

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

**Filière gériatrique et précarité :
Mise en place d'une filière gériatrique
à l'hôpital Louis Mourier de Colombes**

Isabelle PESCHET

Remerciements

Merci à toute l'équipe de Direction de l'hôpital Louis Mourier, ainsi qu'à Patricia Corbon, pour leur soutien et pour l'autonomie qu'ils m'ont laissée dans le choix du sujet et la teneur de mon mémoire.

Je tiens à remercier aussi les professionnels de l'hôpital et des organismes partenaires qui ont bien voulu m'expliquer leur métier et leurs contraintes, témoignant par là-même de leur volonté d'encourager un travail en commun.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Une filière gériatrique pour faire face à la croissance des besoins.....	4
1.1 Le constat de besoins croissants dans un contexte de moyens limités	4
1.1.1 Répondre à des besoins en forte croissance.....	4
1.1.2 ...Sans mettre en danger le système hospitalier.....	5
1.1.3 ...Et en se coordonnant avec les acteurs traditionnels de la prise en charge du sujet âgé.....	6
1.2 Filière gériatrique : de quoi s'agit-il concrètement ?.....	12
2 Mise en place d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de l'hôpital Louis Mourier	16
2.1 Le contexte.....	16
2.1.1 Les besoins des personnes âgées de ce territoire de santé.....	17
2.1.2 L'offre de prise en charge gériatrique sur le territoire de santé 92/3.....	20
2.2 Une mobilisation forte.....	25
2.2.1 Un intérêt fort à agir afin d'améliorer la fluidité de la prise en charge du sujet âgé.....	25
2.2.2 Des projets nombreux déjà réalisés ou devant être mis en œuvre, qui traduisent un « recentrage sur le sanitaire ».....	27
2.3 Une amélioration de la fluidité et des liens entre institutions.....	29
2.3.1 Analyse quantitative.....	29
2.3.2 Le lien entre le domicile et l'hôpital : le rôle positif du CLIC.....	32
2.3.3 Le lien entre les EHPAD et l'hôpital : en amélioration mais suscitant toujours de l'incompréhension.....	32
2.3.4 Le lien entre les urgences et les services de spécialité : en interne un fonctionnement correct, en externe il faut bien « vendre » son patient.....	33
2.3.5 L'apport de l'équipe mobile.....	34
2.3.6 Le lien entre les services de médecine interne et les services de soins de suite : une amélioration reconnue.....	35
2.3.7 Du SSR à l'EHPAD : de fortes inégalités selon les profils.....	36
2.3.8 De l'hôpital au domicile (dont l'HAD) : un manque d'offre qui provoque des inégalités.....	36
3 Quelles améliorations peut-on apporter à cette filière ?.....	37

3.1 Principales difficultés rencontrées.....	37
3.1.1 Les éléments bloquants.....	37
3.1.2 Les soins de suite de l'hôpital Louis Mourier subissent les conséquences de cette sélection et des blocages.....	38
3.1.3 Respecter le choix de ces patients, une gageure :.....	39
3.2 Comment peut-on adapter cette filière ?.....	40
3.2.1 Le court séjour gériatrique ou l'HAD ne constituent pas des solutions.....	40
3.2.2 Un réseau plus vivant au quotidien permettrait peut-être de fluidifier les passages, y compris pour les patients les moins favorisés.....	41
3.2.3 Vers un partage du risque ?.....	42
3.2.4 Eviter la dilution des responsabilités	43
3.2.5 L'hôpital a intérêt à encourager les démarches d'accès aux soins des personnes âgées où qu'elles se situent.....	44
3.2.6 En interne, quelques améliorations peuvent aussi être envisagées.....	46
3.2.7 L'hôpital peut par ailleurs jouer un rôle dans la démarche de valorisation des métiers de la gériatrie	47
<u>Conclusion.....</u>	48
Bibliographie.....	49
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR (grille) : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CLIC : Comité local d'information et de coordination
CMU : Couverture Maladie Universelle
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DMS : Durée Moyenne de Séjour
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GHU : Groupement Hospitalier Universitaire (au sein de l'AP-HP)
GHM : Groupe Homogène de Malades
GIR : Groupe Iso-Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation A Domicile
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
SMTI : Soins médicaux et techniques Importants
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de Réadaptation
SWOT : Strength, Weakness, Opportunity, Threat
T2A : Tarification à l'activité
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Depuis 1962 et le rapport Laroque, la spécificité de la prise en charge des personnes âgées est envisagée par les pouvoirs publics à travers de nombreux plans insistant en particulier sur l'intérêt du maintien à domicile. Concernant leur hospitalisation, les textes sont plus récents (ils débutent avec la circulaire du 18 mars 2002) et encore en voie de mise en œuvre. Souvent décrite comme néfaste pour la personne âgée elle-même (aggravation de la dépendance¹) et pour le système de soins (embollisation de lits, source de coûts élevés), l'hospitalisation du sujet âgé mérite d'être explorée du fait des questions qu'elle soulève concernant le fonctionnement des établissements et notre système de santé.

En effet, plus l'âge avance, plus se rencontrent polypathologies et imbrication des dimensions médicales et sociales. Dans presque tous les domaines la notion de soin s'élargit. La dimension technique y demeure essentielle mais les besoins d'information et d'accompagnement croissent pour les patients et aussi pour leur entourage. L'isolement au domicile de beaucoup de personnes âgées entre en compte dans les modalités d'orientation.

C'est en particulier la population âgée de plus de 75 ans que nous étudierons. Au sein de cette population, deux grandes catégories de patients apparaissent : les premiers sont monopathologiques et tendent à être traités par les services de spécialité médicale. Les autres sont polypathologiques, dépendants ou menacés de l'être sous l'action d'une pathologie aiguë. D'évidence, c'est cette seconde catégorie qui se révèle la plus exigeante pour des services cliniques divisés par organe. Le problème majeur que pose cette catégorie de patient est leur orientation.

La mise en place d'une filière gériatrique vise à améliorer la fluidité² de la prise en charge, à développer le panel de l'offre de soins et les liens entre les différents intervenants. Il s'agit d'une organisation territoriale des soins pour les personnes âgées au sein et hors de l'hôpital. La personne âgée est en effet prise en charge par différents acteurs, privés ou publics, médico-sociaux et sanitaires dont les modes de financement et d'organisation sont bien distincts.

Lorsqu'il est amené à fréquenter cette filière, le patient âgé dispose de plus ou moins de ressources pour pouvoir s'y adapter : il n'est pas si évident en effet pour certains patients de passer les frontières qui continuent d'exister entre les différents membres de la filière.

¹ Dépendance : besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou nécessité d'une surveillance régulière (loi sur la prestation spécifique dépendance, 1997)

² Selon le dictionnaire Larousse : qualité d'un corps dont les molécules ont si peu d'adhérence entre elles qu'elles glissent les unes sur les autres, fig: coulant

Ainsi, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, dont l'hôpital Louis Mourier fait partie, s'engage³ à « assurer un recrutement non sélectif de patients (sujets âgés, jeunes, dépendants ou socialement défavorisés)⁴ », or cela n'est pas forcément le cas des autres membres de la filière. Cela peut induire une certaine complexité dans la liaison entre ces divers intervenants.

Nous définirons la précarité, en suivant le rapport Lebas⁵, comme un « processus où le cumul des handicaps économiques et sociaux, des difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres, est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible ». L'hôpital Louis Mourier est situé à Colombes sur le territoire de santé 92-3 (comprenant les villes de Colombes, Bois-Colombes, Gennevilliers, Nanterre, Neuilly-sur-Seine, Levallois-Perret, Clichy, Villeneuve-la-Garenne, Courbevoie, Asnières), marqué par une forte mixité sociale. Les personnes âgées qui se rendent à l'hôpital et surtout celles qui y restent, sont bien souvent dans un état d'isolement social important et une situation économique peu favorable.

La question se pose donc de l'adaptation locale à donner à la politique nationale de mise en place de filière. Pour cela nous étudierons tout d'abord l'origine et la nature de ces filières, puis nous nous concentrerons sur celle mise en place autour de l'hôpital Louis Mourier et dresserons un premier bilan des apports locaux de cette réforme. Enfin, nous analyserons les limites à l'efficacité de ce dispositif et les moyens de les dépasser.

✓ Méthodologie :

J'ai tout d'abord choisi de privilégier les entretiens semi-directifs auprès de médecins, cadres, infirmiers, aides-soignantes et assistantes sociales des services. La participation à des réunions dans les services permettait par ailleurs de toucher du doigt le travail au quotidien.

Par la suite, il m'est apparu opportun de suivre et d'interroger quelques patients de l'hôpital, tout au long du circuit qu'ils pouvaient faire depuis les urgences et jusqu'à leur sortie. Ainsi j'ai pu réaliser des entretiens avec eux, à différents moments de leur prise en charge à l'hôpital et les interroger sur leur devenir au moment de leur sortie. J'ai réalisé cette seconde partie de l'étude au mois de Juillet, période particulièrement complexe pour les professionnels et les patients car beaucoup d'intervenants en ville

³ Entre autre dans le CPOM signé le 28 Mars 2007 avec l'ARH Ile de France

⁴ Annexe 2-4, Médecine, du CPOM de l'AP-HP

⁵ Lebas J., Février 1998 , *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital*

sont en congés, l'hôpital ferme des lits, ce qui conduit à une situation où les problèmes habituels sont exacerbés. Ce sont ces problèmes que j'ai donc pu découvrir avec évidence, ils ont eu le mérite d'apparaître même s'ils n'ont peut-être pas valeur représentative de l'ensemble de l'année.

J'ai par ailleurs choisi de visiter certains centres de soins de suite privés et des maisons de retraite avec lesquels l'hôpital avait passé convention, en y rencontrant soit le Directeur, soit le Médecin coordonnateur. La rencontre d'un médecin libéral de Colombes a complété l'enquête.

Puis, afin de donner un cadre à ces observations ponctuelles, j'ai rencontré l'assistante sociale coordinatrice du CLIC de Colombes et le Dr Diane Pulvéris, responsable de la Mission Gériatrie de l'AP-HP.

Par ailleurs, j'ai pu trouver au sein de la Direction des Finances de l'hôpital de nombreuses informations sur l'activité et les coûts venant enrichir l'analyse.

1 Une filière gériatrique pour faire face à la croissance des besoins

1.1 Le constat de besoins croissants dans un contexte de moyens limités

1.1.1 Répondre à des besoins en forte croissance...

En 2020, les plus de 80 ans seront quatre millions contre 2,28 millions en 1997 ; le nombre de personnes dépendantes sera de 25% supérieur à aujourd'hui (environ un million).

En Ile de France, selon le SROS, la population des plus de 75 ans va passer de 90 000 en 2000 à 97000 en 2010. Tous les départements franciliens enregistrent une progression de leur population, ce taux dépasse les 3% dans les Hauts-de-Seine où se situe l'hôpital Louis Mourier. L'augmentation est nettement plus forte pour la tranche d'âge des 75 ans et plus, avec une hausse moyenne régionale de 11,1%. L'accroissement de la part des personnes de plus de 75 ans va se poursuivre. Il en est de même, parmi ces dernières, du nombre de personnes dépendantes, qui devrait passer de 90 000 environ en 2000 à 92 000 en 2005 et 97 000 en 2010. Le nombre de franciliens de 75 ans et plus atteints de la maladie d'Alzheimer est estimé à 85 000 personnes (source : ORS IDF, 2003). Le nombre de nouveaux cas annuels serait de 16 000 personnes. Il s'agit du principal motif d'entrée en institution.

Le vieillissement entraîne une augmentation importante des dépenses médicales. Celles des personnes de 80 ans et plus atteignent le triple de la dépense moyenne. L'hospitalisation représente 45,1% de la dépense médicale des personnes de 60 à 69 ans puis cette part augmente pour atteindre 56% pour les personnes de 80 ans et plus⁶. Les personnes âgées ont donc beaucoup plus souvent que les autres recours aux soins et en particulier aux soins hospitaliers : près du tiers des séjours hospitaliers en France concerne des personnes de plus de 65 ans. 22,5% des personnes de plus de 60 ans sont hospitalisées au moins une fois dans l'année, ce chiffre passe à 31,6% pour les plus de 80 ans⁷.

⁶ VEYSSIER P., 1997, *Infections chez les sujets âgés*, Editions Ellipses

⁷ source : CNAMTS

En 2001, les 75 ans et plus représentent 15% des séjours de l'AP-HP et 24% des journées.

En effet, à ce taux de fréquentation plus élevé s'ajoute une durée de séjour en général plus longue.

1.1.2 ...Sans mettre en danger le système hospitalier

Un lien est fait entre cette croissance du recours aux soins hospitaliers des personnes âgées et l'augmentation de la durée de séjour.

A l'AP-HP, la part des patients âgés en médecine interne a considérablement augmenté ces dernières années, ainsi que la durée moyenne de séjour. Il est établi un lien direct entre ces deux évolutions concomitantes. Ainsi, peut-on lire dans une présentation du plan stratégique : « en 2000, 51% de patients étaient âgés de plus de 65 ans, la DMS était à 14.8 jours ; en 2003, cette part représente 59.1% et la DMS est à 19.5 ». L'âge est donc vu comme un facteur d'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS), indicateur ayant pris ces dernières années valeur d'étalon dans la mesure de la performance hospitalière.

Cet afflux de patients que représente la prise en charge de sujets âgés pour des hôpitaux en situation financière très suivie est perçu avec inquiétude du fait des difficultés rencontrées ou supposées dans la valorisation de leur prise en charge. Le fait même que la DMS soit l'un des éléments majeurs d'évaluation, milite dans le sens d'une incidence négative de la prise en charge de sujets de plus de 75 ans dans les « résultats » de l'hôpital.

Face à ce risque de débordement, les différents financeurs dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées (Sécurité sociale, Conseils Généraux) n'entendent pas dépasser leurs attributions. En effet, depuis la loi de 1975, la séparation entre sanitaire et sociale est actée, leurs financeurs aussi, et des institutions comme l'AP-HP entendent se « recentrer sur le sanitaire ». Ils sont poussés en ce sens par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui ne valorise pas, malgré les velléités de l'ATIH (Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation), la prise en charge sociale des patients. Les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours ne valorisent ainsi que la prise en charge médicale et non le besoin social du patient, qui pourtant est codé.

Même les MIGAC, qui financent des missions d'intérêt général, ne permettent à l'AP-HP que de financer des activités très spécifiques (type CDAG) et non de financer globalement

la part de social qu'il y a dans la prise en charge de beaucoup de patients « classiques » et en particulier les patients âgés⁸.

Ainsi du fait de la spécificité de la prise en charge du sujet âgé, qui ne peut-être que globale et non purement sanitaire, et du type de tarification des établissements, les personnes âgées apparaissent relativement « coûteuses » aux hôpitaux.

La filière est l'un des moyens visant d'une part à mieux prendre en charge le sujet âgé en augmentant le panel de l'offre de prise en charge et en réduisant ses durées d'hospitalisation, d'autre part à éviter à l'hôpital le surcoût supposé dû à la croissance forte de cette catégorie de population. La filière gériatrique, ayant pour objectif l'efficience, peut également être regardée comme allant dans le sens de la qualité de la prise en charge, puisqu'elle évite au maximum de laisser le patient âgé dans un lit d'hôpital et permet ainsi d'envisager la préservation des liens familiaux et sociaux existants, la réduction des risques d'infection, d'escarres, de perte d'appétit, de perte de masse musculaire, de dégradation de l'état général.

Un autre argument a permis selon nous de justifier la mise en place de la filière, il s'agit de la volonté d'optimiser l'utilisation des compétences médicales. Dans un contexte de pénurie démographique médicale, il est devenu urgent d'optimiser le temps de présence des médecins à l'hôpital en s'assurant que tous les lits soient occupés effectivement par une personne hospitalo-requérante.

Enfin, derrière cette filière gériatrique, il y a l'idée que chaque acteur sera plus performant s'il se recentre sur ce qu'il sait le mieux faire : le sanitaire à l'hôpital, le social dans de vrais « lieux de vie ». Ce recentrage suppose une amélioration des liens entre des intervenants aux statuts et à l'organisation fort différents.

1.1.3 ...Et en se coordonnant avec les acteurs traditionnels de la prise en charge du sujet âgé

L'hôpital n'est que l'un des nombreux intervenants professionnels que rencontrera la personne âgée dans ses dernières années.

A) La médecine de ville joue un rôle de tout premier ordre envers ces patients

⁸ Parmi les personnes prises en charges par le service social de médecine V de l'hôpital, il y a ainsi 66% de personnes de plus de 75 ans.

Le médecin traitant est le seul détenteur des antécédents des patients et en particulier des patients âgés, il est aussi bien souvent pour eux une source d'information primordiale, en particulier concernant les aides au domicile (ceci a été prouvé par l'enquête SAPAD⁹).

Cependant, les patients âgés et dépendants sont aussi ceux qui ont le plus de difficultés à se rendre en consultation auprès de leur médecin généraliste. Certains ont du mal à se déplacer, d'autres perdent leurs repères et oublient qu'un suivi régulier peut s'avérer nécessaire. Ils sont donc les premiers utilisateurs des visites à domiciles et des gardes.

Or, cette médecine de ville est confrontée comme l'hôpital aux problèmes de démographie médicale et les généralistes trouvent peu d'intérêt à se déplacer au domicile des personnes. Ainsi, selon l'enquête¹⁰ réalisée en Juin 2003 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France, le pourcentage de visites à domicile par les généralistes est de 12.8% contre 15,9% en 2001. Chaque visite est facturée 34 euros dans cette région (soit moins de deux C). Le temps moyen d'une visite à domicile est de 41 mn contre 18 en cabinet. 85% des médecins répondants de l'enquête estiment que la visite ne paraît pas justement rémunérée. 70% la considère comme une contrainte.

Par ailleurs ces généralistes sont peu formés en gériatrie. « Depuis l'arrêté du 4 mars 1997, la gérontologie et la gériatrie font partie des matières obligatoires de l'enseignement théorique du second cycle des études médicales. Le caractère récent de la formation fait que la grande majorité des généralistes en activité n'a pas pu en bénéficier. Au total, près de 400 médecins franciliens, d'exercice essentiellement hospitalier, ont suivi une formation à la gériatrie¹¹ ».

L'organisation de gardes pose par ailleurs des problèmes dans de nombreuses communes et est donc rarement effective.

B) Les intervenants au domicile :

L'aide professionnelle au domicile intervient chez un ménage concerné par la dépendance sur 3¹². Elle peut prendre des formes diverses ; les services d'aide ménagère proposent aux personnes âgées une assistance pour les tâches quotidiennes de ménage, courses et menus travaux. Il existe aussi des services de portage de repas à domicile et des services de soins infirmiers à domicile. Le coût de ces auxiliaires de vie peut être pris

⁹ DREES, 2000, *enquête SAPAD-Bénéficiaires*

¹⁰ URML ILE-DE-FRANCE, 2005, *La visite à domicile chez les médecins franciliens*

¹¹ SROS Ile de France

¹² source : schéma gérontologique 92

en charge par le Conseil Général au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de l'aide sociale.

Les missions spécifiques des SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) sont définies par le décret du 8/05/81 n°81-448. Il s'agit d'évaluer les besoins en soins des personnes, de prodiguer des soins spécifiques sur prescription et relevant du rôle propre de l'infirmier, de coordonner les interventions, de prévenir des risques liés à la perte d'autonomie et d'éduquer pour la santé. Ils ont pour objectif de faciliter le maintien des personnes âgées à leur domicile le plus longtemps possible, mais également de faciliter les retours à domicile suite à une hospitalisation. Dans les faits, les SSIAD assurent une présence d'environ 1h par jour afin de réaliser des soins de nursing ou plus rarement infirmiers. Ce service est financé par les caisses primaires d'assurance maladie et est peu rémunéré (28 euros la journée). Il est donc difficile pour les organismes de financer des emplois d'infirmières.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un service de type hospitalier, financé par la Sécurité Sociale. Il assure en moyenne trois heures de présence au domicile et des compétences diversifiées (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues). Ce système est encore peu développé auprès des personnes âgées car l'intervention doit être limitée dans le temps. De plus, il est peu opérationnel pour une personne vivant seule, il nécessite le soutien des familles.

Ces dernières, à travers les conjoints et les descendants, restent les premiers aidants auprès des personnes âgées.

C) La prise en charge de la dépendance en établissement

La dégradation de l'état de santé, accompagnée ou non de conditions familiales ou socio-économiques défavorables, peut rendre difficile le maintien à domicile de certaines personnes et le taux d'hébergement augmente continûment avec l'âge passant de 1,6% pour les personnes de 60 à 69 ans à 27,8% pour celles de 90 ans et plus¹³. Même aux très grands âges, la vie en institution reste minoritaire. Le taux d'hébergement des femmes est, à âge égal, supérieur à celui des hommes qui bénéficient plus longtemps de la présence d'un conjoint. Une femme sur deux entre 80 et 84 ans vit seule à domicile.

¹³ VEYSSIER P., 1997, *Infections chez les sujets âgés*, Editions Ellipses

Depuis la loi du 24 Janvier 1997, les maisons de retraite médicalisées sont remplacées au fur et à mesure des signatures de conventions tripartites par des EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. La prise en charge est assurée en grande majorité par des agents des services hospitaliers et des aides-soignants. Une infirmière coordonne souvent seule l'action des différents intervenants (appels aux médecins traitants, relations avec le laboratoire d'analyse, régulation de l'équipe au quotidien...). Le suivi médical relève comme dans n'importe quel domicile du médecin traitant et depuis peu éventuellement de l'HAD¹⁴. Seule la présence d'un médecin coordonnateur (en général présent à mi-temps pour un établissement de 70 lits par exemple), est le gage d'un suivi médical. Il n'y a pas dans ces EHPAD d'infirmière la nuit (« sinon on serait un long séjour » me disait l'un des médecins coordonnateur rencontré).

Les urgences apparaissent alors comme un recours relativement facile lorsque la situation d'un résident inquiète l'aide-soignant seul présent ou la famille. Ainsi, même si ces données datent un peu, Pierre Veyssier relève en 1997 que « par rapport aux personnes âgées à domicile, le recours aux soins des personnes résidant en institution est sensiblement équivalent pour l'hospitalisation ».

Dans les établissements publics, tous les patients peuvent bénéficier d'une prise en charge des frais d'hébergement par l'aide sociale, cela suppose que leurs revenus soient faibles ou moyens. Il semble qu'il n'y ait pas de seuil unique à ce sujet et que le département des Hauts-de-Seine permette à des personnes ayant une retraite moyenne et quelques biens d'avoir accès à l'aide sociale. Dans ce cas, jusqu'à 90% de la retraite, ainsi qu'une participation des obligés alimentaires et une recours sur succession seront opérées afin de compenser l'aide au paiement du forfait hébergement par le Conseil Général.

Dans les établissements privés et associatifs, un certain nombre de places peuvent être agréées à l'aide sociale. Ces places ne sont pas réservées à des personnes bénéficiant de l'aide sociale, elles peuvent être occupées par des résidents qui paient le forfait d'hébergement (en général, plus cher), mais lorsqu'une place se libère et qu'une personne âgée en fait la demande, cette place à l'aide sociale ne peut lui être refusée. Le Conseil Général surveille l'effectivité de cette règle.

Le nombre de places à l'aide sociale et le niveau des tarifs pratiqués par les maisons de retraite, rendent l'accès à celles-ci très problématique pour les personnes ayant des revenus moyens ou faibles.

¹⁴ Décret du 30 avril 2007, décret du 22 février 2007, relatifs à l'intervention des équipes d'HAD en EHPAD

Le forfait dépendance quant à lui est souvent pris en charge dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

D) Les Réseaux :

Prévus par les ordonnances du 24 avril 1996, ils ont pour ambition de développer la coordination et la continuité des soins. Ils ont une vocation purement sanitaire. Les réseaux interviennent afin d'inclure les patients dans une prise en charge globale, faisant intervenir différents professionnels.

Concernant les personnes âgées, le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) joue un rôle prépondérant dans la coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, de façon plus ou moins importante selon les communes. Institués à titre expérimental en 2000, ils ont été confirmés par la loi du 20 juillet 2001.

Leurs missions sont :

- d'informer les personnes âgées et de les aider dans leurs démarches liées à la Santé, l'habitat, le transport, les aides à domicile...
- de guider la personne âgée et son entourage vers la solution la mieux adaptée à ses besoins
- de rompre l'isolement des personnes âgées
- de soutenir les proches

E) Le rôle de l'hôpital

Comme nous l'avons vu, l'âge avançant, les dépenses de santé des personnes âgées augmentent et en particulier celles liées à l'hospitalisation. L'hôpital est donc l'un des lieux où les personnes âgées sont depuis bien longtemps prises en charge. Au sein de celui-ci, certains services sont particulièrement concernés par la patientèle des plus de 75 ans polypathologiques.

- 1) Les urgences : 75% des personnes âgées hospitalisées passent par les urgences. Les patients âgés de plus de 75 ans représentent à l'AP-HP 12% des passages adultes, 53% sont admis contre 20% en moyenne chez les adultes. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), pathologie particulièrement fréquente chez les sujets âgés, représentent 1% des passages et 4% des admissions.

De nombreuses études¹⁵ montrent que ce service n'est pas toujours un lieu d'accueil adapté à des personnes âgées : elles y risquent les escarres, la déshydratation et sont, d'après l'étude MEAH¹⁶ sur le temps d'attente des patients aux urgences, les plus susceptibles d'attendre.

- 2) Les services de médecine interne accueillent une partie des patients âgés polypathologiques. Les hospitalisations de personnes âgées de plus de 75 ans représentent 15% des séjours MCO en 2005, beaucoup plus en médecine interne (30 et 50% à Louis Mourier dans chacun des deux services). Cependant, du fait de la mixité des pathologies dans ces services il est parfois difficile de répondre aux exigences de rationalisation et en particulier de diminution de la DMS. Ces services se trouvent pris dans une injonction contradictoire : ils doivent libérer des lits pour pouvoir accueillir l'aval des urgences, mais s'ils poussent trop dans ce sens il prennent le risque de mettre en danger leurs propres patients juste après leur sortie de l'hôpital (temps nécessaire à la mise en place des aides à domicile, à la recherche de places dans un établissement adapté...).
- 3) Les structures de soins de suite et réadaptation constituent l'un des acteurs majeurs de la prise en charge gériatrique. Deux malades sur trois hospitalisés en SSR sont âgés de 65 et plus et un sur deux de 75 ans et plus. D'après le SROS Ile-de-France, ces services « interviennent après une pathologie médicale ou chirurgicale, aiguë, récente ou chronique, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Le diagnostic de l'affection causale est supposé connu ainsi que son traitement. Elles accueillent des patients présentant des pathologies diversifiées, et des patients polypathologiques et lourdement dépendants requérant un niveau de soins élevé, sans discrimination d'âge. Ces structures assurent la continuité des soins 24h/24, traitent, le cas échéant, des pathologies intercurrentes, et planifient la réinsertion du patient. Ils apparaissent les plus concernés par cette imbrication de données médicales et sociales et sont investies de la responsabilité de la construction d'un projet d'avenir pour les patients. Le recrutement est centré sur la proximité. Un dispositif de soins coordonnés est mis en place en vue de la sortie, en lien avec le médecin traitant, les professionnels et les services impliqués dans le maintien au domicile, les filières et les réseaux. L'ensemble des soins de suite et réadaptation doit contribuer sans discrimination à

¹⁵ SAINT JEAN O., BERIGAUD S., MATIGNON E., PASSERON J., ELLRODT A., BOUCOU J.P., 1992, « Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées, expérience de transfert direct en unité de médecine interne et de gériatrie »

¹⁶ MISSION D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, 2004, *Temps d'attente des patients aux urgences*. D'après cette étude, le temps moyen de prise en charge d'un patient âgé de plus de 75 ans aux urgences est de 5h40.

la prise en charge des patients en situation de précarité ».

Le service de soins de suite est un service qui a pour caractéristique de laisser le temps aux professionnels de « débroussailler la situation, revoir le contexte familial, éviter qu'il n'y ait un retour », selon l'un des médecins du service de l'hôpital Louis Mourier. Il est beaucoup moins coûteux qu'un service de court-séjour (260 euros par journée au lieu de 560 en médecine interne selon la comptabilité analytique 2006 de l'hôpital Louis Mourier) et n'est pour l'instant pas soumis à la T2A, même si cela est en projet.

Parmi les services de soins de suite, certains sont gériatriques d'autres polyvalents ou autrement spécialisés. Un projet de décret sur les différents soins de suite clarifie ces différences ainsi que la distinction avec les établissements de Médecine Physique et Réadaptation. Les principales catégories majeures de diagnostic en soins de suite gériatrique sont les suivantes: Santé mentale (1/4), Neuro-musculaire (1/5), Post-trauma (1/8), cardio-vasculaire et respiratoire (1/10).

4) Les structures de soins de longue durée assurent l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des soins réguliers. Dans ces services, seule la part correspondant aux soins est prise en charge par l'Assurance maladie. Les frais d'hébergements restent à la charge des personnes âgées ou de leur famille. On peut noter qu'à l'AP-HP, 80% des places de soins de longue durée sont occupées par des patients bénéficiant de l'aide sociale. Par ailleurs, le Gir Moyen Pondéré (GMP) des soins de longue durée de l'AP-HP est de 860 et la coupe pathos y a fait apparaître un taux de soins médicaux et techniques importants (SMTI) de 54% contre 35% au niveau national. A titre de comparaison, les EHPAD prennent en charge au maximum un GMP de l'ordre de 680.

1.2 Filière gériatrique : de quoi s'agit-il concrètement ?

La circulaire du 18 Mars 2002 fixe les principes d'organisation de la filière gériatrique. Celle du 28 mars 2007 vient réaffirmer ce principe d'organisation préconisant à nouveau la création de court-séjours gériatriques, d'équipes mobiles, d'unités de consultation et d'hospitalisation de jour et précisant leur organisation.

Les récents plans gouvernementaux sur le vieillissement, le plan « vieillissement et solidarité » de 2003 et le plan « solidarité grand-âge¹⁷ » présenté le 27 Juin 2006, visent à permettre aux établissements de faire face à l'évolution démographique. 2,3 milliards d'euros de crédits supplémentaires sur 5 ans sont prévus (2007-2012), dont 400 millions d'euros pour adapter l'hôpital aux personnes âgées.

Il s'agit en particulier d'augmenter les ratios de personnel dans les établissements médico-sociaux (l'objectif pour 2012 étant d'un professionnel par résident pour les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes¹⁸). Du fait des difficultés majeures à trouver des places d'aval aux établissements sanitaires, le plan prévoit par ailleurs la création de places d'EHPAD et de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : +40%, 7000 places supplémentaires d'HAD, la création de 2500 places d'accueil de jour et de 1100 places d'hébergement temporaire chaque année.

Concernant la région Ile de France, le SROS 3 donne la priorité à la prise en charge des personnes âgées et reprend les grandes lignes de la circulaire en préconisant la recherche d'une meilleure fluidité dans le parcours des patients grâce aux actions suivantes :

- ✓ développer l'évaluation gériatrique ambulatoire avec en particulier, le diagnostic précoce des troubles mnésiques, pour infléchir le nombre des hospitalisations non programmées
- ✓ réserver des places spécifiques en hôpital de jour
- ✓ anticiper la sortie des patients dès leur arrivée à l'hôpital
- ✓ développer la psycho-gériatrie
- ✓ veiller au maintien d'une capacité suffisante en structures d'aval du soin de suite
- ✓ Renforcer les liens des hôpitaux avec les structures médico-sociales : il s'agit en particulier de signer des conventions réglant les modalités de passage et éventuellement les retours entre les deux établissements. Beaucoup de conventions ont été signées de manière obligatoire dans le cadre du plan bleu des EHPAD.
- ✓ Renforcer les liens avec les intervenants soignants ou pas à domicile
- ✓ Accroître le nombre de lits des services de gériatrie aiguë : ces services ont vocation à accueillir les patients âgés fragilisés et polypathologiques ou

¹⁷ Plan inspiré du Rapport JEANDEL PFITZENMEYER ET VIGOUROUX, 2006, *5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux*

¹⁸ Ce niveau était mesuré par le Gir Moyen Pondéré, fondement de l'attribution de moyen pour les EHPAD ; avec la coupe PATHOS, on entre dans un autre mode d'évaluation, fondé sur le besoin d'aide, il prend en particulier en compte le niveau de démence.

souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ils devront par ailleurs « s'organiser pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes pour fournir une filière courte de prise en charge, sans passage préalable par les urgences¹⁹ »

- ✓ renforcer les soins de suite adaptés à la prise en charge de ces patients polypathologiques et lourdement dépendants,
- ✓ diversifier les modalités de prise en charge (hospitalisation à domicile, accueils de jour)
- ✓ créer des équipes mobiles gériatrique: elles fournissent aux différents services des compétences spécifiquement gériatriques : évaluation cognitive, orientation...
- ✓ Encourager la coopération avec les équipes de soins palliatifs concernant la fin de vie.
- ✓ Développer l'HAD créée par la loi hospitalière du 31 Juillet 91. L'hospitalisation à domicile, formule alternative de type sanitaire, permet d'assurer dans le milieu familial des malades, pour une période limitée, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. L'HAD de l'AP-HP offre, parmi ses prises en charges, un service de réinsertion et de réadaptation des personnes hospitalisées à leur domicile, cette prise en charge s'adapterait à de nombreux cas gériatriques restant pour l'instant en SSR.

Ces directives se traduisent au niveau de l'AP-HP dans le plan stratégique. Parmi les grandes priorités de l'APHP pour les années 2005 à 2009 figurent: la prise en charge des patients âgés, celle des patients vulnérables et l'amélioration de la fluidité.

Premier établissement de prise en charge des malades âgés en Ile-de-France, l'AP-HP dispose en 2005 de 3084 lits de soins de suite et de réadaptation (soit un quart de l'équipement disponible dans la région). Il s'agit à 91% de gériatrie. L'institution offre de plus 4000 lits de soins de longue durée, soit 49% de ceux qui équipent la région. Elle prend en charge beaucoup de patients déments (34% des entrées en SSR gériatriques et 78% des patients entrant en USLD à l'AP-HP sont déments) et plus dépendants que la moyenne des patients accueillis en USLD sur le territoire national (cf première partie). Elle compte de plus 561 lits de court-séjour gériatrique, 182 places d'Hôpital de Jour Gériatrique, 8 équipes d'intervention gériatriques et 18 consultations mémoire.

Les mesures du plan stratégique :

¹⁹ Circulaire DHOS 02/117 du 28 Mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques

L'AP-HP prévoit l'ouverture de 600 lits de SSR et la fermeture de 800 lits d'USLD parallèlement à leur mise aux normes (chambres individuelles, douche...).

Le plan prévoit l'ouverture de 150 lits de court-séjour gériatrique et de 50 places d'hôpital de jour gériatrique.

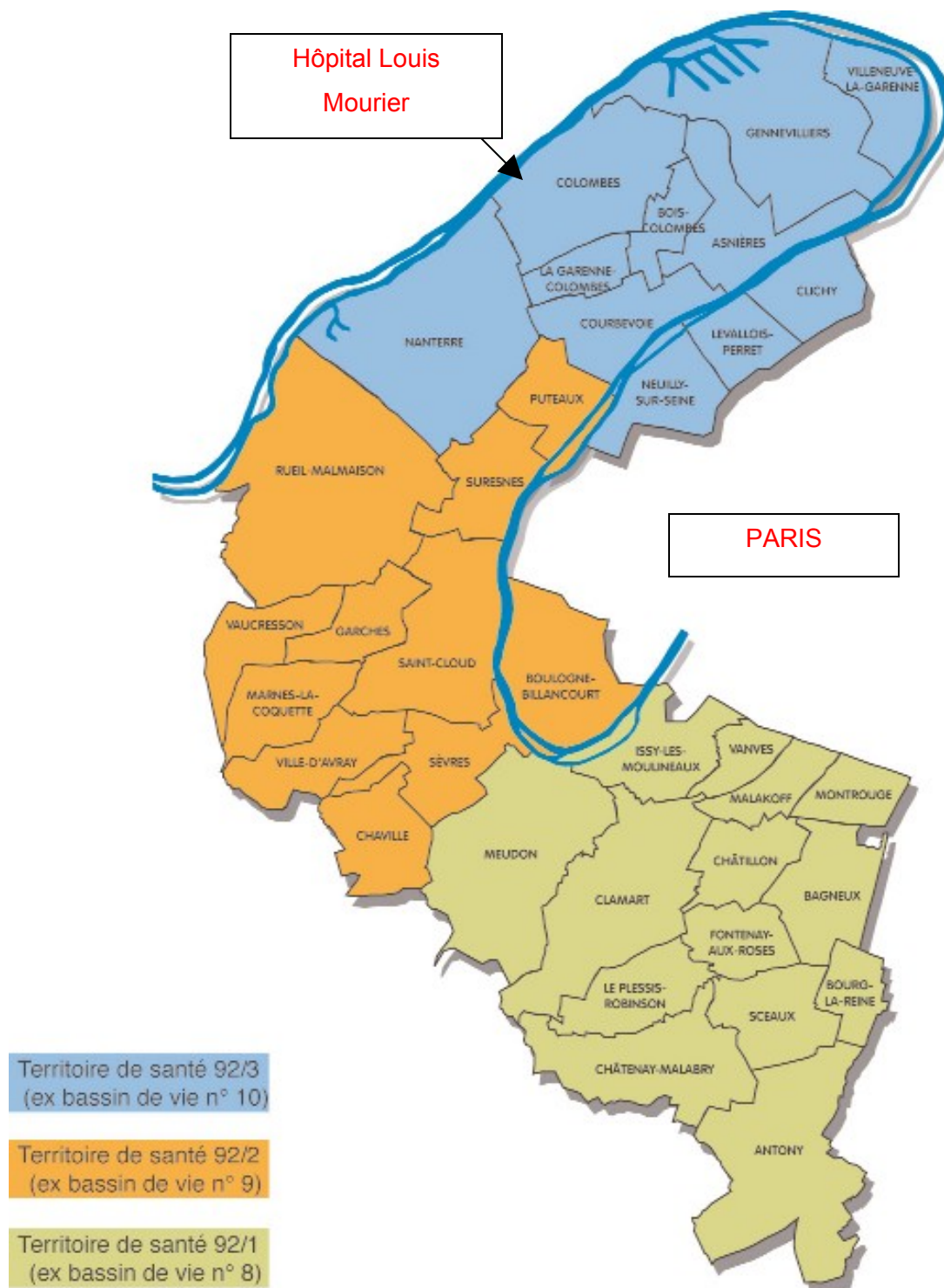
De plus, pour compenser la fermeture des lits d'USLD, elle conduit une politique soutenue par l'ARH de création de 2000 places d'EHPAD par des partenaires privés (certainement associatifs) s'engageant, en échange d'une mise à disposition du terrain par l'AP-HP, à offrir 100% de places agréées à l'aide sociale pour un GIR moyen pondéré à 800. Dans ces EHPAD, il y aurait 0,7 agent-lit contre actuellement 0,8 en long séjour sur le plan national (1,1 à l'APHP). Cela permet à ces EHPAD d'envisager la présence d'une infirmière la nuit.

Il s'agit donc de transférer une partie de l'activité d'hébergement de long terme de patients très dépendants du secteur sanitaire vers le secteur médico-social et du secteur public vers le secteur privé à but non lucratif. L'AP-HP se recentre donc sur son cœur de métier tout en encourageant de nouvelles formes de partenariats et la montée en charge de la médicalisation des EHPAD.

L'hôpital Louis Mourier s'intègre pleinement dans cette politique institutionnelle, avec cependant quelques spécificités liées à la population prise en charge.

2 Mise en place d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de l'hôpital Louis Mourier

2.1 Le contexte



2.1.1 Les besoins des personnes âgées de ce territoire de santé

Comme le montre la carte ci-dessus, issue du Schéma Gériatrique des Hauts-de-Seine, l'hôpital Louis Mourier est situé sur un territoire de santé jouxtant Paris. Cette proximité complique légèrement la visibilité des flux de patients, certains habitants du territoire 92/3 choisissant de se faire hospitaliser dans les hôpitaux parisiens. A l'inverse, des personnes ayant vécu à Paris trouvent une place en maison de retraite dans la petite ou la grande couronne.

Au sein de la population de la petite couronne, les personnes âgées ont des caractéristiques spécifiques. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus n'est pas homogène dans la région Ile-de-France. Selon l'Observatoire Régional de Santé²⁰, nous assistons à une diminution dans Paris du nombre de ces personnes, une augmentation forte en petite couronne (dont fait partie le territoire de santé 92/3) et une croissance particulièrement élevée en grande couronne. L'ORS relève par ailleurs, qu'en Ile-de-France, les personnes âgées vivant au domicile sont plus souvent seules qu'en province (47% des 75 ans et plus contre 42% au niveau national).

La « boucle Nord » dont fait partie Colombes est caractérisée de plus par une proportion plus élevée que la moyenne de population précarisée. Ainsi, le taux de chômage de la ville de Colombes était de 13,9% en 1999 (date du dernier recensement). Les communes environnantes se situaient toutes en tête du classement des taux de chômage :

Asnières : 11,6%

Clichy : 14.8%

Nanterre : 14.8%

Villeneuve la Garenne : 16,8%

Gennevilliers : 20,4%²¹

10.6% des habitants de la boucle Nord bénéficient de minima sociaux, contre 7.1% dans les Hauts-de-Seine et 9.1% en France en 1999.

Les catégories socio-professionnelles employées et ouvriers y sont plus représentées que dans le reste du département, alors que les cadres sont sous-représentés (7% à Colombes contre 12% dans le département). Le revenu imposable moyen par foyer fiscal dans la boucle Nord était en 1999 de 98 392 francs. Le ratio comparant ce chiffre aux revenus des non imposables est de 3.6 contre 4.8 au niveau du département.

²⁰ ORS ILE-DE-FRANCE, *Les personnes âgées en Ile de France, évolution et perspectives de la prise en charge de la dépendance*, Janvier 2003

²¹ BEUNON E., 2001, *Analyse des résultats socio-démographiques du recensement de la population*

Il y a 32% de logements sociaux à Colombes, 35,2% dans la « Boucle Nord » et 29.6% dans les Hauts-de-Seine²².

La part de la population étrangère est aussi plus importante à Colombes (14.3%) que dans le département (13%).

L'étude de l'INSEE²³ montre le lien entre la situation économique passée des habitants et leurs conditions de vie après 75 ans. Jusqu'à 75 ans, les personnes âgées vivent majoritairement en couple, elles disposent d'un revenu relativement élevé, issu en général de la retraite du conjoint. Au-delà de 75 ans, les personnes âgées sont surtout des personnes seules, principalement des veuves et leurs ressources sont moindres. La mort d'un des conjoint déstabilise et fragilise la situation économique de la personne qui survit, parmi les plus de 60 ans, une veuve sur 4 n'a jamais exercé d'activité professionnelle et ne perçoit qu'une partie de la pension de son mari. Le veuvage survient plus tôt dans les ménages dont le chef de famille est ouvrier ou exploitant agricole et, de ce fait, les veuves ont plus souvent des pensions de réversion assez faibles.

Malgré l'aide sociale au domicile et en institution, malgré les aides spécifiques prévues par les différents départements, malgré la mise en place de l'APA, progressive en fonction des revenus et ne faisant pas l'objet de récupération, le rapport de la cour des comptes²⁴ de 2006 montre que le taux d'effort financier, qu'il s'agisse de prise en charge à domicile ou d'institutionnalisation est systématiquement plus élevé pour les bas revenus.

L'accès au soin de ces personnes âgées est influencé par leur situation économique et sociale. Les personnes âgées sont proportionnellement les plus nombreuses à bénéficier d'une exonération partielle ou totale du ticket modérateur et les moins nombreuses à être protégées par une couverture complémentaire²⁵. L'absence de couverture complémentaire à l'assurance maladie qui touche les personnes les moins favorisées entraîne un moindre recours aux médecins (-19% pour les plus de 60 ans) et tout spécialement aux spécialistes.

Au facteur économique s'ajoute le facteur isolement. Les plus de 75 ans et en particulier ceux dont les ressources économiques sont les plus faibles ont tendance, avec l'apparition de la dépendance à perdre contact avec leurs proches. L'enquête²⁶ menée entre novembre 2005 et Janvier 2006 par un collectif d'associations montre que l'isolement social s'accroît avec l'avancée en âge, un niveau socio-économique faible et

²² MAIRIE DE COLOMBES, 1996, « Programme local de l'habitat »

²³ DAVID M.G., STARZEC C., Avril 1996, « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *Insee Première*, n° 447

²⁴ COUR DE COMPTES, Novembre 2005, *Les Personnes âgées dépendantes*

²⁵ VEYSSIER P., 1997, *Infections chez les sujets âgés*, Editions Ellipses

²⁶ COLLECTIF COMBATTRE LA SOLITUDE, 2006, *Enquête Isolement et vie relationnelle*

des problèmes de santé ou de handicaps. Ainsi, une personne rencontrée à l'hôpital avait coupé tout lien pour ne pas avoir à annoncer sa maladie.

Les ressources influent largement sur les parcours de soins des patients. Ainsi, un patient qui n'a pas de réserves financières et qui doit entrer en institution, va demander l'aide sociale. Le temps d'accès à ce droit étant trop long pour le court séjour (2 à 3 mois), mais aussi pour un SSR privé (dont la DMS est d'environ 30 jours), ce patient va forcément faire « le grand tour » selon les termes d'une assistante sociale et passer par un SSR public, souvent celui de Louis Mourier, durant l'attente.

Une étude récente montre qu'à pathologie égale, un niveau de revenus correct et la disponibilité de proches permettent à une personne d'être soignée chez-elle, alors que de faibles revenus cumulés à l'absence de proches disponibles amènent la personne à être hospitalisée²⁷.

Dans le même ordre d'idée, l'enquête de la Fédération Nationale de Gériatrie²⁸ montre que les personnes qui vivent seules chez elles ou sont aidées seulement une à deux fois par semaine, ont recours aux urgences plus que les autres le Lundi. Lorsqu'ils sont aidés, les cadres et professions intermédiaires bénéficient d'un peu plus de 6 heures et demi d'aide par semaine, contre 3 heures et 45 minutes pour les ouvriers²⁹.

Pour l'hôpital, les conséquences des caractéristiques sociales de sa patientèle âgée ne sont pas négligeables. Ainsi, l'étude de la mission PMSI³⁰ sur la prise en charge de la précarité montre que la durée moyenne de séjour d'un patient précaire est de près de 6 jours supérieur à celle d'un patient classique. La variable la plus importante dans cette précarité n'est pas le niveau de ressources, mais la situation d'isolement (+36% de DMS à GHM identiques).

Toutes ces raisons expliquent sans doute que l'âge moyen des patients pris en charge par le service social de médecine 5 soit de 73 ans. Les plus de 75 ans représentent 66% des patients pris en charge par le service social de médecine 5 alors qu'ils ne sont que 30% des patients. Ils posent donc beaucoup plus fréquemment que les autres des problèmes relevant d'une prise en charge sociale.

²⁷ DAVIN B., JOUTARD X., MOATI J.P., PARAPONARIS A., Septembre 2006, « Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile : une approche à partir de l'enquête Handicaps, incapacité, dépendance », *Sciences sociales et santé*, vol 24, n°3

²⁸ ARFEUX-VAUCHER G., DORANGE M., BESSON I., GAUSSENS J., Décembre 2006, *Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile*, Fondation Nationale de Gériatrie

²⁹ BRESSÉ S., DUTHEIL N., 2003, « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile : des publics divers », *revue Solidarité et santé*, n° 1

³⁰ MATHY C., BENSADOU M., décembre 1999, *Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur des hospitalisation de court-séjour*, Mission PMSI, Ministère de l'emploi et de la solidarité

2.1.2 L'offre de prise en charge gériatrique sur le territoire de santé 92/3

A) L'offre en ville, à domicile et dans le secteur médico-social

Le conseil général des Hauts-de Seine apparaît relativement investi dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Le schéma gérontologique³¹ en témoigne :

Au 31 décembre 2003, le département des Hauts-de-Seine compte 7 538 places en maisons de retraite et EHPAD. Près de la moitié d'entre elles sont habilitées à accueillir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale. Le taux d'équipement en maisons de retraite des Hauts-de-Seine, établi à 79 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus au 31 décembre 2003, est identique au taux francilien. Les maisons de retraite sont majoritairement privées : selon l'ORS³², les maisons de retraite publiques représentent 35% des places en 2003 contre 65% en 1980 dans le département des Hauts-de Seine. Les établissements publics sont les plus médicalisés. Le secteur privé non lucratif offre environ 2 500 places et le secteur privé lucratif 2 300. Concernant les places médicalisées, le département se situe au niveau de la moyenne régionale, à 41 % de places médicalisées, au-dessus de la moyenne française qui était de 36 % en janvier 2001.

Le territoire 92-3 (Nord du département) manque cependant de structures d'EHPAD (il manquerait plus de 600 places d'ici 2010 selon le schéma) et en particulier d'EHPAD suffisamment médicalisées d'une part, offrant des places à l'aide sociale d'autre part. Le rapport de la cour des comptes³³ souligne le fait qu'à Paris, du fait du coût du foncier, les seuls établissements créés ces dernières années l'ont été dans le secteur privé à but lucratif. Les parisiens ayant peu de moyens sont donc souvent obligés de migrer vers la petite ou moyenne couronne limitant par là-même la disponibilité des places à l'aide sociale dans les Hauts-de-Seine par exemple. En effet, la plupart des EHPAD situés à proximité de Colombes sont privés à but lucratif. La résidence Marcelle Devaux (association AREPA) constitue une exception puisqu'elle est agréée à 100% à l'aide sociale. Les résidences Azur et Esterelle offrent de plus des places agréées à l'aide sociale, la villa Kressler et la Tour d'Auvergne aussi. Il convient d'y ajouter quelques places à la Résidence Sainte Marthe à Bois-Colombes.

Concernant l'hébergement temporaire, modalité de prise en charge des personnes âgées en institution, pour une période déterminée, jour et nuit, le taux d'équipement du

³¹ Plan Gérontologique des Hauts-de-Seine, 2005-2010

³² ORS ILE-DE-FRANCE, Janvier 2003, *Les personnes âgées en Ile de France, évolution et perspectives de la prise en charge de la dépendance*

³³ COUR DE COMPTES, *Les Personnes âgées dépendantes*, Novembre 2005

département est très inférieur aux taux régional et national. En revanche, le département est aussi bien doté que la moyenne nationale en accueil de jour. Deux d'entre-eux sont d'ailleurs spécialisés dans l'accueil de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer : l'un à Asnières, l'autre à Bois-Colombes.

En île de France, toujours selon l'ORS, il y aurait quatre fois plus de demandeurs que de places disponibles en SSIAD. Le taux d'équipement en SSIAD du département des Hauts-de Seine est inférieur à la moyenne en Ile de France (13.2 pour mille habitants de plus de 75 ans contre 16.7 en 2003). Le territoire de santé 92-3 semble particulièrement mal doté en la matière. Les places en SSIAD font cruellement défaut pour faciliter les sorties de l'hôpital (il y en a 50 pour l'instant à Colombes), mais un groupement de maisons de retraite associatif va ouvrir à son tour 30 places dans les jours prochains. Nanterre et Gennevilliers ont leur propre SSIAD. De nombreux patients de l'hôpital y sont sur liste d'attente.

Pour compenser ce manque qui concerne surtout le nursing, on fait appel aux infirmières libérales (elles-aussi peu nombreuses par rapport à la moyenne nationale) et aux auxiliaires de vie, qui permettent de résoudre une situation de manque criante. Mais ces solutions supposent que la personne âgée puisse faire l'avance des frais (18 euros de l'heure pour l'auxiliaire de vie), pris en charge ensuite par l'assurance maladie d'une part et par l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) d'autre part.

Certaines compétences restent réellement insuffisamment nombreuses, il s'agit en particulier des kinésithérapeutes, débordés à leur domicile et qui n'ont aucun intérêt à se déplacer. Des malades sortent donc de l'hôpital avec une prescription de rééducation qui ne pourra pas toujours être effective.

Il n'y a pas à proprement parler de garde médicale organisée sur Colombes, un médecin généraliste dit le regretter mais travailler déjà 12h par jour dans son cabinet. Par ailleurs, il ne s'estime pas le mieux former pour prendre en charge l'urgence.

Le CLIC de la ville de Colombes, de label 3 depuis Novembre 2003, est très actif et constitue un partenaire quotidien et très efficace de l'hôpital. Composé d'environ 5 travailleurs sociaux et d'un psychologue, il tente de remplir des missions très importantes pour les personnes âgées les plus en difficulté d'orientation :

- évaluation gériatrique à domicile
- développement du transport adapté
- orientation
- maintien du contact avec les personnes les plus isolées

- aide administrative dans certains cas

Au quotidien, le CLIC appelle l'hôpital quand une personne connue de leur service est hospitalisée, à l'inverse, les assistantes sociales des services de l'hôpital contactent le CLIC pour obtenir des informations sur des patients : « s'il est connu du CLIC, c'est beaucoup plus facile » me disait l'une d'elle.

Le réseau Agecanonix intervient à Villeneuve-la Garenne, Saint-Ouen, Clichy et Asnières afin de réaliser des évaluations gériatriques à domicile. Pour l'instant, les habitants de Colombes ne peuvent en bénéficier.

Concernant l'hospitalisation à domicile, deux intervenants principaux : Santé service et l'HAD de l'AP-HP, sont susceptibles d'être sollicités ; mais il semble que le premier s'adresse aux personnes encore à leur domicile alors que le second se centre sur la prise en charge post-hospitalière. Depuis peu³⁴, les services d'HAD peuvent intervenir en EHPAD pour des pansements lourds par exemple, mais l'habitude n'est pas encore prise d'y avoir recours.

B) L'offre de l'hôpital et des cliniques

L'offre à l'hôpital :

Les patients âgés de plus de 75 ans sont accueillis à l'hôpital en grande partie par le service des urgences qui reçoit chaque année de plus en plus de patients de plus de 75 ans dont une majorité est hospitalisée au service porte ou en médecine interne.

	2004	2005	2006
Nombre total de passages aux urgences adultes de	19 000	22300	23020
Louis Mourier			
Dont personnes de plus de 75 ans	1648	2109	2356
Soit une proportion de	8.7%	9.5%	10.2%

Certains patients arrivent directement en médecine interne du fait d'une collaboration forte avec les médecins de ville.

Au total, 7,6% des séjours de l'hôpital concernent des patients ayant au moins 75 ans.

³⁴ décret du 30 avril 2007, décret du 22 février 2007 relatifs à l'intervention des équipes d'HAD en EHPAD

S'ils relèvent de spécialités telles que la cardiologie, la neurologie, la pneumologie, qui sont absentes de l'hôpital, le patient sera transféré vers un autre établissement, éventuellement après un passage de un à quelques jours au service d'hospitalisation de courte durée.

Après que le diagnostic a été posé et que le patient est stabilisé, il pourra éventuellement nécessiter une prise en charge de soins de suite. Certains patients sont alors transférés vers un établissement de soins de suite privé ou public avec lequel l'hôpital a signé une convention³⁵. Les patients les plus difficiles à « placer » à l'extérieur sont bien souvent orientés vers le service de soins de suite et de réadaptation de l'hôpital Louis Mourier, au sein du centre Les Renouillers (situé à 50m du bâtiment principal). Ce service de soins de suite gériatrique propose une prise en charge des suites d'AVC ou de patients âgés qui doivent suivre une rééducation avant de pouvoir rentrer au domicile ou d'être orienté vers une institution. Ce service fait partie du Syndicat Inter Hospitalier regroupant l'hôpital Louis Mourier et l'hôpital Max Fourestier de Nanterre. Il s'agit depuis quelques mois de 30 lits, mais il n'a compris pendant longtemps que 10 lits.

Enfin, le service de long séjour, dans le même bâtiment, offre aux patients dépendants et fortement instables une prise en charge suivie et de long terme. En particulier, un patient ayant des troubles du comportement importants sera refusé dans nombre de maisons de retraite et ira le plus souvent en long séjour à l'hôpital Louis Mourier. Les nuisances aux autres résidents qu'il risque de provoquer, raison de sa non admission par les EHPAD, y sont théoriquement compensées par le fort ratio de personnel (1,1 par lit). Les psychologues jouent un rôle très important afin de rassurer les résidents dans un environnement parfois difficile où la vie en collectivité avec un grand nombre de patients déments peu se révéler bruyante et parfois agressive.

L'hôpital Louis Mourier propose par ailleurs 4 consultations d'évaluation gériatrique (consultation mémoire) et de soutien psychologique, elles sont menées par des gériatres, neuropsychologues ou des psychologues. Elles visent à déterminer le degré de gravité des troubles de mémoire du patient et à en préciser les causes. Elles permettent aussi d'orienter vers une prise en charge adaptée. Elles sont proposées, entre autre, par l'équipe mobile de gériatrie, à distance du moment de l'hospitalisation, afin que l'évaluation ne soit pas biaisée par le choc lié à celle-ci.

³⁵ Voir en annexe la liste des SSR avec lequel l'hôpital a signé une convention

Pour les situations très complexes au domicile, une convention entre le CLIC et l'AP-HP permet d'envisager une évaluation gériatrique à domicile. Evaluation qui nécessite l'accord du médecin traitant et qui se fait dans des cas rares, les plus compliqués.

Le fait que tous ces services (hormis les Urgences) soient intégrés dans un même pôle (le pôle médical), devrait permettre à terme de favoriser la coordination entre les différentes prises en charge.

L'offre sanitaire autour de l'hôpital :

La clinique Ambroise Paré (Neuilly) est apparue comme un partenaire privilégié concernant la cardiologie du fait de la présence sur place d'un ancien médecin de l'hôpital Louis Mourier. Le partenariat avec l'hôpital de Nanterre facilite aussi de nombreuses situations en cardiologie mais aussi en pneumologie. On transfère apparemment très peu de patients vers des services de court-séjour gériatrique.

Le taux d'équipement en SSR et en USLD est plutôt moins important en Ile de France qu'ailleurs (en 2003, 1,3 lits pour 1000 habitants en SSR contre 1,59 au niveau national et 13,7 pour mille habitants contre 18 en USLD). Les départements les moins bien équipés en SSR d'après le bilan du SROS étaient Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Ce déficit semble avoir été compensé ces dernières années par l'ouverture de structures privées et la création de lits à l'hôpital Louis Mourier.

Il semble nécessaire de distinguer les services de SSR publics ou associatifs des SSR privés n'exerçant pas exactement le même métier. Ainsi, pour le Directeur du SSR de Sartrouville, appartenant au groupe Korian, privé à but lucratif, « la vraie mission du soin de suite est d'évaluer quelles sont les possibilités : retour à domicile ou institution et de passer le message à la personne et à la famille en la déculpabilisant ». Ce type de service sert aussi de voie de recrutement pour des EHPAD très chères (100 à 140 euros la journée) du groupe et sa DMS est environ trois fois inférieure à celle du service de l'hôpital. Les patients les plus dépendants ou risquant d'entraîner des difficultés dans la recherche d'aval y sont souvent refusés. En effet, l'étude du PMSI en SSR³⁶ a montré que le facteur le plus explicatif des variations de coûts en SSR est le niveau de dépendance. Le coût de la journée en SSR peut varier de 150 à 400 euros. Il est donc logique qu'un

³⁶ ATIH, premier semestre 2000, *Etude Nationale des Coûts, PMSI en SSR*

établissement SSR cherchant à contenir ses coûts refuse des patients fortement dépendants ou présentant un risque de difficultés d'aval.

Pour les autres patients, peu dépendants, non déments, pris en charge par la sécurité sociale, « deux jours suffiraient à trouver une place » en SSR.

Selon les assistantes sociales, les principaux partenaires de l'hôpital en SSR sont l'hôpital de Nanterre, l'hôpital Gouin à Clichy et la Fondation Roguet, il faudrait en moyenne 10 jours pour un transfert en SSR.

L'offre en long séjour est relativement limitée sur le territoire, elle existe cependant dans les hôpitaux de Courbevoie et d'Argenteuil. Les hôpitaux gériatriques de l'AP-HP, qui offrent un grand nombre de places en SSR et en unité de soins de longue durée, sont principalement situés dans le sud de Paris, trop loin pour que les patients des environs de Colombes puissent y trouver leurs repères.

Compte-tenu de ce qui a été dit sur les caractéristiques de l'offre et les besoins de la population, de nombreuses inadéquations sont apparues, contraignant l'hôpital à jouer parfois un rôle d'intermédiaire fortement coûteux.

2.2 Une mobilisation forte

2.2.1 Un intérêt fort à agir afin d'améliorer la fluidité de la prise en charge du sujet âgé

L'hôpital rencontre des difficultés importantes dans la gestion du premier et second aval des urgences depuis plusieurs années. En effet, l'activité des services de médecine interne, mesurée en admissions ou en séjour était en diminution en 2006 alors que l'objectif fixé à l'établissement était d'une augmentation de 6,1% en hospitalisation complète.

L'ARH IDF dans son SROS reconnaît que « la non sélectivité du recrutement est le principal facteur des durées excessives de séjour en médecine interne : il est commun que 15 à 25 % des patients y cumulent la moitié des journées d'hospitalisation; il s'agit de sujets âgés, ou de sujets plus jeunes, dépendants, ou socialement très défavorisés, qui ne peuvent regagner directement leur domicile; ils ont besoin d'un séjour dans un service

de soins de suite et de réadaptation. » On est là exactement dans la description des problèmes que rencontrent les deux services de médecine interne de l'hôpital.

Une étude menée en 2006 Par Josiane Holstein et Claire Agénie au sein de l'AP-HP a montré l'importance du nombre de « séjours injustifiés »³⁷. Il s'agit de patients ne relevant pas ou plus de l'hôpital et dont le séjour ou sa prolongation est dû à l'inadéquation entre les structures en lits et les besoins croissants en accueil, en particulier gériatrique. L'étude fut menée un jour donné, en Novembre 2005 dans tous les établissements de l'AP-HP. Les attentes d'orientation bloquent 5,8% des lits du Groupement Hospitalo-Universitaire Nord (qui regroupe les établissements AP-HP situés dans la partie Nord de l'Île-de-France) contre 5,7 au Sud, 4.5 à l'Est, 5.1 dans le GHU Ouest. Les patients de 75 ans et plus représentent 54.6% de la totalité des patients en attente dans le GHU Nord.

Les résultats spécifiques de l'hôpital Louis Mourier montrent que 63 personnes étaient en situation de « séjour injustifié » ce jour là (pour 490 lits). 57% des cas d'orientation en attente concernaient des personnes âgées.

Parmi elles, 21 attendaient une place en soins de suite, cumulant ce jour là, 300 journées injustifiées (en prenant en compte les journées précédents injustifiées). Certaines en effet attendaient depuis 2 ou 3 mois.

7 patients attendaient la mise en place de soins ou d'aide à domicile

5 une place à l'HAD,

13 une place en EHPAD

7 en USLD

Les causes ont été repérées seulement dans certains cas:

Dossier d'aide sociale en cours	7
Mesures de protection juridique	5
AME	4
Problème d'identité du patient	1
Attente d'une réponse d'un établissement	9
Admission différée	11
Personne SDF	5

Une rapide étude des coûts en comptabilité analytique en médecine interne et en SSR permet de calculer le différentiel pour l'hôpital si tous les patients attendant un SSR y étaient parvenus sans attente au sein de l'hôpital : 21 personnes coûtant 560 euros au lieu de 260 par jour, soit 6 300 euros par jour, soit plus de 2 300 000 euros sur l'année.

Ces sommes étant impressionnantes et la pression financière forte, les assistantes sociales hospitalières savent qu'elles doivent non seulement intervenir le plus tôt possible

³⁷ MISSION HANDICAPS, RÉSEAUX, COORDINATION DU SERVICE SOCIAL HOSPITALIER DE L'AP-HP, Septembre 2006, *Orientations en attente pour les patients hospitalisés*

afin de prévoir la sortie mais aussi « presser les familles » lorsqu'elles sont présentes afin qu'elles effectuent les démarches administratives auprès de la mairie (pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie par exemple) et surtout qu'elles élaborent un projet de vie avec le patient.

Pour les aider dans cette démarche, il a été mis en place fin 2003 un « comité des transferts », chargé de coordonner la recherche de solutions en vue de la prise en charge de patients à l'issue d'un séjour à l'hôpital Louis Mourier. Il a permis de renforcer la complémentarité interne entre les services de médecine et de gériatrie (SSR et SLD), il doit permettre par ailleurs de contribuer au renforcement des complémentarités externes auprès des structures des environs. Mais dans leur partenariat avec les services de SSR privés du territoire, les services de l'hôpital rencontrent une grande difficulté à placer les patients les plus dépendants ou déments, bénéficiant de la CMU ou surtout de l'AME.

2.2.2 Des projets nombreux déjà réalisés ou devant être mis en œuvre, qui traduisent un « recentrage sur le sanitaire »

Face à ce constat d'une situation risquée pour l'hôpital, le projet d'établissement 2005-2009 met l'accent sur la diminution de ces difficultés ; l'une de ses lignes directrices est d'améliorer la fluidité en premier et deuxième aval des urgences, il prévoit notamment :

- ✓ La création de 8 lits de court séjour gériatrique (deuxième semestre 2007), par redéploiement de lits et de moyens de la médecine interne au sein du pôle médical. L'objectif serait de créer à terme un service de plus grande taille. Ce service permettrait d'avoir une vraie prise en charge dédiée à la gériatrie au sein du bâtiment de court séjour.
- ✓ La création d'une équipe mobile de gériatrie (Février 2007). Elle réalise des évaluations globales ou cognitives des patients âgés de plus de 75 ans, fragiles et polypathologiques. Elle offre aux services demandeurs des conseils et des recommandations afin d'adapter la prise en charge et les aide dans l'orientation des patients. Elle est composée d'un médecin gériatre, d'une psychologue et d'une ergothérapeute.
- ✓ La création de 30 lits de SSR : 10 lits avaient été ouverts en 2002, 10 l'ont été en Novembre 2006 et les 10 derniers sont opérationnels depuis le premier semestre 2007.

- ✓ La fermeture de 40 lits de soins de longue durée sur un total de 120 lits existant au début de l'opération: Certains ont été transformés après travaux en lits de soins de suite, d'autres ont été supprimés du fait de travaux remplaçant les chambres à deux lits par des chambres individuelles.
- ✓ La création de 2 places d'hôpital de jour pour bilans diagnostics gériatriques, prévue en 2007. Il s'agirait d'évaluer la démence et les troubles cognitifs. Cette hospitalisation ferait suite à une consultation et permettrait de réaliser tous les examens le même jour et d'éviter ainsi les déplacements, qui ne sont pas aisés pour ces personnes. Cette prise en charge pourrait être proposées aux résidents des EHPAD environnants.
- ✓ Un projet d'installation d'un EHPAD de 70 lits et 10 places d'accueil de jour, supposant un partenariat avec une structure PSPH. Le montage de l'opération devrait reposer sur la mise à disposition du foncier (sur le terrain jouxtant l'hôpital) et l'appel à candidature pour le choix d'un intervenant extérieur. Ce partenariat futur a pour objectif « la fluidité de la filière et la diminution de la DMS en médecine interne ». Pour cela, cet EHPAD devra prendre en charge des résidents fortement dépendants (GMP supérieur ou égal à 800) et 75% des patients seraient issus des services de l'AP-HP. Fait très important : cet établissement serait habilité à 100% à l'aide sociale. Malheureusement, cet EHPAD ne sera pas ouvert avant 2010.
- ✓ L'insertion dans des réseaux: l'hôpital développe de nombreux partenariats avec les Centres Municipaux de santé des villes de Colombes et Gennevilliers, il a signé des conventions avec des SSR privés et publics. Les conventions signées avec les EHPAD environnantes sont assorties d'une obligation de fournir précisément les capacités de prise en charge de l'EHPAD, celles-ci sont recensées dans un guide à destination des professionnels. Ces conventions sont signées dans la mesure où l'EHPAD s'engage à offrir les moyens minimaux suivants : oxygénothérapie, sonde urinaire, perfusion sous-cutanée. Une fiche de liaison doit permettre d'améliorer la transmission d'information.
- ✓ Un partenariat avec l'hôpital Bichat concernant la neurologie est en cours de réalisation. La convention est signée au second semestre 2007 et prévoit que Bichat prête une vacation de Neurologue au service de SSR en échange de trois lits de soins de suite réservés en permanence.

2.3 Une amélioration de la fluidité et des liens entre institutions

Par rapport à cette stratégie et aux mesures déjà mises en oeuvre, une analyse SWOT permet de situer la position de l'établissement quant à son objectif d'amélioration de la fluidité.

<u>Forces</u> - SSR et SLD au sein de l'hôpital - Equipe mobile - Réseau bien développé avec l'hôpital de Nanterre, les EHPAD et SSR environnants	<u>Faiblesse</u> - Distance des autres établissements de l'AP-HP - Beaucoup de patients « à risque » de coûts importants
<u>Opportunité</u> - Profiter des réunions de concertation avec les partenaires pour parler des patients les plus difficiles - Mise en place du pôle médical	<u>Menace</u> - DMS du service SSR du fait des difficultés administratives - T2A SSR en projet

2.3.1 Analyse quantitative

La politique de conventions avec des structures de SSR, ainsi que la création de 20 lits supplémentaires de SSR ont permis une nette amélioration de l'index de performance de la durée de séjour en médecine interne.

Ainsi, en médecine 5, au premier semestre 2007, les 75 ans et plus représentent environ 30% des séjours, ces derniers restent en moyenne 5,5 jours de plus que les moins de 75 ans mais ce chiffre était de 7,2 au premier semestre 2006. La mise en place de la filière profite spécifiquement aux plus âgés ce qui apparaît logique (la DMS des moins de 75 ans reste stable). L'assistante sociale et les médecins de médecine 5 perçoivent réellement un mieux qui confirme les chiffres. Ceci permet globalement à la médecine interne d'augmenter de plus de 4% le nombre de séjours sur les sept premiers mois de 2007 par rapport à la même période en 2006.

En revanche en médecine 4, qui accueille plus de 50% de patients âgés de 75 ans et plus, la DMS a augmenté de 0,2 jours entre les premiers semestres 2006 et 2007. Ce phénomène semble s'expliquer par des causes extérieures à la filière gériatrique elle-même puisque les plus jeunes voient aussi s'allonger leur durée de séjour. Il s'agirait selon certains professionnels d'un changement de pathologies traitées, avec une orientation vers la cancérologie qui pose de nouveaux problèmes.

La durée moyenne de séjour en UHCD adulte est de 1,43 jours en 2006. L'amélioration de cet indicateur était attendu en 2007, or au premier semestre 2007, cette DMS est de 1 jour. Les médecins rencontrés ne semblent pas tous conscients d'une amélioration de l'aval. Cette amélioration de la DMS ne concerne d'ailleurs pas spécifiquement les patients âgés de plus de 75 ans, qui continuent à avoir une DMS proche du double de celle des patients de moins de 75 ans

1er semestre 2007

âge	75 ans et plus				tous les patients				patient de moins de 75 ans			
service	% Nb séjour	% sur Nb patient	DMS séjour	DMS patient	% Nb séjour	% sur Nb patient	DMS séjour	DMS patient	% Nb séjour	% sur Nb patient	DMS séjour	DMS patient
Urgence Adulte	28%	28%	1,5	1,5	100%	100%	1,0	1,0	72%	72%	0,8	0,8
Médecine V	32%	32%	15,8	17,2	100%	100%	12,0	13,0	68%	68%	10,3	10,6
Médecine IV	51%	55%	17,4	18,3	100%	100%	15,4	16,6	49%	45%	13,3	14,4

1er semestre 2006

âge	75 ans et plus				tous les patients				patient de moins de 75 ans			
service	% Nb séjour	% sur Nb patient	DMS séjour	DMS patient	% Nb séjour	% sur Nb patient	DMS séjour	DMS patient	% Nb séjour	% sur Nb patient	DMS séjour	DMS patient
Urgence Adulte	32%	32%	1,7	1,9	100%	100%	1,3	1,3	68%	68%	1,0	1,0
Médecine V	29%	31%	17,6	19	100%	100%	12,5	12,8	71%	69%	10,4	9,9
Médecine IV	52%	57%	17,2	18,3	100%	100%	14,8	16,6	48%	44%	12,3	14,6

Cette perspective positive dans la gestion de l'établissement ne doit pas nous empêcher de nous poser des questions, en particulier concernant certains chiffres. Pour une moyenne d'âge identique, le centre de Soins de Suite de Sartrouville relève une multiplication par 10 des décès enregistrés au sein de ses services en deux ans. Il s'agirait selon son directeur des effets de la T2A et d'un transfert de patients relativement instables du court-séjour vers le SSR. Cette hypothèse ne peut-être vérifiée par l'étude de l'évolution du nombre de décès à l'hôpital dans les différents services ; leur nombre a peu évolué.

L'approche quantitative apparaît insuffisante pour évaluer les premiers effets de la politique de mise en place d'une filière gériatrique. Il semble intéressant d'étudier la manière dont sont perçus les liens entre les différents intervenants intra et extra hospitaliers.

2.3.2 Le lien entre le domicile et l'hôpital : le rôle positif du CLIC

Il apparaît relativement satisfaisant. Lorsqu'un patient âgé arrive à l'hôpital, les assistantes sociales doivent très vite se renseigner sur le contexte familial ou les aides dont la personne dispose à domicile. La possibilité d'appeler le CLIC pour mieux comprendre la situation sociale d'un patient leur apparaît très précieuse. Cela permet aussi de faire le lien avec les associations intervenant au domicile.

2.3.3 Le lien entre les EHPAD et l'hôpital : en amélioration mais suscitant toujours de l'incompréhension

Pour analyser ce lien il faut tout d'abord rappeler que les logiques sont bien distinctes entre l'hôpital public et la maison de retraite, le plus souvent privée, sans qu'aucun des deux acteurs ne puisse être condamné dans ses objectifs.

Le médecin coordonnateur d'EHPAD cherche à offrir à ses résidents une prise en charge adaptée, pour une population ayant un GIR suffisant pour justifier les moyens accordés par l'Assurance Maladie, mais ne mettant pas en souffrance les professionnels et les résidents. Pour cela, il devra adapter le besoin (donc les résidents acceptés) et les moyens de l'EHPAD. Dans le cas d'EHPAD majoritairement non agréées à l'aide sociale, l'exigence des résidents et des proches, qui paient, est aussi un facteur à prendre en compte. Les déments en particulier sont très mal acceptés s'ils ont tendance à prendre contact avec les autres résidents contre leur gré. Les établissements ne sont d'ailleurs pas du tout dotés en psychiatres alors que c'est le cas du long séjour de Louis Mourier (passage une fois par

semaine). Pour toutes ces raisons, l'un des médecins coordonnateur dit refuser en visite de pré-admission « toutes les vieilles pathologies psychiatriques ».

Cela explique la relativement forte sélectivité à l'entrée des EHPAD. Sélectivité sans doute sage dans bien des cas puisque dans ces établissements, il n'y a pas d'infirmière la nuit, les intraveineuses sont donc impossibles, et les médecins traitants « mettent parfois trois jours à se déplacer » selon un médecin coordonnateur.

Fortement amélioré depuis la signature de conventions qui obligent chaque EHPAD à décrire précisément ses capacités de prise en charge, le lien entre EHPAD et urgences est perçu plus négativement par les urgentistes que par les médecins coordonnateurs d'EHPAD rencontrés. Les premiers semblent connaître assez peu les contraintes des seconds et en particulier leur difficulté à « gérer 25 médecins traitants ».

La mise en place d'une fiche de liaison a permis d'améliorer l'information réciproque mais les « couacs », en tout cas au mois de Juillet, étaient encore nombreux (aller-retour multiples de patients entre leur maison de retraite et les services d'urgences confrontés à une pénurie particulièrement forte en lits).

La question de la fin de vie semble très problématique à la fois pour les urgentistes et pour les EHPAD. Dans ces moments se cristallisent les angoisses des familles, les insuffisances des EHPAD à permettre à une personne fatiguée de ne pas être à nouveau déplacée. Les urgentistes et les soignants des urgences se sentent souvent « agressés » par l'arrivée de malades en fin de vie depuis leur maison de retraite. Cela est lourd psychologiquement pour l'équipe et insatisfaisant pour la prise en charge des patients et de leur famille. Le réseau de soins palliatifs « Boucle Nord » peut dans ces situations fournir un avis très utile aux EHPAD, mais il n'intervient pas dans toutes les communes.

2.3.4 Le lien entre les urgences et les services de spécialité : en interne un fonctionnement correct, en externe il faut bien « vendre » son patient

Comme le faisait remarquer un médecin d'un service de médecine interne: « les patients valides et entourés sont transférés aux cliniques, on ne garde que les plus lourds ». En effet, en suivant une matinée la visite, qui se prolonge bien souvent jusqu'à 14h au service porte des urgences, on ne peut qu'être frappé par la volonté du médecin de « vider des lits ». Soutenu en ce sens par ses collègues des urgences et par l'équipe soignante, il passe une grande partie de son temps à chercher des places, non pas tant dans l'hôpital (puisque cette information circule bien), mais chez les différents partenaires,

indifféremment privés ou publics qui « d'habitude » acceptent des malades. Autant relever tout de suite que dans cette course, les partenaires de l'AP-HP sont dans l'écrasante majorité des cas perçus comme inaccessibles pour des patients de plus de 75 ans.

L'hôpital ne dispose pas de service de cardiologie ni de neurologie, ce qui induit un nombre important de transferts de personnes âgées. L'un des partenaires privilégiés semble être la clinique Ambroise Paré (Neuilly) pour la cardiologie (un ancien médecin de Louis Mourier y travaille), ainsi que l'hôpital de Nanterre. En dehors des connaissances entre médecins, d'autres facteurs interviennent dans l'orientation des patients, et en particulier l'accès au transfert par SAMU. Ainsi, une patiente souhaitant aller dans l'Oise, près de sa fille, se retrouvera à la clinique Ambroise Paré du fait du coût supplémentaire supposé par le médecin d'un transfert hors secteur du SAMU 92.

Autre facteur déterminant dans l'orientation : l'existence d'un « devenir », cette expression, utilisée de manière très naturelle par médecins et assistantes sociales m'a tout de même surprise : « c'est une clinique » me dit la médecin senior, « donc il faut un devenir », « t'as pas de devenir, personne ne te la prend ». Cette nécessité d'avoir un « devenir » suppose d'ailleurs un travail supplémentaire des urgences y compris pour les médecins, qui vérifient auprès du médecin traitant qu'il n'y a pas de « projet de placement » pour être sûr de ne pas « transférer un boulet ».

Les médecins sont choqués mais résignés face à ces pratiques de sélection de patients. Un médecin urgentiste me raconte recevoir « des faxes de cliniques annonçant qu'ils reçoivent des malades ayant une mutuelle, pas dépendants et ayant une porte de sortie ».

Si un patient a la malchance de présenter un staphylocoque, il nécessite une chambre seul, ce qui grève fortement la chance de trouver un lit. Dans le cas d'un patient ayant subi un AVC, venant d'une maison de retraite, ne parlant plus, le cas a été jugé « intransférable ». La personne est retournée dans sa maison de retraite et est revenue deux jours plus tard pour retourner bien vite dans sa maison de retraite et y décéder après quelques jours.

2.3.5 L'apport de l'équipe mobile

Ce nouvel acteur est le seul que le patient va revoir tout au long de son parcours à l'hôpital. Ce suivi apparaît positif pour la prise en charge globale du patient.

De plus, l'équipe semble pour l'instant arriver à répondre à la demande des services et est très bien perçue par les médecins d'une part, les assistantes sociales d'autre part. Les

premiers y trouvent un avis sur des situations cognitives compliquées et une connaissance du réseau gériatrique, les secondes un appui afin de convaincre les médecins, dans certains cas, qu'il faut différer le transfert ou le retour à domicile.

Le cas de l'accueil des urgences semble un peu à part, du fait de la spécificité des contraintes de temps de ce service : l'équipe ne peut pas répondre « en urgence » mais passe dans la journée ou le lendemain ce qui ne résout pas les problèmes du SAU mais est jugé fort utile au service porte.

2.3.6 Le lien entre les services de médecine interne et les services de soins de suite : une amélioration reconnue

Les médecins adresseurs des services de médecine ne connaissent pas forcément très bien les moyens dont disposent les services de SSR qui les entourent (privés et publics). Ils n'y sont parfois jamais allés. Ils voient le SSR comme une « solution intermédiaire pour voir si le patient va récupérer ». Dans certains cas, le SSR est aussi un moyen de préparer psychologiquement et logistiquement un patient à un placement en institution. Le besoin est donc très important et malgré certains mauvais échos sur des établissements, des médecins disent « faire un peu l'autruche » afin d'assurer cette fluidité qu'on leur demande et qui est nécessaire afin de pouvoir accepter de nouveaux patients.

L'un des médecins du service de médecine 5 ressent une plus grande facilité à trouver des places pour les patients âgés en SSR depuis l'arrivée du Dr Codis (médecin de l'équipe mobile de gériatrie), mais aussi peut-être depuis l'ouverture progressive des 20 lits supplémentaires de soins de suite.

En revanche il existe des moments d'incompréhension y compris avec le SSR de Louis Mourier, comme lorsque les patients sont refusés juste avant le week-end car ils ne verront pas de médecin avant le Lundi.

Les réunions d'admissions (au cours desquelles l'on décide ou pas d'accepter un patient) en soins de suite, se transforment bien souvent en session d'interprétation des signes qui pourraient laisser penser que tel patient est « à risque » d'augmentation de DMS ou de déstabiliser l'équipe et les patients présents. Si certains « signes » apparaissent positifs : la personne veut rentrer chez elle pour s'occuper de son mari donc il apparaît être « une bonne idée » de l'admettre, d'autres sont au contraire négatifs et peuvent entraver l'admission du patient dans les établissements privés et la retarder dans des établissements publics. Ainsi certains établissements avouent « se battre » pour les

patients les plus favorisés et pouvoir fournir une place en deux jours à ces patients, alors que pour d'autres, les choses prennent beaucoup plus de temps.

2.3.7 Du SSR à l'EHPAD : de fortes inégalités selon les profils

Dans ce domaine, il existe de grandes différences selon les revenus dont dispose le patient. Si le patient n'a pas de souci d'argent, il faut moins de 15 jours pour trouver une place en EHPAD. En revanche, s'il faut mettre en place l'aide sociale et pour cela solliciter les enfants un à un et attendre une réponse du Conseil Général, il faudra attendre 2 à 3 mois. La situation se complique et s'aggrave en terme de délais lorsque les enfants ont rompu les liens avec leurs parents, quand il y a conflit familial ou que les enfants résident à l'étranger.

Par ailleurs, des difficultés liées à la mise sous tutelle, entraînent une hospitalisation de long terme, en particulier lorsque la personne relève de certains tribunaux. En effet, pour pouvoir payer une maison de retraite, si le patient n'a plus ses facultés intellectuelles et n'a pas fait de procuration auprès de proches, il faut au moins que celui-ci soit placé sous sauvegarde de justice. Ceci peut prendre entre 8 jours et plusieurs mois selon les tribunaux. Le tribunal d'Asnières pose des problèmes depuis un certains temps, celui de Puteaux serait difficile à contacter, l'équipe de Colombes est en renouvellement.

Une pratique dite du « ping-pong » permet aux établissements, en particulier SSR, de ne pas dépasser une durée de séjour de 3 mois alors que le patient reste en fait un an (cas de patient SDF de moins de 60 ans par exemple), en s'arrangeant avec le service de court-séjour dont la personne est issue pour que celle-ci soit reprise tous les 3 mois pendant 15 jours.

2.3.8 De l'hôpital au domicile (dont l'HAD) : un manque d'offre qui provoque des inégalités

La mise en place d'une sortie au domicile est la plus exigeante pour les professionnels, en terme de temps et de responsabilité. Le temps nécessaire afin de mettre en place les aides à domicile est très important et les professionnels sont parfois frustrés de devoir « précipiter les choses » en prenant le risque que cela se passe mal et que l'on retrouve la personne quelques jours plus tard aux urgences.

Comme nous l'avons vu, le manque de places en SSIAD est particulièrement criant dans les Hauts-de-Seine. Par ailleurs, d'après le bilan de l'HAD³⁸ de l'AP-HP, le projet d'ouverture de 200 à 400 lits d'HAD gériatrique ou neurologique serait remis en question par les nécessités de fonctionnement de cet établissement. Très peu de personnes âgées sont considérées comme entrant dans une prise en charge HAD.

Certains autres éléments apparaissent limiter par ailleurs le retour à domicile, comme l'absence de portage de repas adapté aux diabétiques.

Pour ces différentes raisons les inégalités sont marquées aussi dans ce domaine : il faudra 15 jours pour mettre en place les aides à domicile pour quelqu'un ayant des revenus importants (il pourra faire l'avance des frais pendant la période de réalisation des démarches d'accès à l'APA qui dure 2 mois), il faudra beaucoup plus longtemps pour une personne ayant des revenus limités. Comme dit un médecin, « pour pouvoir rentrer à domicile, il faut avoir sa tête et de l'argent ».

3 Quelles améliorations peut-on apporter à cette filière ?

3.1 Principales difficultés rencontrées

3.1.1 Les éléments bloquants

Malgré ces efforts de coordination et de développement de l'offre de prise en charge, dans un contexte financier tendu, chaque acteur a tendance à vouloir préserver son activité mais aussi ses professionnels. De ce fait, les personnes entraînant le plus de coût et de travail pour les professionnels vont être perçues comme néfastes d'une certaine façon. Il s'agit de personnes ayant l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- très forte dépendance nécessitant des soins de nursing importants
- démence associée à des troubles du comportement, ce qui est difficile à gérer pour le personnel et présente un risque pour les autres personnes âgées fragilisées accueillies à proximité. Dans cette catégorie on peut relever le cas particulièrement délicat de ceux qui nécessitent la mise en place d'une protection juridique.
- isolement de la personne, ce qui induit que la part de travail revenant aux proches (démarches administratives, suivi et soutien de la personne) devra incomber aux

³⁸ HAGENMÜLLER JB., Décembre 2006, *Les Forces et les faiblesses de l'Hospitalisation à domicile de l'AP-HP dans son environnement*

professionnels. Par ailleurs cet isolement va induire le plus souvent un placement en institution, placement qui peut être une source de délais et donc de coûts supplémentaires.

- situation financière peu favorable, ce qui induit la nécessité de réaliser les démarches d'accès aux droits sociaux. Dans cette catégorie, il y a des situations particulièrement difficiles :
 - un grand nombre d'enfants, ce qui complique les démarches d'accès à l'aide sociale
 - l'absence de titre de séjour ou de passeport.

Or d'après le SROS, dans le territoire 92-3, celui de l'hôpital Louis Mourier, 11,5% de la population est d'origine étrangère contre 5,6% en France. Ce genre de cas se pose donc relativement souvent.

Une des raisons de refus de patients reconnue par l'ARHIF dans les contrats qu'elle signe avec les établissements privés de SSR (annexe 2-6 des CPOM) est « l'absence supposée d'aval ». Cette justification reconnue permet donc aux établissements de soins de suite de mettre de côté les personnes citées précédemment. L'accès difficile à l'EHPAD induit donc de fait un accès difficile au SSR. Les difficultés supposées de recherche d'un second aval, grèvent donc la recherche du premier aval.

3.1.2 Les soins de suite de l'hôpital Louis Mourier subissent les conséquences de cette sélection et des blocages

Le service de soins de suite de l'hôpital Louis Mourier apparaît être l'un des lieux de prise en charge de ces difficultés. Au niveau de l'AP-HP, 17,4% des lits de SSR sont occupés par des patients en attente de place d'aval (contre 2,9 en court-séjour). L'écart moyen entre la date de sortie réelle d'un SSR de l'AP-HP et la date de sortie possible médicalement est de 80,7 jours. Pour les plus de 75 ans, il s'agit du tout premier lieu d'accès à l'aide social (la moitié des cas), de mise sous protection juridique (un tiers des cas), d'attribution de l'APA (1/5^e des cas).

Durant ces moments d'attente, le travail de l'assistante sociale et des aide-soignantes n'est pas diminué. Ainsi les aides-soignantes n'estiment pas que leur travail soit moins lourd en SSR qu'en USLD : « ici, ça change tout le temps, ce sont les mêmes patients qu'avant [en USLD] mais ça tourne plus. Il y a les kinés, les ergos, il faut suivre et on est 2 aide-soignantes pour 30 patients. Il faut tous les aider pour la toilette, c'est lourd ». Les personnes présentes en SSR ne sont donc pas toutes hospitalo-requérantes mais elles

nécessitent sur le plan social et de la dépendance une prise en charge importante (nombre d'entre-elles ont été refusées ailleurs pour ces raisons). Cela laisse présager de grandes difficultés dans le cas où la T2A SSR serait mise en place sans tenir compte pleinement de cette fonction spécifique d'orientation³⁹.

Ainsi, ce service accueille de nombreuses personnes dont les autres services de soins de suite n'ont pas voulu. Le personnel du service, certes beaucoup plus nombreux que dans d'autres centres privés, doit prendre en charge une population jugée trop « lourde » par d'autres établissements. Reste à savoir si le ratio de personnel et la possibilité de faire rester un patient plus longtemps (la DMS est de 55 jours contre 33 dans le privé) compensent cette difficulté plus importante du travail.

Mais ce service, comme les autres joue aussi son rôle de rééducation et de préparation au retour à domicile. Durant l'année 2006, 47,5% des patients du service de soins de suite sont retournés chez eux, 13,6% sont allés en long séjour, 0 en HAD, 12% sont décédés et 12% sont allés en maison de retraite. Ces chiffres diffèrent peu des résultats des autres établissements de l'AP-HP.

3.1.3 Respecter le choix de ces patients, une gageure :

Respect de la volonté de rester au domicile :

La plupart des personnes âgées qui étaient chez elles avant leur hospitalisation souhaitent y retourner. Or, s'il y a eu hospitalisation, c'est souvent parce que ce maintien à domicile était incertain ou risqué (chute, perte de repères). Par ailleurs, la crise à laquelle fait suite l'hospitalisation peut avoir aggravé la dépendance des personnes. Leur séjour à l'hôpital est alors marqué par la prise de conscience du nouvel handicap, parfois la révolte par rapport à cette réalité, puis la recherche de solutions nouvelles.

Les assistantes sociales poussent les patients et leur familles à mener rapidement ce cheminement. Certains patients et leurs familles sont apparus un peu brusqués par cette nécessité de se décider vite sur un sujet aussi important. D'autant que les possibilités offertes sont parfois peu nombreuses, il s'agit alors surtout d'accepter un lourd changement. Par exemple, une personne nécessitant plus de deux interventions de professionnels par jour ou risquant d'être désorientée la nuit ou ne pouvant s'appuyer sur

³⁹ Sur ce sujet, HOUSSEL M., 2003, *la Tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation*, Mémoire ENSP

des proches, devra en général aller en maison de retraite si elle ne dispose pas de revenus très importants⁴⁰.

Ainsi, les assistantes sociales doivent respecter le choix du patient mais dans bien des cas, il s'agit plutôt de leur faire prendre conscience de leur absence de choix.

Respect du choix du lieu d'hospitalisation :

Pour beaucoup de patients, les contraintes sont nombreuses et s'accumulent, limitant d'autant les possibilités offertes à leur choix : manque de places en SSR (surtout en Juillet), difficultés économiques pour payer le forfait journalier ou la chambre individuelle, absence de suivi régulier par un médecin exerçant aussi en établissement, qui aurait facilité le transfert.

Cela induit pour les médecins et les assistantes sociales, la nécessité d'orienter fortement les choix des patients qui ne peuvent que leur faire confiance : « je peux décider mais les possibles sont très limités » me disait une patiente âgée, dont la fille était en congés et qui ne présentait pas de pathologie aiguë ; elle était forcée à rentrer à domicile car il n'y avait pas de place pour elle en SSR.

Au contraire une personne présentant un problème aigu (cardiaque) est présentée par le médecin comme ayant de la chance : « elle a un problème aigu donc j'ai pu lui trouver une place à l'hôpital Charles Richet, c'est bien pour elle ». L'hôpital est situé à Villiers le bel (95), ce qui apparaît bien loin à sa famille.

Il existe de plus une sectorisation relativement officieuse qui provoque une grande difficulté à tenir compte du souhait du patient concernant son lieu d'hospitalisation en particulier en SSR. Les assistantes sociales disent que « tout est plus ou moins sectorisé », un patient souhaitant donc se rapprocher de ses enfants pour son passage en SSR aura une grande difficulté à faire entendre son souhait. Dans un cas de ce type l'assistante sociale me dit « faire la demande, mais s'ils refusent, il ira à côté ».

3.2 Comment peut-on adapter cette filière ?

3.2.1 Le court séjour gériatrique ou l'HAD ne constituent pas des solutions

⁴⁰ REGNIER N., 2007, *La spécificité de l'accompagnement social auprès de personnes âgées dépendantes*, mémoire d'assistante sociale

L'étude AP-HP⁴¹ sur les séjours injustifiés montre que les services de court-séjours gériatriques ne sont pas exempts de ces problèmes d'accès à l'aval. La création de l'unité de court-séjour n'est donc pas une solution au problème de la durée de séjour, même si elle permet d'améliorer la prise en charge et de mieux repérer cette population.

Concernant l'HAD, il y a deux aspects au problème : le premier semble traitable : l'HAD est mal connue. Il est difficile de s'entendre sur les caractéristiques précises des patients pouvant en relever. Il apparaît opportun de favoriser les rencontres et les échanges à ce sujet entre médecins et assistantes sociales de l'établissement et des services d'HAD.

D'autres éléments semblent plus difficiles à contourner :

- l'isolement fréquent des personnes rend souvent impossible cette solution
- les problèmes d'aval et de gestion du personnel semblent avoir orienté le directeur de l'HAD de l'AP-HP vers une stratégie de contournement par rapport à la patientèle âgée polypathologique. Ceci serait à confirmer par un entretien sur le sujet.

3.2.2 Un réseau plus vivant au quotidien permettrait peut-être de fluidifier les passages, y compris pour les patients les moins favorisés

Avec les services de court-séjour et de soins de suite, en particulier ceux de l'AP-HP

Comme nous l'avons vu, les transferts de patients, en particulier de patients âgés, sont difficiles depuis le service des urgences. Ils reposent pour beaucoup sur le réseau de connaissances interpersonnelles de chaque médecin, réseau qui n'est pas partagé et qui est entretenu individuellement par des pratiques de respect de certaines règles implicites (comme celle de ne pas mentir, de ne pas envoyer un patient qui restera trop longtemps...).

Le réseau est donc primordial et il apparaît important de le développer et de l'orienter. Certes Nanterre constitue un partenaire privilégié, mais les établissements de l'AP-HP sont beaucoup moins accessibles. Une réunion à ce sujet avec les hôpitaux Bichat et Beaujon par exemple ne faciliterait-elle pas les passages ?

Concernant les services de soins de suite, une série de réunions est prévue, incluant médecins et assistantes sociales de l'hôpital et des établissements partenaires.

⁴¹ Mission handicaps, Réseaux, Coordination du service social hospitalier de l'AP-HP, Septembre 2006, *Orientations en attente pour les patients hospitalisés*

Avec les médecins libéraux

Le lien avec les médecins de ville ne pourrait-il être renforcé par l'organisation de réunions avec eux ? Les sujets à aborder pourrait être entre autres les démarches de curatelle ou d'accession à l'aide sociale dans lesquels ils pourraient sans doute être plus impliqués. Ces réunions sont préconisées au moins une fois par an par la circulaire de Mars 2007 sur la filière gériatrique.

Les services de Justice

Encore plus difficile mais utile, serait la prise de contact avec les tribunaux qui posent des problèmes dans l'accession à la protection juridique (Asnières par exemple).

Le Conseil Général

Compte-tenu de l'offre existante sur le territoire et des besoins de la population, le manque de certaines structures apparaît clair : SSIAD, maisons de retraite fortement médicalisées. Dans ce cadre, la décision de l'ARH et l'AP-HP de favoriser la construction d'EHPAD 100% agréées à l'aide sociale et adossées aux services des hôpitaux semble être tout à fait adaptée aux besoins.

Autre système qu'il apparaît nécessaire de développer, la garde itinérante la nuit, au domicile et en EHPAD, qui faciliterait les retours au domicile et éviterait certains passages aux urgences.

Afin de pouvoir orienter les choix en ce sens, la participation à la réflexion lors de la rédaction du prochain schéma gérontologique pourrait être intéressante. Elle permettrait d'une manière plus générale de renforcer le lien avec le Conseil Général des Hauts-de-Seine.

Cela viendrait en parallèle à l'action des missions Gériatrie et Handicap du siège de l'AP-HP qui organisent des Journées « Ville-Hôpital » avec les Conseils Généraux afin de créer ces liens.

3.2.3 Vers un partage du risque ?

Si les personnes très dépendantes, démentes ou isolées sont perçues comme trop coûteuses c'est que les différents modes de financements des acteurs ne prennent pas suffisamment en compte ces aspects. En effet, les groupes iso-ressources qui servaient

jusqu'à la coupe pathos à mesurer la dépendance, ne prenaient pas en compte la démence, le besoin psychologique et social. Concernant l'hôpital, si le PMSI SSR permet de saisir la dépendance, le codage concernant l'isolement ou la situation sociale des résidents est encore peu opérationnel. Quant aux services de MCO, ils sont soumis à la T2A qui, dans ces tarifs, ne tient pas compte de l'aspect social ni de la dépendance.

Aucun organisme, qu'il s'agisse de l'Assurance Maladie ou du Conseil Général ne souhaite réellement prendre à sa charge le coût des patients déments ou les délais nécessaires à l'orientation des patients les moins favorisés.

Il s'agit donc de poser le plus clairement possible la question du partage de ce risque et en particulier celle des financeurs de ces moments de transition (comme le temps d'accès à l'aide sociale, qui dépend de l'hôpital, de la Mairie et du Conseil Général). La mission gériatrie de l'AP-HP est ainsi allée rencontrer les différents Conseils Généraux, dont celui des Hauts-de-Seine en Mars dernier, afin de discuter des modalités de financement de la prise en charge durant le délai d'accès à l'aide sociale. Toutefois, la démarche n'en est qu'à ses débuts.

3.2.4 Eviter la dilution des responsabilités

Il semble exister un métier propre à l'hôpital public et à l'hôpital Louis Mourier en particulier, celui de l'orientation de patients isolés lourdement dépendants. Ce métier n'est pas exercé par les établissements privés. A titre d'exemple, pour le SSR généraliste de Sartrouville, appartenant au groupe Korian, le travail nécessaire à la mise sous tutelle est impensable pour cet établissement qui doit respecter une durée moyenne de séjour de 30 jours.

Afin de faire reconnaître ce métier, mais aussi de rationaliser sa réalisation en précisant clairement les niveaux de responsabilité de chacun, le modèle québécois propose une solution appelée « case management ». Il s'agit de dédier une personne à cette activité d'orientation et de coordination entre les différents intervenants auprès de la personne âgée. Cette personne, qui intervient à la fois dans le domaine social et sanitaire, prend en charge en particulier les « cas » les plus compliqués.

Le Dr Olivier Saint-Jean, gériatre, et son équipe de l'Hôpital Européen Georges Pompidou sont semble-t-il en train d'importer ce modèle dans leur projet PRISMA⁴².

⁴² SAINT JEAN O., SOMME D., « Expérimentation de la gestion de cas », disponible sur www.longuevieetautonomie.com/s/hegpl/, 24/07/2007

L'expérimentation n'en est qu'à ses débuts mais révèle un besoin avéré de reconnaissance et de centralisation de ce travail d'orientation. La généralisation de cet essai permettrait peut-être d'éviter les ruptures de prise en charge et de déterminer plus clairement les personnes investies d'une responsabilité quant à l'activité d'orientation.

Je ne donnerai qu'un exemple illustrant l'intérêt d'une telle centralisation de l'activité d'orientation: celui d'une personne ramenée à domicile suite à une transfusion dans un centre hospitalier, transportée par des ambulanciers privés dont le niveau de responsabilité est inadapté à une quelconque contestation des demandes de médecins hospitaliers. La personne est sortie « un peu tôt » : elle est très affaiblie et pourtant elle sera seule à domicile, car la famille et les aides à domicile n'ont pas été prévenues de ce retour suffisamment à l'avance pour pouvoir s'organiser. Il s'agit non seulement d'un problème de coordination entre institutions mais dans le détail d'un problème de responsabilité accordée aux acteurs. La sécurité du patient n'est pas assurée dans ce cas et les responsabilités sont fortement diluées.

Le « case manager » ou « gestionnaire de cas » apparaît être l'une des pistes dans la recherche d'une plus grande clarté des responsabilités et d'une prise en charge globale des patients.

3.2.5 L'hôpital a intérêt à encourager les démarches d'accès aux soins des personnes âgées où qu'elles se situent

Par ailleurs, lorsque l'un des partenaires de la filière se trouve en difficulté pour prendre en charge un patient devenu « trop lourd » médicalement, cela se traduit le plus souvent à court ou moyen terme par un passage du patient par les urgences, passage qui aurait pu être évité. A titre d'exemple, lorsqu'un service de court-séjour refuse de reprendre un patient orienté par ses soins en soins de suite et qui s'est aggravé, le patient pourra être orienté par l'établissement de soins de suite vers les urgences, derniers recours dans tous les cas d'incompréhension réciproque. Il en est de même avec les maisons de retraites. Il est donc important pour l'hôpital d'encourager ses partenaires à pouvoir se « débrouiller » seuls dans un plus grand nombre de cas.

Plusieurs solutions sont envisageables afin d'encourager la médicalisation des structures partenaires :

A) Au domicile

Il semble envisageable de développer une équipe mobile gériatrique intervenant au domicile. Ceci existe déjà sur certaines communes sous la forme du réseau Agecanonix. Le Dr Charru, chef du service de gériatrie, serait volontaire pour initier une telle démarche à Colombes.

B) En SSR

Une série de rencontres et de visites est prévue avec les établissements partenaires en SSR. Il apparaît en effet opportun de mener une évaluation des conventions et de définir peut-être des stratégies communes. Ainsi, certains SSR ont contractualisé avec des hôpitaux de l'AP-HP pour prendre des patients avant une opération et les reprendre juste après. Cette stratégie est favorable financièrement aux deux établissements. Par ailleurs, il peut être nécessaire de rappeler régulièrement aux différents acteurs les modalités de retours de patients transférés.

C) En EHPAD

L'accroissement de la médicalisation des maisons de retraite est d'ores et déjà rendu nécessaire par les besoins de la population hébergée. Celle-ci a une moyenne d'âge en croissance continue et souffre de handicaps physiques et psychiques de plus en plus lourds. L'étude des données de l'enquête EHPA 2000 de la DREES, confirme que le degré actuel de médicalisation des maisons de retraite est très variable et certainement souvent insuffisant. Les maisons de retraite récentes, celles qui sont habilitées pour une section de cure médicale, qui appartiennent au secteur public, semblent actuellement les plus avancées⁴³.

Des démarches de formation par les personnels hospitaliers sont encouragées par les circulaires sur la filière gériatrique, par exemple pour former les aide-soignants des EHPAD afin qu'ils sachent reconnaître ce qui relève d'une consultation de ce qui relève de l'urgence. Certains médecins coordonnateurs des EHPAD du territoire 92/3 souhaiteraient vivement que de telles formations soient mises en place à l'hôpital Louis Mourier. Il reste à les organiser.

D'autres moyens, peuvent, à la marge, améliorer les relations avec les EHPAD, comme le développement de télé-consultations en gériatrie. Ce nouveau mode de communication est en effet en train de prendre de l'ampleur au sein de l'AP-HP.

⁴³ SAINT JEAN O., SOMME D., 2003, « Eléments d'approche de la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées », *Solidarité et santé*, n° 1

L'AP-HP expérimente par ailleurs, en partenariat avec la ville de Paris, une nouvelle forme de coopération : toute EHPAD parisienne volontaire peut recevoir l'intervention d'équipes mobiles hospitalières provenant de 3 hôpitaux AP-HP. Cette initiative nouvelle sera évaluée pour envisager l'opportunité d'un développement de telles démarches en dehors de Paris.

Lorsque le service de gériatrie aiguë existera, il sera de plus envisageable de proposer des admissions directes de maison de retraite sur la base de cas exposés par les médecins (l'hôpital Notre Dame de bon secours pratique déjà ainsi avec les résidents de la Résidence Sainte Marthe).

L'hospitalisation de jour permettra de même de proposer aux EHPAD environnantes des bilans complets de leurs résidents. Au CHU de Limoges, des créneaux de consultations spécialisées pour les personnes âgées des EHPAD partenaires sont prévus. Des lits de SSR sont par ailleurs réservés aux patients en provenance de ces mêmes EHPAD, nécessitant pendant quelques jours une surveillance infirmière subitement accrue, sans passer par les « urgence ».

Concernant la question de la fin de vie en EHPAD, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et de la fin de vie prévoit que les équipes mobiles de soins palliatifs puissent intervenir en EHPAD. Pour l'instant ce n'est pas le cas de celle exerçant à l'hôpital Louis Mourier.

3.2.6 En interne, quelques améliorations peuvent aussi être envisagées

Compenser la forte dépendance des patients par des moyens matériels et une plus forte collaboration entre métiers :

Comme nous l'avons vu, le service de soins de suite de l'hôpital prend en charge une population particulièrement difficile, elle dispose pour cela de moyens assez nombreux. Il n'empêche que la prise en charge pourrait être plus bénéfique aux patients si la collaboration entre les différents métiers était renforcée. En particulier, le travail des kinésithérapeutes pourrait être prolongé par les soignants à travers les gestes de la vie courante. Cela suppose de consacrer du temps à la coordination et à la formation.

Par ailleurs, étant donné le niveau de dépendance des patients, la mise à disposition de lève-malade et de verticalisateurs plus nombreux serait perçue comme un signe de reconnaissance des difficultés que rencontre ce service.

Adapter l'équipe mobile au temps de l'urgence :

Le mode communication par fax de l'équipe mobile gériatrique (le service demandeur envoie un fax qui sera lu dans la journée par le médecin de l'équipe) apparaît incongru au service d'accueil des urgences. On pourrait réfléchir à l'opportunité d'un renforcement de cette équipe afin de pouvoir intervenir dès l'accueil des urgences, en communiquant par téléphone.

3.2.7 L'hôpital peut par ailleurs jouer un rôle dans la démarche de valorisation des métiers de la gériatrie

Le manque de motivation du personnel soignant à travailler en gériatrie explique en grande partie les difficultés évoquées jusqu'à présent. Quand il s'agit de ne pas rendre la prise en charge « trop lourde » pour le personnel, il est aussi question de fidéliser des personnes qui peuvent facilement changer de services ou de lieu de travail si on rend leur travail encore plus difficile.

Prévue depuis 2001 par l'AP-HP, la politique de valorisation des métiers de la gériatrie reste encore très ténue, elle est imperceptible au sein de l'hôpital Louis Mourier. Quelques événements ont déjà eu lieu en ce sens au niveau du siège de l'AP-HP : journée de la gériatrie, mise en place de e-learning en gériatrie, création d'une certification dans ce domaine. Toutefois, cela semble réellement insuffisant. Il est en effet nécessaire de modifier l'image de cette discipline, en intervenant auprès des IFSI et en ne plaçant plus dans ces services des personnes qui n'ont pas d'autre choix.

En attendant ce grand changement culturel, la gériatrie fait toujours peur, aux soignants mais aussi peut-être aux gestionnaires qui évitent parfois ces secteurs.

Conclusion

La prise en charge de personnes âgées peu dotées socialement et financièrement se révèle donc particulièrement exigeante pour l'hôpital Louis Mourier. Elle est rendue possible par des effectifs en personnel soignant et socio-éducatif supérieurs à ceux des établissements privés et des durées de séjour importantes.

Compte-tenu de la convergence annoncée des tarifs publics et privés et du financement en T2A à 100% en court séjour, les réformes se sont révélées urgentes et ont déjà montré leurs effets positifs pour l'activité de l'hôpital. Cependant, la mise en place à venir d'une T2A SSR soulève un nouveau défi pour l'hôpital.

Afin d'éviter des conséquences financières très néfastes, il apparaît nécessaire que les professionnels développent un réseau de concertation particulièrement vivant avec les différents partenaires. Du fait des caractéristiques actuelles du financement des missions d'intérêt général, l'hôpital semble avoir d'avantage intérêt à créer des unités d'intervention à domicile ou en EHPAD (qui pourront faire l'objet de MIGAC) qu'à internaliser de manière peu visible, la prise en charge de patients nécessitant un fort accompagnement social.

Quant à l'intérêt de la personne âgée, il réside dans la création de nouvelles modalités de partenariat, tenant compte des contraintes des maisons de retraite et de celles de l'hôpital et permettant en particulier de fournir aux personnes les soins dont elles ont besoin sans qu'elles n'aient à subir les sélections successives et les transports inutiles. L'unité de court-séjour gériatrique ainsi que la création de l'hôpital de jour devraient permettre d'agir en ce sens.

Bibliographie

Articles :

- BRESSÉ S., DUTHEIL N., 2003, « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile : des publics divers », *revue Solidarité et santé*, n° 1
- DAVID M.G., STARZEC C., Avril 1996, « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans », *Insee Première*, n° 447
- DAVIN B., JOUTARD X., MOATI J.P., PARAPONARIS A., Septembre 2006, « Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile : une approche à partir de l'enquête Handicaps, incapacité, dépendance », *Sciences sociales et santé*, vol 24, n°3,
- DODIER N. CAMUS A., « L'admission des malades, histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, n°4, Juillet-Août 1997, pp 733-763
- SAINT JEAN O., BERIGAUD S., MATIGNON E., PASSERON J., ELLRODT A., BOUCOU J.P., 1992, « Circuits hospitaliers d'urgence des personnes âgées, expérience de transfert direct en unité de médecine interne et de gériatrie »
- SAINT JEAN O., SOMME D., 2003, Eléments d'approche de la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées, *Solidarité et santé*, n° 1

Rapports :

- GISSEROT H., mars 2007, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*
- DE LAROCHELAMBERT E., février 2003, *Développement des relations ville-hôpital en matière de prise en charge des personnes âgées*, rapport demandé en 2002 par Antoine Dürleman
- HAGENMÜLLER JB., Décembre 2006, *Les Forces et les faiblesses de l'Hospitalisation à domicile de l'AP-HP dans son environnement*
- JEANDEL, PFITZENMEYER, VIGOUROUX, 2006, *5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux*
- LEBAS J., Février 1998, *A l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital*
- COUR DE COMPTES, *Les Personnes âgées dépendantes*, Novembre 2005

Enquêtes :

- COLLECTIF COMBATTRE LA SOLITUDE, 2006, Enquête Isolement et vie relationnelle
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES DREES, 2005, enquête EHPA
- DREES, 2000, enquête SAPAD-Bénéficiaires

Etudes :

ARFEUX-VAUCHER G., DORANGE M., BESSON I., GAUSSENS J., Décembre 2006, *Recours à l'hôpital des personnes âgées prises en charge à domicile*, Fondation Nationale de Gériontologie

ATIH, premier semestre 2000, *Etude Nationale des Coûts, PMSI en SSR*

BEUNON E. , 2001, *Analyse des résultats socio-démographiques du recensement de la population*

MATHY C., BENSADOU M., décembre 1999, « Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur des hospitalisation de court-séjour », Mission PMSI, Ministère de l'emploi et de la solidarité

MISSION D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, 2004, *Temps d'attente des patients aux urgences*

MISSION HANDICAPS, RÉSEAUX, COORDINATION DU SERVICE SOCIAL HOSPITALIER DE L'AP-HP, Septembre 2006, *Orientations en attente pour les patients hospitalisés*

ORS ILE-DE-FRANCE, Janvier 2003 , *Les personnes âgées en Ile de France, évolution et perspectives de la prise en charge de la dépendance*

URML ILE-DE-FRANCE, 2005, « La visite à domicile chez les médecins franciliens »

Mémoires :

DOUCAS-DANY E., 2005, *La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre* , mémoire ENSP

HOUSSEL M., 2003, *La Tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation*, mémoire ENSP

NEMITZ B., 2006, *La filière gériatrique, une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, mémoire ENSP

REGNIER N., 2007, *La spécificité de l'accompagnement social auprès de personnes âgées dépendantes*, mémoire d'assistante sociale

Références Juridiques :

Circulaire DHOS 2000 et 2001 sur l'organisation des CLIC

Circulaire DHOS n°2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire DHOS n° 2002/157 du 18 mars 2002 relative à la filière de soins gériatriques

Circulaire DHOS 02/117 du 28 Mars 2007, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Décret du 30 avril 2007, décret du 22 février 2007, relatifs à l'intervention des équipes d'HAD en EHPAD

Documents de planification :

Plan Gériatrique des Hauts-de-Seine, 2005-2010

Plan Solidarité Grand-Age 2007-2012

Plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP, 27 Juin 2006

Programme local de l'habitat, 1996, Mairie de Colombes

Volet gériatrique du SROS Ile de France

Ouvrages :

CARPENTIER M., LESMANN M., 2002, *Priver ou privatiser la vieillesse ? : entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Presses de l'Université du Québec

LABORELET B., VERCANTEREN B. R., *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*, éditions Erès

VEYSSIER P., 1997, *Infections chez les sujets âgés*, Editions Ellipses

Site internet :

SAINT JEAN O., SOMME D., « Expérimentation de la gestion de cas », disponible sur www.longuevieetautonomie.com/s/hegp/, 24/07/2007

Conférence :

Conférence *Vieillir digne* , Novembre 2006, Mairie de Paris

Liste des annexes

- Liste des personnes rencontrées
- Récapitulatif des conventions avec des établissements SSR et EHPAD

Liste des personnes rencontrées

Dr Bensellama, Médecin responsable du service de
Dr Bosquet, Praticien hospitalier en médecine 5
Mme Boudier, coordinatrice du CLIC de Colombes
Mr Bourdin, cadre du service de soins de suite de l'hôpital Louis Mourier
Dr Brun, Chef du service des Urgences
Dr Charru, chef du service de gériatrie
Mme Dakova, Médecin DIM de l'hôpital Louis Mourier
Mme Gaulier, assistante sociale des urgences adultes et de l'UHCD
Dr Gros, médecin généraliste à Colombes et médecin coordonnateur de la résidence
Esterelle
Mme Kerr Omnes, Assistante sociale de Médecine 5
Mr Ligier, Directeur du centre de soins de suite de Sartrouville, groupe Korian
Mme Mingot, psychologue du service SSR et de l'équipe mobile gériatrique
Dr Nguyen, Médecin coordonnateur de la résidence Sainte Marthe à Bois-Colombes
Dr Pulvéris, responsable de la mission gériatrie au siège de l'AP-HP
Pr Vinceneux, Praticien responsable du pôle médical
Des aides-soignantes et infirmières du service de soins de suite de l'hôpital Louis Mourier
Des patientes de l'hôpital, âgées de plus de 75 ans

Conventions SSR Hôpital Louis Mourier

Nom de la Structure	Nbr Lits	Date signature convention et prise d'effet	Durée de validité
Clinique SA NEWCO Bezons	63	Signée 15/07/2005	1 an renouvelable tacitement
Centre de Soins de Suite de Sartrouville	70	<i>Signée 29/12/2005</i>	1 an renouvelable tacitement
Hôpital Gouin Clichy	99	<i>Signée 24/04/2006</i>	1 an renouvelable tacitement
Hôpital Nord 92 Villeneuve la Garenne	68	<i>En cours signature</i>	1 an renouvelable tacitement
Hôpital St-Jean des Grésillons Gennevilliers	50	<i>En cours signature</i>	1 an renouvelable tacitement
Fondation Roguet Clichy	335	<i>En cours signature</i>	1 an renouvelable tacitement
Hôpital Charles Richet Villiers le Bel	472 145 SSR	Projet	1 an renouvelable tacitement

Récapitulatif conventions EHPAD - SIH/SAU Plan Bleu

Objet	Discipline	Partenaire(s)	Nombre de lits
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Résidence Sainte Geneviève Nanterre	77
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Résidence ESTEREL Colombes	73
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Résidence AZUR Colombes	72
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Résidence La Chamade Nanterre	105

Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Maison protestante Nanterre	80
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Résidence La Roseraie Colombes	94
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Villa Kreisser Colombes	59
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Maison de retraite du CASH Nanterre	231
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	AREPA (Association des Résidences pour Personnes Agées) Marcelle DEVAUD	82
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	La Tour d'Auvergne Colombes	
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	Les Acacias	32
Convention de prise en charge médicale de patients dans le cadre du plan bleu	EHPAD	EHPAD Résidence Léopold Bellan Bois-Colombes	82