé à un accueil de jour, au rez-de-chaussée du nouveau bâtiment qu'il construit actuellement. Ceci permettrait une concentration des activités gériatriques sur un seul et même site, tout à fait satisfaisante dans une optique de maîtrise de l'activité de la filière gériatrique hospitalière.
- L'équipe mobile de gériatrie (EMG), maillon tout à fait indispensable au bon fonctionnement de la filière n'est pas en place. Je reviendrai sur cet élément.
- La filière gériatrique « nord 78-1 » compte un nombre de lits et places satisfaisant en matière de SSR, de SSIAD et d'EHPAD.
- Enfin, il existe un manque de structures ou d'architectures adaptées pour la prise en charge des patients victimes de la maladie d'Alzheimer ou atteints de démence. Il importera de développer, à court ou moyen terme une offre en matière de psychogériatrie cognitive et de psychiatrie du sujet âgé.

## **2.4.2 Forces et faiblesses structurelles de la filière gériatrique « nord 78-1 »**

Dans l'optique d'une labellisation prochaine de la filière gériatrique « nord 78-1 » par l'ARH d'Ile-de-France (un dossier en ce sens devrait être prochainement transmis), certaines modifications seront nécessaires en son sein. En effet, cette labellisation ne sera accordée que si l'ensemble des éléments constitutifs de l'entité sont effectivement réunis et conformes à un cahier des charges à élaborer par la DHOS. Or, nous l'avons vu, la filière gériatrique est encore incomplète (absence d'un hôpital de jour et d'une équipe mobile de gériatrie) donc non officiellement « labellisable » à ce jour.

Tout d'abord et comme partout, le service des urgences de l'hôpital de Versailles est souvent un recours facile aux problèmes gériatriques du territoire. Faute de prise en charge en amont des urgences (faible coordination avec la médecine et de ville et les EMS), arrivent des personnes pour qui l'hospitalisation est parfois plus justifiée sur un plan social que médical. Les services sociaux des hôpitaux sont d'ailleurs souvent appelés aux urgences pour rechercher des places de SSIAD ou en EHPAD. Le patient gériatrique est perçu comme encombrant inutilement le SAU. C'est aux équipes de la filière gériatriques que devrait revenir ce rôle d'interface entre l'hôpital et les différentes structures médico-sociales. Le fait que la filière gériatrique « nord 78-1 » dispose de suffisamment de places d'EHPAD et de SSIAD est d'ailleurs extrêmement positif. Cette arrivée massive et non anticipée de personnes âgées dépendantes est nuisible aux trois objectifs précités de la filière gériatrique : qualité, humanité, efficacité. Il importe donc de favoriser l'accès direct en service de court séjour gériatrique que l'hospitalisation soit programmée ou non. Le rôle de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences sera aussi déterminant, en situation de crise, pour une orientation rapide et efficace du patient au sein de la filière. En outre, elle devra développer des méthodes et des outils pour le repérage des situations de fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile ou en EHPAD. Elle préviendra ainsi, ipso facto, des passages injustifiés et inappropriés au SAU. La filière gériatrique « nord 78-1 » devra véritablement créer une porte d'entrée spécifiquement gériatrique à l'hôpital.

Plus problématique encore est la carence que l'on constate en matière d'offre de soins de court séjour gériatrique et d'USLD au sein des deux principaux établissements sanitaires de la filière que sont le CHV et la CMPV (98 lits au lieu de 334 idéalement en court séjour gériatrique). Elle pénalise l'ensemble de l'aval de la prise en charge de personnes âgées dépendantes à l'hôpital. Rappelons qu'il revient au court séjour gériatrique, selon la circulaire du 28 mars 2007 de : « prendre en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies

chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeur, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. » L'unité de court séjour gériatrique répond à quatre fonctions :

- assurer une hospitalisation directe
- assurer le cas échéant une hospitalisation après passage aux urgences
- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement
- assurer l'orientation du patient adaptée au cours d'une hospitalisation de quelques jours.

La place du court séjour gériatrique est centrale au sein de la nouvelle organisation. C'est d'ailleurs la structure l'accueillant qui est désignée établissement support de la filière. Or, le court séjour gériatrique de la filière « nord 78-1 » est sous-dimensionné ce qui n'est pas sans poser de problèmes. La création de lits de gériatrie aiguë et de réadaptation gériatrique a été tout à fait insuffisante et la conséquence en est le placement, dans des services de soins non gériatriques, de patients âgés dépendants nécessitant une approche pluridisciplinaire. Celle-ci faisant défaut, deux situations différentes mais tout aussi insatisfaisantes l'une que l'autre peuvent se produire :

- Soit la personne âgée est déclarée sortante prématurément alors qu'elle souffre d'un isolement à domicile ou de soins inappropriés en EMS. Dans ce cas précis, le risque d'une réhospitalisation augmente de manière exponentielle, avec un coût prohibitif.
- Soit la personne âgée reste de longs mois hospitalisée, souvent en SSR, et contribue à l'augmentation de la durée moyenne de séjour, si importante à l'heure de la T2A. La personne est alors considérée comme bloquant illégitimement un lit.

A l'heure du vieillissement démographique, il faut donc créer, comme le prévoit le projet d'établissement du Centre hospitalier de Versailles des places de court séjour gériatrique (la capacité d'accueil de ce service devrait prochainement passer de 8 à 14 lits). L'encadrement en personnel doit être suffisant (idéalement un temps plein de Praticien Hospitalier pour 10 lits) car, comme je l'ai affirmé précédemment, le travail en gériatrie est difficile et peut ne pas être attractif pour de jeunes professionnels de santé. Ces lits de court séjour gériatrique doivent en outre se situer près du plateau technique et l'utilisation de ce dernier programmé au maximum avec le gériatre responsable de filière.

Nous le voyons, pour placer justement le curseur entre fluidité du parcours de soins et qualité du service rendu, la filière gériatrique devra porter un effort sur l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière des personnes âgées dépendantes. C'est précisément pour cela que la coordination est si importante entre les différents partenaires de la filière.

## **2.5 Filière gériatrique « nord 78-1 » et territoire de santé**

### **2.5.1 Filière gériatrique « nord 78-1 », indicateurs de santé et population**

Pour appréhender correctement ce développement, plusieurs éléments doivent être mis en lumière. Tout d'abord et comme énoncé précédemment la démarche expérimentale de labellisation de la filière gériatrique dans le 78-1 a été entreprise par le prisme d'une vision territoriale de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et nous verrons que cela n'est pas sans poser de sérieux problèmes d'organisation. C'est plus précisément dans le cadre des Projets Médicaux de Territoire que se construisent les filières gériatriques. Ces PMT explicitent la manière dont structures et professionnels de chaque territoire s'organisent, en concertation, sous l'égide de l'ARH, pour que l'offre de soins, telle qu'elle a été définie dans le SROS, ses annexes et les CPOM, réponde de la façon la plus efficiente possible, aux besoins de la population âgée du territoire.

La démarche PMT-filière gériatrique du 78-1, qui a été menée dans un esprit de concertation remarquable, nous apprend ainsi que le territoire de santé du 78-1 compte 650 376 habitants soit 46 % des yvelinois. Parmi ceux-ci et à l'image de l'ensemble de l'Île de France, la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans le 78-1 est faible (4,7% soit 30 382 personnes) mais devrait considérablement augmenter d'ici 2020 (6,3% soit 41 908 personnes). Il est donc logique de penser que les difficultés rencontrées par les promoteurs de filière gériatrique du 78-1 et décrites dans cette partie seront considérablement accentuées dans certaines régions françaises où le vieillissement est bien plus important. Qui plus est, le département des Yvelines, aux indicateurs de richesse globalement favorables, propose une offre de soins gériatrique plutôt complète et diversifiée, ce qui n'est pas le cas dans l'ensemble du pays. Cependant, il serait faux de penser, même si la part des personnes dépendantes chez les plus de 75 ans n'est que de 25 %, que le 78-1 échappera aux problématiques liées aux papy-boom. Songeons aussi qu'en 2010, près de 13 500 des habitants de ce territoire souffriront de la maladie d'Alzheimer ou de démence. Or, c'est à la filière gériatrique qu'il reviendra de prendre en charge ces malades et leurs familles.

Ce territoire connaît de fortes disparités démographiques et économiques en son sein. Le secteur urbain versaillais est très peuplé et connaît un fort vieillissement démographique, la ville de Saint Quentin en Yvelines est jeune mais regroupe certaines zones défavorisées tandis que la ville de Rambouillet est entourée d'une grande zone rurale.

Ces divers éléments ont permis, j'y reviendrai, de dégager trois filières gériatriques où se retrouvent ces disparités démographiques:

- Filière gériatrique « sud 78-1 » (Rambouillet) : 10 500 P.A de plus de 75 ans.
- Filière gériatrique « centre 78-1 » (Ville-nouvelle) : 5600 P.A de plus de 75 ans.
- **Filière gériatrique « nord 78-1 » (Versailles) : 13 500 P.A de plus de 75 ans.**

Cette répartition du territoire entre filières gériatriques peut interroger. La filière « nord 78-1 » connaît une « patientèle » forte sur un petit secteur géographique tandis que celle de la filière « sud 78-1 » est relativement faible au vu de son très vaste territoire. La filière « centre 78-1 » est, elle, plutôt équilibrée. Même si les collaborations préexistantes sont appelées à être maintenues, le risque de disparités territoriales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, aussi bien à domicile qu'en établissement peut inquiéter. La DDASS des Yvelines déplore d'ailleurs que certaines communes isolées ne garantissent pas un accès aux soins à des personnes âgées vivant seules et fragiles.

Reste que ces trois filières s'appuient sur trois hôpitaux performants (respectivement le Centre hospitalier de Rambouillet, l'Hôpital gérontologique et médico-social de Plaisir-Grignon et le Centre hospitalier de Versailles), des réseaux de santé solides, des CLIC de niveau 3 bien intégrés au paysage gérontologique du 78-1 (même si leur territoire d'intervention ne recoupe pas celui des filières gériatriques) et une HAD reconnue.

Plus particulièrement, la filière « nord 78-1 » aura à prendre en charge un nombre conséquent de personnes âgées, même si, le Centre hospitalier de Versailles, en court séjour gériatrique notamment, connaît un taux de fuite important (21,5%) de ses patients de plus de 75 ans vers d'autres établissements sanitaires, publics et privés. Le sous-dimensionnement (8lits) de son court séjour, évoqué précédemment, en est l'explication.

La zone de couverture de base de la filière sera celle du CLIC de niveau 3 COGITEY, c'est-à-dire les 12 communes autour de Versailles. Elle proposera une offre de soins de proximité, ce qui est un gage indéniable de qualité du service rendu. La prise en charge médicale proche du domicile de la personne âgée dépendante et/ou de sa famille est en effet un facteur essentiel sa réussite. Cependant, notons qu'il existe dans le 78-1 une densité territoriale plus faible que la densité régionale pour les médecins généralistes (appelés à être la véritable base de la prise en charge gériatrique) et spécialistes ainsi que pour les dentistes et les paramédicaux. Ceci peut avoir tendance à accroître inutilement la charge de travail des services hospitaliers.

## **2.5.2 Des relations à clarifier entre structures et professionnels de la filière**

En matière de filière gériatrique, la coopération est un enjeu majeur qu'elle soit organisée depuis la ville (réseaux de soins) ou depuis l'hôpital (consultations mémoire, d'évaluation gérontologique et hôpitaux de jour). Or, force est de constater que la filière gériatrique « nord 78-1 » est perfectible en la matière puisqu'elle ne compte ni réseaux de santé gérontologique, ni hôpital de jour effectuant des bilans et des évaluations thérapeutiques. Ce déficit structurel explique en partie, les relations difficiles et les incompréhensions entre médecine de ville et médecine hospitalière dans le 78-1. Le renforcement de la coopération public/privée apparaît d'ailleurs en bonne place dans les objectifs d'amélioration de l'offre de soins gériatriques de territoire.

La difficile communication entre ces deux entités engendre un problème de réactivité et empêche parfois d'éviter des hospitalisations ou de permettre le retour à domicile. Tous les professionnels susceptibles de prendre en charge des personnes âgées ne connaissent d'ailleurs pas forcément les différentes catégories de services sanitaires et médico-sociaux à leur disposition. L'hôpital devra, grâce à son Equipe mobile de gériatrie ou par l'intermédiaire de son CLIC, apprendre à sortir de ses murs. Le coordonateur de la filière devra rapidement s'attacher à ce travail de rapprochement des acteurs de la filière. Lors des travaux de labellisation des filières gériatriques, les participants appelaient d'ailleurs l'hôpital à soutenir davantage les médecins traitants dans leur activité professionnelle (évaluation médicale et paramédicale des personnes âgées dépendantes, ouverture de consultation mémoire ou d'accueil de jour, etc.).

De même, l'absence d'informations et d'échanges de données entre structures et professionnels de la filière empêche la prise en charge optimale d'un patient souffrant de pluripathologies. Les règles de diffusion de l'information médicale changent selon le lieu de vie, le lieu de soins ou selon divers critères plus ou moins opaques. Le séjour hospitalier s'en trouve complexifié. Les nouvelles technologies de l'information (réseau, dossier informatisé), pourraient, sous contrôle, être une aide précieuse pour les différents soignants de la filière. Là encore, la concertation sera de mise et permettra de dépasser, nous pouvons l'espérer, le traditionnel clivage entre sanitaire et médico-social.

L'offre d'une prise en charge adaptée et coordonnée à destination des personnes âgées dépendantes doit peu à peu prendre le pas sur certaines logiques corporatistes délébiles. La mise en place des filières gériatriques est une formidable opportunité de régler, de manière qualitative et quantitative, le grand défi du vieillissement démographique. Reste désormais à concrétiser cette bonne volonté sur le terrain.

### **3 Propositions visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans la filière « nord 78-1 »**

Qualité, humanité, efficacité sont donc les objectifs primordiaux que doit viser la filière gériatrique « nord 78-1 ». Les écueils de quelques natures qu'ils soient ne manqueront pas de se poser aux promoteurs de cette organisation novatrice. Le projet en cours semble être appropriée, nous l'avons vu, à la couverture de l'ensemble du parcours de soins potentiel d'une personne âgée dépendante et ce sur un territoire donné.

Par ailleurs et pour la replacer dans un contexte plus professionnalisant, la filière gériatrique est une opportunité intéressante pour un Directeur d'établissement. En effet et comme pour toute création d'entité nouvelle, il est possible pour un gestionnaire de proposer quelques mesures simples, peu coûteuses et directement applicables à la filière. Ces préconisations peuvent se révéler utiles dans la mesure où, les moyens contraints des ONDAM à venir vont rendre plus difficile l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De nombreuses organisations professionnelles, d'usagers ou d'aidants s'insurgent d'ailleurs contre ce sous-financement chronique de la gériatrie, qui pourrait à terme, pénaliser les efforts déjà entrepris.

#### **3.1 La labellisation de la filière gériatrique : une opportunité historique pour les acteurs et les usagers de ce territoire de santé**

##### **3.1.1 La construction de la filière « nord 78-1 » : entre concertation et décision**

Le processus de labellisation des filières gériatriques du 78-1 s'est déroulé selon la méthode dite « DELPHI » qui, initiée par la DDASS du 78, a permis, peut-être pour la première fois, de rassembler autour d'une même table, l'ensemble des acteurs de la gériatrie du territoire et de les faire œuvrer sur un projet commun et ambitieux : la filière gériatrique. Ce travail de concertation, précédé d'un bilan complet de l'offre existante, a permis de dégager une dizaine de priorités visant principalement à remédier aux défauts de continuité des soins dans le parcours ville – hôpital - domicile ou structure de suite, du patient âgé. Les trois premières priorités sont, dans l'ordre, les suivantes : développer la prise en charge pluridisciplinaire, développer la coordination gérontologique en lien avec le secteur médico-social et la ville et améliorer le parcours du patient âgé lors de son séjour hospitalier. Ce résultat est intéressant en ce que ces trois axes d'amélioration impliquent l'hôpital, directement ou indirectement.



Par ailleurs, ces recommandations rejoignent les préconisations du rapport Larcher qui précise clairement que<sup>1</sup> : « Les évolutions de l'offre de soins doivent ainsi déborder le strict cadre sanitaire pour intégrer la dimension sociale du système de santé dans un environnement marqué par le vieillissement de la population, la fragilité et la précarité ». Logiquement les promoteurs de la filière gériatrique « nord 78-1 » ont fait leurs ces remarques et mis au premier rang de leurs objectifs, l'approche pluridisciplinaire de la prise en charge des personnes âgées dépendantes (par exemple, au travers du développement de groupes de travail multiprofessionnels concernant les bonnes pratiques). La prise en compte de la paupérisation d'une partie de la population de la filière ne sera pas oubliée puisque les deux établissements-supports mutualiseront leurs équipes d'assistante sociale (10 ETP) afin, nous ne pouvons en douter, d'être plus performant sur l'aide aux personnes âgées. En clair, une première recommandation assez simple sur le devenir de la filière gériatrique est de conserver et d'affirmer cette dynamique interprofessionnelle collective qui porte déjà ses fruits. Cela participe du décloisonnement des métiers de la gériatrie qui permet à la filière de tendre vers ses trois objectifs de qualité, d'humanité et d'efficacité.

Cette démarche participative achevée, s'est entamé un dialogue entre les établissements -supports éventuels des filières du 78-1 et les autorités de tutelle. Il s'agissait ici de dénombrer les filières potentielles, leurs établissements-supports ainsi que leur territoire d'intervention. On peut se féliciter de l'excellente coopération des différents établissements sanitaires du 78-1 entre eux lors de cette étape décisive. Tous ont adhéré à ce projet, qui les implique tant financièrement que juridiquement. Pour avoir participé à cette phase, je peux témoigner d'une réelle volonté des différents établissements sanitaires du 78-1 de tendre vers une prise en charge renouvelée, coordonnée et originale du grand âge. Lorsque l'on connaît la relation parfois tumultueuse hôpital-personnes âgées, on doit évidemment prôner le maintien d'une telle dynamique. Ces établissements ont également, ce qui est très positif, souhaité conserver l'ensemble des conventions qui les liaient préalablement à la mise en place des filières gériatriques.

Le principe d'un territoire de santé à trois filières gériatriques (cf. **2.5.1**) s'est vite dégagé et a récemment été soumis à l'ARHIF. La désignation des établissements-supports a, elle aussi fait l'objet d'un consensus louable. Il conviendra donc, pour l'avenir de ces nouvelles entités, de conserver cette volonté collective d'amélioration effective du bien-être des personnes âgées dépendantes.

---

<sup>1</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, 11 avril 2008, p 14.

### **3.1.2 Accroître la visibilité des filières gériatriques : un but essentiel**

Nous abordons ici un point important dans l'optique du développement des filières gériatriques. Pendant longtemps, la gérontologie n'était pas un domaine phare de l'activité hospitalière. Or, pour accroître la visibilité juridique des filières, certaines mesures doivent et peuvent rapidement être prises, notamment du point de vue de l'hôpital.

Tout d'abord et, la labellisation de la filière gériatrique « nord 78-1 » ayant une réelle chance d'aboutir, il conviendrait d'intégrer celle-ci aux objectifs du CPOM. Si la filière est déjà un objectif présent dans les volets des SROS 3 consacrés aux personnes âgées, son inscription au CPOM serait souhaitable. C'est d'ailleurs une volonté explicite de la DHOS<sup>1</sup> pour qui des plans d'action sur la filière gériatrique inscrits dans les CPOM permettraient de parvenir à des résultats concrets en matière d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et donc visibles pour les usagers. Ces cibles concerneraient à la fois les locaux, les équipements et les personnels, sans constituer toutefois des normes opposables. Cette contractualisation permettrait de prendre en compte les efforts entrepris en matière de coordination des acteurs de la filière ou encore de qualité de la prise en charge. Figureraient dans ces plans d'action, un récapitulatif des missions de l'établissement dans la filière, les démarches menées, le calendrier de mise en œuvre ainsi que les modalités d'évaluation. Cette inscription de la filière gériatrique dans les CPOM paraît souhaitable, elle lui conférerait une légitimité certaine et la placerait dans une perspective d'amélioration permanente de ses prestations. Le vieillissement général de la population ne fait pas encore pleinement partie des paramètres hospitaliers.

Ensuite, une réflexion pourrait être menée, au CHV, sur une sensibilisation accrue du corps médical aux problématiques gériatriques<sup>2</sup>. Il n'y existe pas, alors même que les séjours hospitaliers des plus de 75 ans sont en pleine augmentation, de Commission personnes âgées auprès de la CME, présidée par le médecin gériatre de l'établissement. Celle-ci, comptant des usagers en son sein, aurait à présenter annuellement, un rapport devant la CME pour rendre compte du degré et des modalités de mise en œuvre du projet gériatrique. Cette idée ne peut qu'être soutenue dans une optique de visibilité de la filière. Enfin, deux autres recommandations, sur lesquelles le CHV a moins d'influence peuvent néanmoins être formulées : continuer à valoriser les métiers de la gériatrie et faire pression pour la création d'une ARS, compétente sur le sanitaire et le médico-social.

---

<sup>1</sup> Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, p 4.

<sup>2</sup> « Un programme pour la gériatrie », Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux, avril 2006, p 7.

## **3.2 Instaurer une gouvernance rationnelle de la filière gériatrique**

### **3.2.1 Deux établissements-supports pour une direction optimale de la filière**

Piloter une structure de coordination aussi ambitieuse que la filière « nord 78-1 » va exiger, des établissements-supports, de grande qualité de dialogue, d'écoute et d'initiative puisque la filière gériatrique est une organisation nouvelle. Dans cet optique le Centre hospitalier de Versailles, accueillant le SAU du territoire, le court séjour gériatrique ainsi que le plateau technique s'est associé avec la Clinique médicale de la Porte Verte, établissement associatif, disposant de 90 lits de court séjour gériatrique, 140 lits de SSR, d'un accueil de jour de 12 places et d'un hôpital de jour de 14 places (4 en chimiothérapie et 10 en rééducation) et accueillant le CLIC COGITEY. Cette association est en mesure de réussir, à assurer une réponse permanente médicalisée pour le secteur géographiquement défini, avec l'aide de ses partenaires. Ces deux établissements ont en effet une expérience reconnue en gériatrie, travaillent déjà ensemble dans de nombreux domaines (CLIC, Association de gérontologie des Yvelines, etc.) et affichent cette même volonté de s'inscrire pleinement dans le projet évoqué. C'est à l'ARHIF, qu'il reviendra d'entériner ce choix original mais pertinent de direction de la filière « nord 78-1 ».

Après une étude complète des missions de la filière, il nous est apparu qu'il convenait de créer un Comité de coordination médico-administratif de la filière composé des Directeurs du CHV et de la CMPV, de deux médecins gériatres du CHV et de la CMPV, du Docteur Jordy, urgentiste au CHV, d'un médecin généraliste ainsi que, naturellement, du médecin coordinateur de la filière. Ce comité, assuré donc par les établissements-supports de la filière, sera chargé de garantir la cohérence et la communication entre les différents acteurs. Il se réunira mensuellement au début de la mise en place du projet pour arriver à une périodicité trimestrielle. Du bon fonctionnement de ce Comité dépendra très probablement l'avenir de la filière. Sa composition, équitable entre le CHV et la CMPV, mais aussi entre le corps médical et administratif sera en mesure d'assumer les fonctions de coordination de la cinquantaine d'établissements et services à destination des personnes âgées que compte la filière gériatrique « nord 78-1 ». Si la présence du médecin chef des urgences du CHV paraît opportune, celle d'un représentant des médecins généralistes l'est tout autant. Et ce dans une optique de rapprochement permanent des acteurs.

Cependant, il me semblerait opportun d'ajouter à ce Comité, qui doit certes rester restreint pour être efficace, un représentant des EHPAD de la filière (pour améliorer l'aval de la l'hospitalisation au sein de la filière).

### 3.2.2 Garantir une influence des acteurs de terrain dans la vie de la filière

Le Comité médico-administratif de la filière « nord 78-1 » est principalement composé des établissements supports. Il jouera logiquement le rôle d'instance décisionnaire de la filière. Cependant, il est important et même primordial que la filière, basée sur la volonté commune de ses membres d'agir ensemble, ne se transforme en une organisation contraignante et autoritariste. Il a été proposé, en prévention de ce risque potentiel, de doter la filière gériatrique d'un Comité technique.

Si l'opportunité d'une telle instance est arrêtée sur le principe, sa composition n'est pas fixée à ce jour. Pourraient participer à ce Comité technique, le médecin gériatre et le Directeur des établissements sanitaires à forte orientation gériatrique de la filière. Rentrent dans cette première catégorie, la Maison de santé Claire Demeure (qui compte les 48 lits d'USLD de la filière), la Clinique des Franciscaines (passage de près de 2000 personnes âgées de plus de 75 ans dans son SAU), le Centre médico-chirurgical de Parly 2 (passage de près de 1500 personnes âgées de plus de 75 ans dans son SAU et grande expertise en matière de chirurgie cardiaque), la Polyclinique de Versailles. Leur présence est déterminante afin de représenter, au sein de la filière, les établissements de santé de taille moyenne, de quelque nature juridique qu'ils soient.

Il importe que siège également dans ce Comité technique le CLIC COGITEY (afin de doter la filière d'une approche sanitaire mais aussi médico-social). De même, et pour des raisons évidentes, la présence d'associations d'usagers et de bénévoles est indispensable. Par ailleurs, chacune des catégories suivantes pourraient procéder à l'élection d'un représentant afin de siéger au Comité technique : EHPAD (1427 places), foyers-logement, Services de Soins infirmiers à Domicile (370 places), Hospitalisation à domicile et services d'auxiliaires de vie. Les attentes placées dans la filière gériatrique sont naturellement très différentes pour les structures sanitaires précitées et les divers établissements et services à destination des personnes âgées. Les EHPAD et foyers-logement devront collaborer avec les hôpitaux pour améliorer l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Concrètement, ce Comité pourrait se réunir deux fois par an pour apporter son expertise médico-sociale en complément de l'expertise sanitaire et pour répertorier et analyser les différents besoins non pourvus de la filière gériatrique.

Enfin, il a été proposé à l'ARHIF, d'un commun accord entre le CHV et la CMPV, de ne pas doter la filière gériatrique « nord 78-1 » de personnalité morale. Il aurait été possible de lui donner la forme juridique, notamment d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Mais les partenaires de la filière ont souhaité éviter toute lourdeur administrative.

### **3.3 Renforcer la coordination des acteurs de terrain : un but essentiel**

#### **3.3.1 Affirmer le rôle central du médecin coordinateur**

Tout au long de notre développement, nous avons souligné l'éminent besoin de coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux. Celle-ci sera réalisée par une entité, la filière gériatrique, mais existera surtout à travers un homme : le médecin coordinateur. Il ou elle incarnera physiquement la filière et conditionnera grandement sa réussite. Le rôle de ce gériatre ainsi que ses attributions ne sont précisés dans aucun texte. Par les missions confiées à la filière gériatrique, le médecin qui prendra sa tête sera garant de la prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées. Il devra développer des synergies et favoriser le travail en réseau entre les établissements hospitaliers (publics ou privés) et les autres partenaires (professionnels de santé de ville, EHPAD, réseaux, CLIC). Son sens du dialogue sera déterminant. De plus, il lui reviendra ainsi qu'à son équipe, de procéder régulièrement à un recensement et à une analyse des dysfonctionnements de la filière. Il devra aussi, dans un souci de complémentarité territoriale, prévoir un temps de rencontre entre les différentes filières gériatrique du 78-1, notamment sur les activités spécifiques de chacune : oncogériatrie, soins palliatifs, psychogériatrie cognitive et gérontopsychiatrie, qui demandent aussi une coordination.

La méconnaissance relative des différents intervenants entre eux et de l'ensemble des ressources disponibles ont été pointés, il me semble très important que ce médecin soit issu du territoire de santé 78-1 et qu'il ait aussi une longue expérience de gériatre ainsi qu'un solide réseau professionnel. Les docteurs Aquino (CMPV) et Samson (CHV), qui occuperont ce poste jusqu'au recrutement définitif du médecin-coordinateur, présentent ces qualités professionnelles. Si les missions de ce médecin coordinateur seront stratégiques, la prise en charge médicale du patient restera évidemment sous la responsabilité du service accueillant ou de son médecin traitant.

Sa capacité de travail et celle de son équipe instituera un facteur clef de succès puisque la filière gériatrique « nord 78-1 » s'engage à répondre à toutes les sollicitations dans un délai de 24 heures. Le médecin et son équipe (cadre administratif, infirmier) devront être joignables tous les jours ouvrables de 9 h à 18 h, pour une demande d'avis gériatrique ou d'orientation vers une des structures de la filière. Le bénéfice pour l'utilisateur et le professionnel sera ainsi garanti. Pour des raisons essentiellement pratiques et de rationalisation des moyens, il a été décidé que ce médecin coordinateur de la filière sera aussi celui de l'Equipe Mobile de Gériatrie. Il devrait occuper 1,5 Equivalent Temps Plein de praticiens hospitaliers (PH).

Le médecin coordinateur de la filière devra véritablement concevoir son poste, qui impérativement devra poursuivre les mêmes objectifs que la filière gériatrique elle-même : humanité, qualité et efficacité. C'est un vrai challenge.

### **3.3.2 Un atout de coordination : l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG)**

L'Equipe Mobile de Gériatrie sera un élément-clé de la filière gériatrique « nord 78-1 ». L'un ne peut d'ailleurs pas fonctionner sans l'autre puisque l'EMG constituera l'interface entre d'une part l'ensemble des partenaires institutionnels de la filière et d'autre part les usagers et leurs familles. C'est d'ailleurs pour cela que cette EMG sera concrètement « fondue » dans l'équipe de coordination de la filière. Les établissements-supports de la filière ont récemment proposé de transformer le projet de réseau de santé gériatrique (qui avait reçu un avis favorable du Comité des Réseaux le 24 octobre 2006) en EMG. Celle-ci serait, selon la volonté des promoteurs de la filière, chargée de fournir des expertises médicales à domicile (sur demande des médecins traitants ou signalement du CLIC COGITEY) ou en établissement. Elle procéderait ainsi à des repérages des situations de fragilité et à une analyse des situations de crise. De plus, cette EMG compléterait parfaitement la coordination gérontologique qui œuvre sur un plan médico-social. Soutenir la création de cette EMG est très important car le médecin gériatre de l'EMG pourrait devenir l'interlocuteur médical privilégié pour l'ensemble des membres de la filière (structure des urgences, plateau technique, SSR gériatrique, etc.). Cette EMG pourrait procéder à une évaluation gérontologique dans les services non-spécialisés en gériatrie (où elle fait cruellement défaut) mais aussi en dehors des murs de l'hôpital. Les objectifs à atteindre seraient synthétiquement :

- Une contribution active de l'hôpital au maintien à domicile, ou en hébergement, des personnes âgées dépendantes, dans des conditions satisfaisantes, tant pour elles-mêmes, que leurs proches,
- Un accompagnement gériatrique hospitalier d'une population pour laquelle l'accès à l'hôpital est difficile,
  - La préparation du retour au domicile,
  - Une rationalisation des hospitalisations,
  - Un soutien aux familles, équipes soignantes et médecins concernés.

Il est primordial d'obtenir rapidement des autorités de tutelle le financement de cette EMG qui constitue le lien entre la filière gériatrique hospitalière, les établissements d'hébergement et le domicile.

### **3.4 Un objectif primordial : l'optimisation des séjours hospitaliers**

#### **3.4.1 Sur l'anticipation des hospitalisations**

Il est reconnu que, pour une personne âgée dépendante, une hospitalisation non-programmée peut être négative et présenter de sérieux risques de décompensation, de désorientation et à terme de réhospitalisation. S'insinue alors chez la personne âgée et sa famille, un sentiment d'abandon, d'inefficacité voire d'angoisse. Il importe, quand cela est possible, d'anticiper cette hospitalisation pour qu'elle se déroule dans des les meilleurs conditions. Du côté de l'hôpital, rationaliser le continuum du parcours de santé d'une personne âgée va permettre de fluidifier le fonctionnement du service des urgences, et d'optimiser financièrement les séjours hospitaliers en réduisant la DMS, qui est actuellement de 13,5 jours dans les deux services de court séjour gériatrique du CHV et de la CMPV. L'impact de la T2A est évidemment à prendre en compte. La filière favorisera, à n'en pas douter, l'entrée dans ce cercle vertueux. Cet élément sera à mettre en exergue auprès des personnels hospitaliers.

Concrètement et cela est ressorti de l'étude DELPHI, la première des améliorations serait la disponibilité de places de médecine aiguë dans les meilleurs délais et l'admission direct en court séjour gériatrique. Cette admission directe est aussi souhaitable dans l'ensemble des services non-gériatriques accueillant des personnes âgées (ces deniers bénéficieront, rappelons le, des avis gériatriques de l'EMG). Il faut, au maximum, éviter le passage systématique par le service des urgences, en faisant bénéficier les différents membres de la filière de la préservation de lits gériatriques. Dans cette optique, le rôle du médecin coordinateur va être capital. Il devra, en rapport avec les médecins traitants et avec les structures médico-sociales, privilégier les admissions directes dans les services de l'ensemble de la filière et non plus du seul établissement hospitalier (court séjour, USLD, SSR, etc.). Pour cela, il pourra, dans la filière gériatrique « nord 78-1 » s'appuyer sur un dispositif d'orientation reposant sur :

- des critères médico-sociaux préalablement définis.
- des procédures d'admission/mutation/transfert formalisées (elles seront réalisées sur la base d'un dossier médical et d'une fiche d'orientation comportant des données médico-psycho-sociales et une évaluation d'autonomie).
- une connaissance actualisée des ressources disponibles de la filière (il pourrait être envisagé de mettre en place, à Versailles, comme ce sera le cas pour la filière « centre 78-1 », une régulation biquotidienne des lits disponibles en médecine et en SSR).

Pour que cette anticipation des hospitalisations soit possible, les membres de la filière devront s'engager à fonctionner, pour partie de leur activité, en mode non programmé. De même, les fermetures prévisionnelles de capacités d'accueil (notamment pendant les congés estivaux) devront être planifiées au sein de la nouvelle organisation et faire l'objet d'une information auprès des principaux partenaires du projet. Enfin, la mise en place d'un système d'information rapide et fiable, au sein de la filière serait très bénéfique (accès au dossier du patient, aux capacités d'accueil en hébergement collectif à l'imagerie médicale numérisée ou encore aux examens de laboratoire). Le modèle du suivi de la disponibilité des lits de réanimation au SAMU peut constituer une source d'inspiration.

Outre ces admissions directes dans les services, d'autres voies peuvent éviter le passage systématique par les urgences. C'est notamment le cas des actions de prévention qui doivent être renforcées (repérage au domicile des personnes vulnérables, promotion du recours à la consultation mémoire ou d'évaluation gériatrique, etc.) De même, la filière devra absolument disposer d'un hôpital de jour à visée de diagnostic et réalisant des bilans complets et dont l'existence sera connue par l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Les responsables de la filière devront aussi encourager l'hospitalisation à domicile qui est un recours humainement et économiquement viable à l'hospitalisation classique. Seule une dynamique volontariste pour « travailler ensemble » et « travailler autrement », est susceptible de permettre ces changements de pratiques bénéfiques à l'usager, à sa famille et plus globalement, à tous.

### **3.4.2 Sur la préparation des sorties**

Optimiser le parcours de soins de la personne âgée à l'hôpital et accroître la qualité du service rendu passe aussi par un moment qui est parfois négligé : la sortie d'hospitalisation. La filière se doit d'œuvrer dans ce domaine car il permet à l'hôpital de raccourcir ces séjours, aux établissements médico-sociaux d'accueillir les usagers convenablement ou à la personne âgée d'effectuer son retour à domicile dans de bonnes conditions. La sortie des usagers doit se préparer dès le début de l'hospitalisation (en SSR, aux urgences ou en service de court séjour gériatrique).

En général, les sorties d'hospitalisation sont des moments complexes à gérer par les équipes car elles se trouvent confronter simultanément à des questions d'ordre médical, social et psychologique. Les personnes âgées sont souvent très isolées et les liens sociaux distendus. L'épisode de la canicule de 2003, illustration du rapport de notre société avec nos aînés, peut en témoigner.



Il est de ce fait très important que certaines informations accompagnent obligatoirement la personne âgée tout au long de son parcours de soins. Les partenaires doivent disposer d'un minimum de données sur l'utilisateur, son identité et son domicile, son état de santé, ses pathologies, sa situation sociale et administrative. Courriers, comptes-rendus et dossier de liaison sont nécessaires au suivi, à condition qu'ils accompagnent en temps réel la personne âgée. Un support informatique protégé, et c'est bien l'intention de la filière gériatrique « nord 78-1 », devra être privilégié.

Dès sa mise en place, l'équipe de coordination de la filière aura donc à formaliser toutes ces informations dans un document de type « fiche d'orientation » ou « fiche de liaison ».

Encore une fois, la sortie d'hospitalisation nécessite la collaboration entre les différentes structures de soins, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC COGITEY et même les réseaux de santé psychiatrique. Les aidants et plus particulièrement la famille doivent, absolument être associés au projet de sortie. L'équipe des assistants sociaux de la filière (les 8 ETP du CHV et les 2 de la CMPV) participeront non seulement à l'orientation des patients au sein de la filière mais aussi à l'organisation du retour au domicile.

De même, le médecin traitant sera dorénavant systématiquement prévenu avant la sortie de son patient. Ceci devrait considérablement réduire les risques de rupture dans la prise en charge. En outre, les comptes rendus d'hospitalisation lui seront désormais adressés dans un délai inférieur à 8 jours. Des indicateurs qualité sont à cet effet en préparation. Les partenaires s'engagent sur ces deux points. L'aide de l'ANESM serait précieuse.

Garantir une sortie d'hospitalisation correcte implique, pour la filière, de disposer d'une capacité d'accueil suffisante de lits d'aval, c'est-à-dire en USLD, en SSR ou en EHPAD, même si l'hôpital n'a pas véritablement, sur ce point de prise direct. Mais trois éléments viennent nuancer cette situation :

- La filière gériatrique « nord 78-1 » est plutôt bien pourvu en lits d'EHPAD et de SSR. Ce n'est malheureusement pas le cas pour l'USLD, le devenir de cette catégorie de lits étant d'ailleurs le sujet d'un âpre débat en Ile de France.
- Les établissements sanitaire de la filière gériatrique « nord 78-1 » préserveront les partenariats privilégiés noués hors filière, pour l'aval de l'hospitalisation. C'est par exemple le cas pour le CHV, dont les patients âgés du SAU disposent d'une priorité d'accès à l'HGMS.

- Enfin, la filière gériatrique offrira désormais une priorité d'admission dans les EHPAD avec lesquels une convention de coopération a été signée, permettant ainsi de réduire les hospitalisations inappropriées de personnes âgées.

Ces mesures, simples, peu coûteuses et directement applicables permettront une orientation rapide du patient âgé en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit en dehors de la filière soit encore vers un service de spécialité non gériatrique.

### **3.5 Propositions sur le budget, la communication et l'évaluation**

#### **3.5.1 Communication et évaluation de la filière : des domaines à ne pas négliger**

Aujourd'hui, la communication est un facteur de réussite. La filière gériatrique « nord 78-1 » devra donc y porter une attention particulière. Même si ce n'est pas encore à l'ordre du jour, la première des mesures à mettre en œuvre est la création d'un site internet. Celui-ci permettrait de faire connaître l'offre de soins gérontologique aux professionnels aux usagers (les personnes âgées sont, contrairement à une idée reçue, très utilisatrices d'internet). La filière gériatrique « nord 78-1 » opéra, dans un premier temps, pour un annuaire papier des ressources gériatriques. Publier des articles dans la presse locale est aussi souhaitable tout comme organiser des conférences à destination du grand public.

Il conviendra ensuite d'améliorer la communication entre les professionnels de la filière et ce, dans un esprit de complémentarité et de globalité de la prise en charge. Pour cela, le médecin coordinateur pourrait réunir, au moins une fois par an, les différents médecins traitants du secteur et profiter des Enseignements Post Universitaires pour dispenser du savoir gériatrique. De même, les acteurs de la filière gériatrique « nord 78-1 » affichent leur volonté de réaliser un dossier commun à tous. Il sera à construire en concertation avec le Conseil Général, qui mène déjà un projet de dossier commun médico-social. L'utilisation de l'informatique (stylo avec relais via le téléphone et centralisation informatique) permettront de structurer un dossier commun et partagé. Enfin, la formation continue doit assoir et valoriser les compétences et les métiers. Il a été décidé que la filière gériatrique proposera, dans le cadre de l'Association de Gérontologie des Yvelines, des formations interprofessionnelles axées sur la coordination autour des personnes âgées fragiles et dépendantes. Ces actions pédagogiques, dont le contenu n'est pas tout à fait fixé, assureront sur le territoire de santé, la diffusion des recommandations concernant les bonnes pratiques professionnelles gériatriques.

Par ailleurs, la filière gériatrique « nord 78-1 » évaluera régulièrement ses activités. Dans ce domaine, tout est à d'ailleurs à construire. La Coordination médico-administrative procèdera à une évaluation quantitative et qualitative du fonctionnement de la filière, basée sur :

- l'activité réalisée (file active, DMS, nombre moyen de patient gériatriques admis en court séjour / aux Urgences / en SSR, nombre de refus par manque de place, critère de performances, etc.).
- en tenant compte des données démographiques,
- et des indicateurs de prise en charge que les établissements et services à destination des personnes âgées s'engageront à renseigner.

Par ailleurs, l'ensemble des partenaires s'engage, au moins une fois par an, à évaluer les modalités d'organisation de la filière. Une certification ISO est d'ores et déjà en préparation. La filière n'est pas une organisation figée mais pourra, au contraire, être « modelée » selon les besoins de ses membres. Enfin et comme cela est prévu pour la filière « centre 78-1 », il serait très intéressant d'évaluer le dispositif versaillais d'admission directe des patients, sans passage par le SAU (notamment par la pré-réservation après appel du médecin traitant).

### **3.5.2 Peser dans les négociations budgétaires pour assurer le futur de la filière**

Comme je l'ai énoncé précédemment dans cette étude, les activités de la filière gériatrique sont mal tarifées et la pression de la T2A en court séjour gériatrique, et bientôt en SSR, va se faire de plus en plus importante. Les risques sont connus : sortie trop précoce des malades, multiplication des séjours, encombrement du SSR, etc. En étant pragmatique, il est légitime d'affirmer que les seuls acteurs des filières gériatriques du 78-1 ont trop peu d'influence pour peser sur d'éventuelles réformes en la matière.

Il en va c'est heureux, différemment des négociations visant à l'attribution du budget global et annuel de financement de l'équipe de la filière. Celle-ci réunira les fonctions d'Equipe Mobile de Gériatrie et de d'Equipe de coordination de la filière. Ce cumul est bénéfique pour les finances publiques puisqu'il permet la mutualisation des moyens humains. Or, comme pour toute activité hospitalière, ce sont les charges de personnel qui constitueront l'essentiel des dépenses à engager. Concrètement, le fonctionnement optimal de la filière et la constitution de l'Equipe nécessitent des moyens humains correspondant à 5 ETP.

Il faut, pour assumer correctement les missions assignées, engager 1,5 ETP de médecin gériatre, 0,5 ETP d'ergothérapeute, 1 ETP d'Infirmier diplômé d'Etat et 2 ETP de secrétaires. La suppression des barrières entre le sanitaire et le médico-social semble clair dans cette composition d'équipe. Son budget annuel de financement ressort, après étude complète des coûts, à 320 000 euros.

Cette somme paraît mesurée au vu du défi que représente le fonctionnement de la nouvelle entité. Elle est même inférieure à celle (345 000 euros) allouée par le Comité des Réseaux en vue du financement du réseau de santé en gérontologie Est Yvelines, ce dernier reprenant de nombreuses missions qu'assumera la filière « nord 78-1 ». Rappelons en effet, que cet accord de principe pour le financement du réseau gérontologique n'avait pas été suivi d'effet. Par ailleurs et proportionnellement, les trois filières gériatriques demandent à peu près les mêmes moyens financiers à l'ARHIF.

Il est souhaitable que ces trois filières, qui seront interconnectées et auront à remplir les mêmes missions restent unies dans les négociations budgétaires avec les autorités de contrôle et de tarification. Celles-ci considèrent jusqu'à maintenant que le fonctionnement des filières gériatriques relèvent de la seule question d'organisation interne et ne nécessite pas l'allocation de moyens financiers supplémentaires. Cette position est inacceptable dans la mesure où la filière gériatrique apportera de réelles améliorations, quantitatives et qualitatives, à la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur le territoire. Alors que le consensus avait été général sur les objectifs et le dimensionnement territorial des filières, la question des moyens financiers reste posée et empêche encore la mise en place effective de cette nouvelle entité. Pour parvenir à un accord, les représentants des trois filières ont récemment demandé une audience commune de concertation avec la DDASS 78, sur l'octroi du budget des filières.

Cette attitude me semble la plus appropriée. En effet, l'utilité de la filière gériatrique sera jugée, par les professionnels de santé, les usagers et leurs familles, dès sa mise en place. Or, sans budget de fonctionnement, la filière gériatrique risque de n'être qu'une démarche velléitaire. En guise de conclusion au projet de convention constitutive de la filière gériatrique « nord 78-1 » (reporté en annexe) figure donc cette phrase :

« L'organisation de la filière gériatrique représente un engagement lourd pour assurer une réponse permanente médicalisée pour le secteur géographique défini. La réalisation des objectifs déterminés ne pourra être que progressive et dépendra des moyens alloués à l'Equipe de la filière, malgré la bonne volonté et la conviction des deux structures supports ».

## Conclusion

Une grande partie des facteurs concourants à la réussite de la future filière gériatrique « nord 78-1 » paraît aujourd'hui réunie : participation active des professionnels de terrain à la démarche, volonté de travailler ensemble pour le bien-être des personnes âgées et exigence d'une offre de soins gériatriques, renouvelée et performante, aux usagers et à leurs familles. Ces notions peuvent sembler conceptuelles mais elles sont le préalable nécessaire à la constitution d'un socle commun et reconnu du projet. Afin de répondre aux besoins d'une personne âgée dépendante, il est en effet indispensable de pouvoir mobiliser des compétences diversifiées et de les unir vers un même objectif.

Pendant trop longtemps, le cantonnement de chaque profession et de chaque établissement ou service a été la règle. Les logiques corporatistes, les contraintes institutionnelles et financières ou encore la méconnaissance des ressources gériatriques ont conduit à désorganiser la prise en charge gérontologique. Il est inenvisageable, d'un point de vue éthique, de s'abstenir d'agir sur des situations sur lesquelles les acteurs du système de santé ont prise. Syndrome de décompensation ou de glissement dans des services inappropriés, attente sur des brancards dans le service des urgences, mauvaise préparation du retour au domicile ou encore inexistence de structures adaptées aux pathologies du grand âge sont autant de dysfonctionnements sur lesquelles la filière gériatrique peut et doit agir. Trop souvent, la perte d'autonomie est encore un frein à l'offre de soins hospitalière. Le contexte de vieillissement démographique obligera les établissements et services à destination des personnes âgées dépendantes à mieux se coordonner sur le territoire et à mutualiser leurs moyens. Il est cependant nécessaire que le maintien à domicile reste privilégié car les habitudes de vie, la préservation des liens sociaux et familiaux permettent, même si cela est difficilement mesurable, de préserver l'indépendance et la qualité de vie. Cette solution humaine et efficace a d'ailleurs été adoptée par la quasi-totalité de nos partenaires européens.

La mise en place des filières gériatriques est une entreprise qui requiert volonté, ténacité, rigueur et professionnalisme. Nul doute que les partenaires médico-sociaux du territoire de santé 78-1 mettront en commun leurs qualités pour relever le défi si ambitieux que constitue cette nouvelle organisation. La démarche expérimentale est une occasion unique de penser et de prendre en charge différemment le grand âge. La société française dans son ensemble, devra poursuivre sa réflexion sur la place et la considération à garantir aux plus âgés. Ce sera indéniablement un signe d'une nation plus fraternelle et équitable.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

*Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social*

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

*Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé*

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

*Circulaire n°2002-203 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées*

*Circulaire n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences*

*Circulaire N°DGS/SDSD/DHOS/O2/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004/2007, annexe 2*

*Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques*

*Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, 2002-2005, présenté par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la Santé et Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux Personnes âgées le 20 mars 2002.*

*Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, Ministère de la Santé*

*Plan Solidarité grand âge, présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2006.*

### **Ouvrages et rapports :**

*Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique, décembre 2002.*

*« Gestion des âges et politique de l'emploi », IGAS, Rapport annuel 2004.*

*Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, Cour des comptes, 2005.*

*« L'hôpital public en France : bilans et perspectives », Avis et rapports du Conseil Economique et Social, Etude présentée par M. Eric MOLINIE, 2005.*

*« Les Equipes Mobiles au sein de la filière de soins », ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, Inspection générale des affaires sociales, avril 2005.*

*« 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 », JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe, Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, avril 2006.*

*« La famille, espace de solidarité entre générations », Rapport d'Alain Cordier, Président de la CNSA, avril 2006.*

*"Bilan démographique 2007 - Des naissances toujours très nombreuses ", Insee Première n° 1170, janvier 2008.*

*Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, présenté le 11 avril 2008.*

*Rapport DELPHI, « Projet médical de territoire – filières gériatriques », AHRIF, Yvelines.*

## **Revues - articles**

« *CHU de Limoges : l'engorgement aux urgences réduit par une nouvelle organisation de la filière gériatrique* », *APM International*, le 25 juillet 2005.

« *Les réseaux de santé, cinq ans après* », *Technologie et santé*, septembre/octobre 2005 - n°55/56.

Jean-Christophe MOUTERDE, « *Un projet de circulaire détaille l'organisation des filières de soins gériatriques* », *Site du Syndicat des médecins intervenant en EHPAD*, le 11 février 2007.

« *Certains acteurs dénoncent une mise en péril de la filière gériatrique* », *Hospimedia*, le 13 mars 2007.

« *Les filières gériatriques* », *Technologie et santé*, avril 2007 – n°61.

« *Diffusion de la circulaire sur l'organisation des filières gériatriques* », *Paris*, 18 avril 2007 (APM).

« *Sros, Projet médical de territoire, Priac, quelles articulations ?* », *Gerontexpo*, synthèse de la conférence du 24 mai 2007.

« *Les hôpitaux locaux souhaitent jouer un rôle plus important dans les filières gériatriques* », *Paris*, 24 octobre 2007 (APM).

*Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, numéro 129, mai 2008.

« *Les équipes mobiles de gériatrie souhaitent de meilleures modalités de tarification* », *Paris*, 14 mai 2008 (APM).

Jean-Marie FESSLER, « *La T2A : la modification d'une valeur républicaine ?* », sur le site [www.snip.net](http://www.snip.net), le 25 juillet 2008.



## **Enquête – Conférence**

*Christel COLIN avec la collaboration de Vincent COUTTON, « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances », Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DREES, Etudes et résultats, n°94, décembre 2000.*

*« 10ème Conférence de consensus de prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », Société Francophone de médecine d'Urgence, le 5 décembre 2003.*

## **Divers**

*Schéma régional d'organisation sanitaire 2 de la région Ile de France, volet gériatrie, ARHIF, 1999-2004.*

*Schéma régional d'organisation sanitaire 3 de la région Ile de France, volet USLD, ARHIF, 2006-2010.*

*Schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées du département des Yvelines, 2003-2008.*

*Centre hospitalier de Versailles, Projet d'établissement 2005-2010.*

*Discours de M. le Président de la République « Réforme de l'hôpital », Neuchâteau, 17 avril 2008.*

## **Sites internet**

[www.agevillage.com](http://www.agevillage.com)

[www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

[www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)

---

# Liste des annexes

---

## ANNEXE I

Methodologie

## ANNEXE II

Projet de convention constitutive de la filiere geriatrique « Nord 78-1 »

## ANNEXE II bis

Fiche synthetique de presentation de la filiere geriatrique « Nord 78-1 »

## **ANNEXE I : Méthodologie**

Si la mise en place et le processus de labellisation d'une filière gériatrique était un sujet de mémoire qui m'intéressait personnellement et me paraissait devoir être traité, ce travail a également et heureusement coïncidé avec l'une de mes missions de stage professionnalisant, à savoir, participer en tant qu'élève-Directeur au pôle gérontologique du Centre hospitalier de Versailles, au recensement et à la définition des besoins en matière d'offre de soins gériatrique sur le 78-1. Ceci dans le cadre de l'enquête DELPHI.

Cette étude, réalisée sous l'égide de la DDASS 78 visait, in fine, à recenser et à définir les filières gériatriques du territoire de santé, cette dernière mission incombant aux établissements-supports de filière, dont le Centre hospitalier de Versailles. J'ai donc eu la possibilité de calquer la méthodologie de mon mémoire sur l'ensemble du processus de labellisation des filières gériatriques, ce qui m'a permis de cerner l'ensemble du sujet :

- Dans un premier temps donc, et dans le cadre de l'élaboration du PMT-filière gériatrique, un état des lieux et une étude des besoins en matière d'offre de soins gériatrique ont été réalisées sur le 78-1 (territoire expérimental en la matière). L'enquête DELPHI a permis de réunir et d'associer tous les acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux ainsi que des représentants des professionnels de santé libéraux et des usagers. J'ai ainsi pu avoir une large vision de l'existant. Le Centre hospitalier de Versailles a notamment présenté à ses futurs partenaires de filière, les problématiques qu'il rencontre dans la prise en charge du grand âge.
- Cette méthode a permis à chacun d'entre nous d'avancer des idées et des solutions, celles-ci étant priorisées dans un document de synthèse. Pour la filière gériatrique « nord 78-1 », les priorités dégagées étaient, dans l'ordre : développer la prise en charge pluridisciplinaire, développer la coordination gérontologique en lien avec le secteur médico-social et la ville et enfin améliorer le parcours du patient âgé lors de son séjour hospitalier. Ceci apparaît donc dans mon étude.
- Enfin, une dernière phase, à laquelle j'ai eu la chance de participer, a été de dimensionner et de configurer, en concertation avec l'ARHIF, les trois filières pressenties puis de retranscrire les priorités dégagées par DELPHI dans la convention constitutive de notre filière. Reste à encore à s'entendre sur le budget.

J'ai également mené deux entretiens complémentaires : l'un avec la Directrice du CLIC COGITEY, l'autre avec Mne Castillo, Adjointe chargée du secteur vieillesse à la FHF.

document de travail

**CONVENTION CONSTITUTIVE DE LA FILIERE  
GERIATRIQUE 78-1 NORD**

**PREAMBULE**

*La présente convention constitutive établit l'organisation, le fonctionnement et les obligations réciproques entre les établissements membres de la filière de soins gériatriques, conformément aux dispositions de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques et du Plan Solidarité Grand Age.*

**Article 1. – Objet**

« La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du **patient âgé « gériatrique »**\* en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique ». Elle s'inscrit dans une politique de réponse globale **adaptée** et **continue** aux besoins des patients.

*\* tel que défini dans l'article 4*

Elle permet une **orientation rapide du patient âgé** en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, *soit en dehors de la filière*, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Elle est en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes d'un avis gériatrique, quel que soit le **service d'hospitalisation demandeur** dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière mais qu'il ne comporte pas en propre de compétence gériatrique.

## **Article 2. – Dénomination : *FILIERE GERIATRIQUE 78-1 NORD***

### **Article 2 bis. – Identification des membres, structures et intervenants de la filière**

La filière regroupe principalement 5 établissements de santé.

Les membres :

*Centre Hospitalier de Versailles (EPS)*

*Clinique Médicale de la Porte Verte (Etablissement associatif)*

*Maison de santé Claire Demeure (Etablissement associatif)*

*Centre Médico-chirurgical de Parly 2 (Etablissement privé)*

*Clinique des Franciscaines (Etablissement privé)*

*Polyclinique de Versailles (Etablissement privé)*

L'établissement support : *Conjointement, le Centre Hospitalier de Versailles et la Clinique Médicale de la Porte Verte*

La structure de médecine d'urgence : *SAU du Centre Hospitalier de Versailles*

Les gériatres : *Dr AQUINO*

*Dr SAMSON*

*(En attendant le médecin gériatre de l'équipe mobile gériatrique)*

### **Article 3. – Forme juridique – Comité de coordination de la filière**

#### **Forme juridique**

La FILIERE GERIATRIQUE 78-1 NORD ne possède pas de personnalité morale.

#### **Comité de coordination**

Un Comité de coordination médico-administratif, composé :

*du Directeur du Centre Hospitalier de Versailles et de celui de la Clinique médicale de la Porte Verte*

*d'un Médecin gériatre du Centre Hospitalier de Versailles et d'un médecin gériatre de la Clinique Médicale de la Porte Verte*

*du Docteur Jordy, Urgentiste au CHV*

*d'un médecin généraliste*

*d'un médecin coordinateur de la filière*

est chargé de piloter cette structure.

## **Comité technique**

Cette coordination s'appuie sur un Comité Technique élargi, représentatif des structures et des services partenaires sur le 78-1 (établissements sanitaires, réseaux, COGITEY, EHPAD, services de soins infirmiers à domicile, services d'auxiliaires de vie...).

### **Article 4. – Aire géographique et population concernée**

La FILIERE GERIATRIQUE 78-1 NORD prend en charge en priorité les personnes âgées résidant sur les territoires suivants :

*Coordination gériatrique COGITEY : communes de Versailles, Buc, La Celle St Cloud, Châteaufort, Le Chesnay, Jouy en Josas, Loges en Josas, Rocquencourt, Toussus le Noble, Velizy-Villacoublay, Viroflay.*

*Coordination gériatrique de Louveciennes : communes de Bailly, Fontenay le Fleury, Noisy le Roy, Rennemoulin, St Cyr l'Ecole.*

### **La population concernée**

Les patients âgés gériatriques : « généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et/ou d'un risque de dépendance majeure, par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés »

La population des personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire de la *FILIERE GERIATRIQUE 78-1 NORD* est estimée à 13 939.

## Article 5. – Dimensionnement de la filière

<u>Discipline gériatrique</u>	<u>Capacité en lits et places</u>	<u>Projets</u>
<u>Equipe mobile gériatrique externe</u>		En cours
<u>Court séjour gériatrique</u>	98 (dont 20 d'oncogériatrie)	+ 6 lits à réouvrir au CHV
<u>Soins de suite gériatrique</u>	97 (dont 15 d'oncogériatrie)	+ 18 lits début 2010 au CHV
<u>SSR soins palliatifs</u>	16	
<u>SSR rééducation</u>	70	
<u>Etats végétatifs chroniques</u>	8	
<u>USLD</u>	48	
<u>EHPAD</u>	1427	+ 4 lits début 2009 au CHV
<u>Hôpital de jour diagnostic</u>	0	Projet CHV de 5 places
<u>Hôpital de jour chimiothérapie – rééducation</u>	14 (4 en chimiothérapie et 10 en rééducation)	
<u>Accueil de jour</u>	27	Projet CHV de 10 places
<u>Consultations mémoires labellisées</u>	2 sites	
<u>SSIAD</u>	370	

## **Article 6. – Droit des patients**

La convention ne fait pas obstacle au libre choix des patients qui conservent la faculté de s'adresser aux professionnels et structures de leur choix.

Les établissements de santé membres de la filière s'engagent à respecter le droit à l'information et au consentement de la personne âgée concernée lorsque son état lui permet de s'exprimer ou à défaut de la personne de confiance ou de son représentant légal.

Toute personne âgée pour laquelle un transfert est envisagé, quel qu'en soit le motif, chirurgical ou médical, reçoit une information orale sur les objectifs de son transfert. Son accord ou le cas échéant, celui de sa personne de confiance ou de son représentant légal est recherché.

Lorsque l'état de santé d'un résident nécessite un choix thérapeutique difficile, il est souhaitable d'en débattre avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'EHPAD le cas échéant.

## **Article 7. – Responsabilité médicale de la prise en charge**

La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant.

## **Article 8. – Modalités de coordination de la filière**

Le mode de coordination et le niveau de participation de chacun des établissements membres sont définis comme suit :

**La coordination médico-administrative** est assurée par les établissements supports de la filière. Elle assure la cohérence et la communication entre les différents acteurs et se réunit mensuellement au début de la mise en place du projet pour arriver à une périodicité trimestrielle.

**La coordination technique** est assurée par l'ensemble des établissements sanitaires membres de la filière et les structures et services médico-sociaux partenaires, regroupés au sein d'un Comité technique. Elle se réunit deux fois par an pour apporter son expertise médico sociale en complément de l'expertise sanitaire et pour répertorier et analyser les différents besoins non pourvus.



## **Article 9. – Orientation vers et au sein de la filière**

L'interlocuteur de la filière pour les professionnels de santé du territoire défini à l'article 4 (médecins traitants, médecins des services hospitaliers, médecins coordonnateurs d'EHPAD ayant passé convention avec la filière) est un gériatre.

Il est directement joignable, tous les jours ouvrables de 9 heures à 18 heures, pour une demande d'avis gériatrique ou d'orientation vers une des structures de la filière.

Cet interlocuteur "médical" pour les membres de la filière (structure des urgences, plateau technique, SSRG...) est le médecin gériatre de l'équipe mobile gériatrique (EMG).

L'interlocuteur pour les usagers est l'infirmière coordinatrice de l'EMG.

Le dispositif d'orientation repose sur :

- des critères médico-sociaux préalablement définis ;
- des procédures d'admission/mutation/transfert formalisées ;
- et la connaissance actualisée des ressources disponibles de la filière.

## **Article 10. – Conditions et garantie d'accès, permanence des soins**

L'accès à une structure de soins de la filière est conditionné par l'avis (ou consultation) d'un gériatre de la filière et l'accord du médecin responsable de la structure.

L'accès à toutes les prestations (consultations externes, prises en charge en hôpital de jour) délivrées par l'établissement support est facilité pour les résidents des EHPAD ayant passés convention avec la filière gériatrique.

La filière organise l'accès des patients :

- aux spécialités non gériatriques. Elle assure l'accès à la psychiatrie, par le recours possible à une équipe mobile spécialisée et à une unité de gérontopsychiatrie ;
- à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométrie, IRM, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec l'état clinique du patient ;
- à un avis gériatrique, quel que soit le service (médecine, chirurgie, etc...) dans lequel ils sont hospitalisés.

La filière assure une prise en charge adaptée des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les membres de la filière s'engagent à fonctionner pour partie de leur activité, en mode non programmé.

Les modalités de recours et de permanence des soins au sein de la filière sont clairement définies par des protocoles.

Les fermetures prévisionnelles de capacités d'accueil (notamment pendant les périodes de congés) sont planifiées au sein de la filière et font l'objet d'une information auprès des principaux partenaires de la filière.

### **Article 11. – Modalités d'admission, de mutation/transfert, de sortie des patients gériatriques**

L'admission/les mutation/transfert dans une structure de la filière sont réalisées sur la base d'un dossier médical et d'une fiche d'orientation comportant des données médico-psycho-sociales et une évaluation d'autonomie. Les informations qui accompagnent nécessairement le patient dans son parcours au sein de la filière sont définies en commun et figurent en annexe de cette convention, comme la fiche d'orientation.

La filière s'engage à répondre à toutes les sollicitations dans un délai de 24 heures.

La préparation de la sortie implique une collaboration entre les différentes structures de soins concernées, les acteurs sociaux et médicaux sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées » . Les aidants (notamment familiaux) sont associés au projet de sortie.

Le CHV a une équipe de huit assistants sociaux et la CMPV a une équipe de deux assistants sociaux (hors Cogitey).

Ces équipes participent à l'orientation des patients au sein de la filière et à l'organisation du retour à domicile.

Le médecin traitant est systématiquement prévenu avant la sortie de son patient. Les comptes rendus d'hospitalisation lui sont adressés dans un délai inférieur à huit jours.

La filière gériatrique offre une véritable priorité d'admission dans les EHPAD avec lesquels une convention de coopération a été signée permettant ainsi de réduire les hospitalisations inappropriées de personnes âgées.

### **Article 12. – Partenariats/Convention**

Dans le cadre du partenariat avec les médecins traitants, le(s) médecin(s) gériatre(s) organise(nt) au moins une fois par an une réunion d'échange avec les médecins traitants du territoire.

La filière passe convention avec :

- les structures d'HAD
- les structures de coordination
- le ou les réseaux gérontologiques

- les EHPAD et autres structures médico-sociales (accueils de jour, SSIAD) et sociales (SAD)

### **Article 13. – Obligations des parties - Engagement des signataires – Avenant**

Les membres de la filière s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention, les dispositions légales ou réglementaires concernant la prise en charge des malades.

Ils s'engagent à assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins dans les conditions prévues par la loi.

L'adhésion à la filière d'un établissement privé commercial doit s'accompagner d'un engagement de celui-ci sur les tarifs pratiqués.

Toute évolution des conditions et modalités de coopération entre les établissements membres de la filière de soins gériatrique, feront l'objet si nécessaire, d'un avenant à la présente convention.

### **Article 14. – Modalités d'entrée et de sortie de la convention**

Toute structure participe sur la base du volontariat et du libre choix. Elle s'engage à respecter les dispositions de la convention. Elle peut se retirer, sous réserve de notifier son intention par écrit au Comité de Coordination médico-administratif sous réserve d'un préavis de trois mois.

### **Article 15. – Pratiques professionnelles communes**

Les membres de la filière s'engagent à échanger régulièrement sur leurs pratiques professionnelles et à diffuser les recommandations en vigueur.

### **Article 16. – Système d'information**

**Le dispositif doit tendre vers** l'harmonisation des différents supports informatiques afin d'améliorer les échanges de documents.

La possibilité de participer et/ou de contribuer à un réseau de télé-médecine est étudiée.

Le recueil des données d'activité par le PMSI individualise l'activité de structures de soins de la filière, permet le recueil des indicateurs définis par la convention et une analyse des données chaînées.

## **Article 17. – Evaluation**

La Coordination médico-administrative procède à une évaluation qualitative et quantitative du fonctionnement de la filière basée sur :

- l'activité réalisée (file active, DMS, nombre moyen de patients gériatriques admis en court séjour/aux urgences/SSR, nombre de refus par manque de place, critères de performance...etc.)
- en tenant compte des données démographiques ;
- et des indicateurs de prise en charge que les établissements/structures s'engagent à renseigner.

Les signataires s'engagent à se réunir une fois par an pour évaluation des modalités d'organisation dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention.

## **Article 18. – Date d'effet – durée - résiliation**

La présente convention est conclue pour une période de trois ans à compter du (à définir). Elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties signataire avec un préavis de trois mois.

**ANNEXE II bis : Fiche de présentation de la filière gériatrique « Nord 78-1 »**

Projet de constitution d'une filière gériatrique

**Etablissements supports : Centre Hospitalier de Versailles et Clinique Médicale de la Porte Verte**

Offre sanitaire avec orientation gériatrique des deux établissements support	Capacités actuelles ou passages Pour le Centre Hospitalier de Versailles ( <b>CHV</b> )		Capacités actuelles ou passages pour la Clinique Médicale de la Porte Verte ( <b>CMPV</b> )		Points forts par rapport à l'accueil ou la prise en charge des personnes âgées ;	Axes d'amélioration en faveur de l'accueil ou de la prise en charge des personnes âgées	Observations
	totale	à orientation gériatrique	totale	à orientation gériatrique			
Urgences	55 268	6003	0	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Liens structurés entre le CHV et la CMPV :</li> <li>Aval des urgences</li> <li>Accès aux plateaux techniques</li> <li>◆ Accès direct des patients âgés à la CMPV</li> <li>◆ Deux consultations mémoires labellisées</li> <li>◆ Création d'une coordination gériatrique commune en 2006 : 11,6 ETP (COGITEY)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Mise en place d'une EMG extra hospitalière : repérage des situations de fragilité et analyse des situations de crise.</li> <li>◆ Amélioration de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation : développement d'une collaboration étroite avec les professionnels médicaux et paramédicaux de la ville et les services intervenant à domicile, afin d'éviter les passages aux urgences et les hospitalisations non justifiées.</li> <li>◆ Mise en place d'un observatoire : analyse des situations complexes, des dysfonctionnements.</li> <li>◆ Amélioration de la communication : développement auprès des usagers et des professionnels de santé (annuaire des ressources).</li> <li>◆ Développement de groupes de travail concernant les bonnes pratiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le Comité des Réseaux (DRDR) a donné un accord de financement du réseau de santé en gérontologie Est Yvelines, le 24 octobre 2006. Les moyens financiers demandés dans le dossier présenté étaient de 345 Keuros.</li> <li>◆ Etant donné l'absence de financement du réseau, la proposition d'ajouter une expertise médicale sanitaire à COGITEY a été formulée. Cette proposition a été reçue favorablement par la MRS IDF en date du 21 février 2008.</li> <li>◆ Le fonctionnement optimal de la filière et la constitution de l'équipe mobile gériatrique nécessitent des moyens humains correspondant à 5 ETP (1,5 gériatre – 0,5 ergothérapeute – 1 IDE – 2 secrétaires), soit un budget annuel de fonctionnement de 320 Keuros.</li> </ul>
Médecine	292	8	90	90			
SSR	37	37	130	60 en SS et 70 en rééducation			
USLD	0	0	0	0			
Consultations mémoire	477	477	1200	1200			
HDJ	0	0	14	4 en chimiothérapie et 10 en rééducation			
EHPAD	131	131	0	0			
AJ	0	0	12	12 Alzheimer			
AT	0	0	0	0			
EMG intra	1	1	Pratiques gériatriques exclusives	Pratiques gériatriques exclusives			
EMG extra	0	0	0	0			

## Territoire géographique - communes desservies

### Etat des lieux

Collaborations actuelles avec les CLIC	CLIC Yvelines	CLIC hors Yvelines
Fréquentes	COGITEY LOUVECIENNES	
Moins fréquentes	CENTRE-YVELINES, PLAISIR, RAMBOUILLET, HOUDAN	
Rares		Départements 92 – 75 et autres CLIC du 78

Communes concernées par les collaborations actuelles (par CLIC)		
Nom du CLIC	Liste des communes	Nombre de plus de 75 ans
CLIC COGITEY	Versailles, Buc, La Celle St Cloud, Châteaufort, Le Chesnay, Jouy en Josas, Loges en Josas, Rocquencourt, Toussus le Noble, Velizy-Villacoublay, Viroflay	13 350
CLIC de LOUVECIENNES	5 communes : Bailly, Noisy le Roi, Rennemoulin, Fontenay le Fleury, Saint Cyr l'Ecole	589

## Etablissements de santé membres de la filière

Etablissement	Offre sanitaire avec orientation gériatrique	Service social	Partenariats formalisés	Partenariats non formalisés	Projets spécifiques
Maison de santé Claire Demeure	Urgences : 0 Médecine : 0 SSR : Soins palliatifs : 16 lits Etat végétatif chronique : 8 lits USLD : EHPAD sanitaire : 48 lits Consultations mémoire : Psychogériatrie : oui EMG : interne Unité de soins palliatifs		Convention de coopération en soins palliatifs avec la Clinique Médicale de la Porte Verte. Convention en cours de constitution avec le CHV.		Membre adhérent du Réseau Yvelines Sud de Cancérologie (RYSC)
Clinique des Franciscaines	Urgences : oui (19 755 passages dont 11 % de PA de plus de 75 ans) Médecine : 808 séjours SSR : non USLD : non Consultations mémoire : non Psychogériatrie : non EMG : non		Convention pour le SAU et le service de réanimation avec le CHV. Convention pluridisciplinaire en cours de constitution avec le CHV et la CMPV.		Membre du Réseau Yvelines Sud de Cancérologie (RYSC)



Etablissement	Offre sanitaire avec orientation gériatrique	Service social	Partenariats formalisés	Partenariats non formalisés	Projets spécifiques
Centre médico-chirurgical de Parly 2	Urgences : oui (11 960 passages dont 12% de PA de plus de 75 ans) Médecine : 1424 séjours SSR : non USLD : non Consultations mémoire : non Psychogériatrie : non EMG : non		Convention avec le CHV pour les urgences de médecine. Convention pluridisciplinaire avec la CMPV		Membre du Réseau Yvelines Sud de Cancérologie (RYSC)
Polyclinique de Versailles	Urgences : non Médecine : non SSR : non		Convention pluridisciplinaire avec la CMPV.		Membre du Réseau Yvelines Sud de Cancérologie (RYSC)

## Partenaires

	Nom	Ville	Partenariat	Capacité
EHPAD	Villa d'Epidaure (SARL)	La Celle Saint Cloud	Convention EHPAD – CHV et CMPV	87 lits
	Les Chênes d'or (CCAS)	Le Chesnay	Convention à formaliser	69 lits
	HOTELIA (EURL)	Le Chesnay	Convention EHPAD (long séjour) – CHV	110 lits
	Les Lys-ORPEA (SA)	Rocquencourt	Convention à formaliser	90 lits
	Résidence du parc de l'abbaye	Saint Cyr l'Ecole	Convention à formaliser	30 lits
	Fondation Lépine Providence (CCAS)	Versailles	Convention EHPAD - CHV	179 lits
	Saint-Louis (Société mutualiste)	Versailles	Convention EHPAD – CMPV	78 lits
	Sœurs Augustines (Association loi 1901)	Versailles	Convention EHPAD – CMPV	174 lits
	Espérance et accueil (Association loi 1901)	Versailles		60 lits
	Le parc de Clagny	Versailles	Convention EHPAD – CMPV	25 lits

	Les Aulnettes (Etablissement social national)	Viroflay	Convention EHPAD – CMPV et en cours de formalisation avec le CHV	141 lits
	Résidence Montbuisson	Louveciennes (Hors territoire)	Convention EHPAD – CMPV	64 lits
	Résidence Saint Joseph	Louveciennes (Hors territoire)	Convention EHPAD - CHV	87 lits
	Résidence Clairefontaine	Louveciennes (Hors territoire)	Convention EHPAD – CMPV	102 lits

FL	Les Chênes verts (CCAS)	Le Chesnay		
	Résidence Fleury (CCAS)	Fontenay le Fleury		
	Résidence des Jardins de Noisy	Noisy le Roi		
	Résidence Claude Laroche	Saint Cyr l'Ecole		
	Résidence Madeleine Wagner-AREPA	Vélizy-Villacoublay		
	Les Hespérides	Versailles		
	Les Buissonnets	Versailles		
	Résidence André Mignot	Versailles		
	Foyer Montbauron	Versailles		

<b>Accueil de jour</b>	Clinique Médicale de la Porte Verte	Versailles		12 places
	Résidence Claire Fontaine	Louveciennes (Hors territoire)		Selon disponibilité
	La Villa d'Epidaure	La Celle Saint Cloud		5 places
	Les Lys-ORPEA	Rocquencourt		10 places
<b>Hébergement temporaire</b>	HOTELIA	Le Chesnay		
	Les Chênes d'Or	Le Chesnay		
	Résidence Montbuisson	Louveciennes (Hors territoire)		
	Résidence Saint Joseph	Louveciennes (Hors territoire)		
	Résidence Madeleine Wagner-AREPA	Vélizy-Villacoublay		
	Les Hespérides	Versailles		
	Les Buissonnets	Versailles		
	Résidence André Mignot	Versailles		
	Résidence Médéric	Versailles		

<b>SSIAD</b>	SOSPAH (CCAS)	Buc, Loges-en-Josas, Versailles		127 places
	SSIAD	La Celle Saint Cloud		34 places
	SSIAD	Le Chesnay		25 places
	SSIAD	Rocquencourt		65 places
	ASINSAD	Vélizy-Villacoublay, Jouy-en-Josas, Toussus-le-noble		34 places
	SSIAD	Viroflay		40 places
	SSIAD	Châteaufort		45 places

	Nom	Ville	Partenariat	Capacité
<b>Réseau soins palliatifs</b>	EPSILON	Bassin de vie du « Grand Versailles »		
	PALLIUM	Bassin de vie du « Sud Yvelines »		
<b>Réseau santé mentale</b>	RPSM 78 CEPG CEPPA			
<b>Réseau de cancérologie</b>	Réseau Yvelines Sud de soins en Cancérologie (RYSC)			
<b>Association de médecins libéraux</b>				
<b>Société savante</b>	ASSOCIATION GERONTOLOGIQUE DES YVELINES			
<b>Associations d'usagers</b>				
<b>Associations de bénévoles</b>				

## **Les autres Partenaires hors du territoire de la filière**

Tous les établissements de santé du Territoire 78.1 :

- Hôpital Gériatrique de Plaisir Grignon à Plaisir
- Centre Hospitalier de Rambouillet à Rambouillet
- Hôpital de Jouars Pontchartrain à Jouars Pontchartrain
- Hôpital de Montfort l'Amaury à Montfort l'Amaury
- Hôpital d'Houdan à Houdan
- Clinique de Saint Rémy les Chevreuse
- Clinique de l'Oasis à Saint Rémy les Chevreuse



## **Perspectives**

### **Estimation de la file active des patients pouvant être pris en charge**

File active actuelle : 13 350 PA de plus de 75 ans (territoire de Cogitey).

File active résultant de la constitution de la filière : 13 939 PA de plus de 75 ans (territoire de Cogitey + les cinq communes de la coordination de Louveciennes).

### **Modalités de coordination de la filière**

Les établissements à forte activité gériatrique, le Centre Hospitalier de Versailles et la Clinique Médicale de la Porte Verte, seront supports de la filière et constitueront un Comité de coordination médico-administratif.

Un Comité technique, auquel participeront tous les établissements sanitaires à forte orientation gériatrique et les structures et services médico-sociaux, complètera le dispositif.

### **Communication et information (vis à vis du public, des médecins traitants...)**

Les projets opérationnels de la filière seront présentés aux acteurs de santé du territoire concerné.

Les axes forts de la structuration de la filière seront de :

Constituer et faire fonctionner la coordination de la filière.

Mettre en place une équipe mobile gériatrique.

Développer des méthodes et des outils pour le repérage de l'évolution d'une personne âgée dans un référentiel de dépendance et d'autonomie.

Gérer les situations critiques en faisant appel à des avis d'experts et favoriser un retour dans un cadre normal.

Développer des sessions de formations interprofessionnelles.

Mettre en place un annuaire des ressources gériatriques et gérontologiques.

## **Elaboration d'une convention constitutive**

En cours

## **Conclusion**

L'organisation de la filière gériatrique représente un engagement lourd pour assurer une réponse permanente médicalisée pour le secteur géographique défini. La réalisation des objectifs déterminés ne pourra être que progressive et dépendra des moyens alloués à l'équipe mobile gériatrique malgré la bonne volonté et la conviction des deux structures supports.