



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**De la filière gériatrique intra-CHU aux
coopérations territoriales :
l'optimisation du parcours du patient
gériatrique au CHU de Nancy et en
Meurthe-et-Moselle sud**

Alexis THOMAS

Remerciements

J'adresse mes profonds remerciements à Monsieur Philippe VIGOUROUX, Directeur général du CHU de Nancy et Madame Geneviève LEFEBVRE, Directrice générale adjointe, de m'avoir permis de réaliser mes deux stages d'élève directeur d'hôpital au CHU de Nancy, où j'ai beaucoup appris.

Un grand merci également à Madame Diane PETTER, ma maître de stage, pour la qualité de son encadrement.

J'adresse également mes vifs remerciements à Monsieur Frédéric GROSSE, mon encadrant mémoire, pour sa disponibilité, ses relectures et ses précieux conseils.

Je remercie vivement Madame Liliane ROUX, Directrice de la filière gériatrique du CHU de Nancy, Madame le Docteur Marie-Agnès MANCIAUX, Chef du pôle Gérontologie et Soins Palliatifs et Madame Amélie DEROTTE, Assistante de gestion du pôle Gérontologie et Soins Palliatifs, de m'avoir associé aux travaux du pôle, de m'avoir conseillé durant la rédaction de ce mémoire et de l'avoir relu si attentivement.

Je tiens enfin à remercier l'ensemble des personnes que j'ai interrogées pour la réalisation de ce mémoire, ainsi que, de manière plus générale, tous les professionnels du CHU de Nancy avec qui j'ai eu le plaisir de travailler au cours de mes deux stages d'élève directeur d'hôpital.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	8

PREMIERE PARTIE : CADRAGE ET DIAGNOSTIC
--

1 Encadrés juridiquement et encouragés par les pouvoirs publics, le développement de la filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité de Nancy et la coordination des SSR en Meurthe-et-Moselle sud constituent un enjeu majeur pour le CHU de Nancy et ses patients.....	11
--	-----------

1.1 Le développement des filières gériatriques et la coordination des SSR sont encadrés juridiquement et encouragés par les pouvoirs publics dans un souci de qualité de prise en charge du patient gériatrique	11
---	----

1.1.1 Le dispositif juridique explicite la notion de filière gériatrique, qui « ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent » et invite également à développer la mise en place de coordinations des SSR.....	11
---	----

A) Le dispositif juridique relatif à la filière gériatrique	11
B) Le dispositif juridique relatif aux coordinations territoriales en SSR.....	14

1.1.2 Les pouvoirs publics encouragent le développement des filières gériatriques et des coopérations territoriales pour fluidifier le parcours du patient gériatrique.....	16
---	----

A) Au niveau national.....	16
B) Au niveau de l'ARS de Lorraine et du Conseil général de Meurthe-et-Moselle	

1.2	Les difficultés rencontrées par la filière gériatrique du CHU de Nancy nécessitent le développement de coopérations en Meurthe-et-Moselle sud.....	23
1.2.1	Le CHU de Nancy, qui dispose d'une filière gériatrique interne complète, connaît pourtant des difficultés d'aval importantes... ..	23
A)	La filière interne du CHU de Nancy comprend l'ensemble des maillons au sens de la circulaire du 28 mars 2007	23
B)	Le CHU de Nancy connaît des difficultés d'aval importantes, qui vont se poser avec encore plus d'acuité lors du passage du SSR à la T2A.	29
1.2.2	... qui nécessitent le développement de coopérations territoriales sur le territoire de santé de Meurthe-et-Moselle, en particulier en Meurthe-et-Moselle sud et sur le territoire de santé de proximité de Nancy	32
A)	La Meurthe-et-Moselle sud : diagnostic territorial.....	33
B)	Le territoire de santé de proximité de Nancy : diagnostic territorial	35

<p>SECONDE PARTIE : ACTIONS MENEES OU EN COURS ET PRECONISATIONS</p>

2	Les actions déjà menées et celles en cours pour améliorer la fluidité de la filière peuvent être étendues et complétées par la coordination territoriale des SSR en Meurthe-et-Moselle sud et la création d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité de Nancy, en s'inspirant d'actions menées sur d'autres territoires.....	39
----------	--	-----------

2.1	Les actions menées et celles en cours répondent à la priorité du CHU de Nancy de fluidifier la filière interne en trouvant des solutions d'aval et en améliorant l'organisation de la filière interne	39
2.1.1	La signature de conventions avec des SSR et des EHPAD	39
A)	Le conventionnement avec quatre SSR.....	39
B)	Le conventionnement avec 13 EHPAD en juin 2012, assorti d'indicateurs et d'évaluations régulières.....	40

2.1.2	Les actions menées sur la filière externe sont indissociables de la poursuite des travaux en cours sur l'amélioration du fonctionnement de la filière interne.....	43
A)	Le renforcement des relations médecins-assistants sociaux	43
B)	Les différents chantiers en cours avec l'appui de cabinets de conseils	45
2.2	Les actions déjà menées par le CHU de Nancy peuvent être étendues et complétées par la coordination territoriale des SSR en Meurthe-et-Moselle sud et par la création d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité de Nancy, en s'inspirant d'actions menées sur d'autres territoires.....	47
2.2.1	Participer activement à la coordination territoriale en SSR en Meurthe-et-Moselle sud.....	47
A)	Le projet initial porté par le CHU et l'OHS	47
B)	La démarche de l'ARS et les questions en suspens.....	48
2.2.2	Créer une filière gériatrique de territoire sur le territoire de santé de proximité de Nancy.....	49
A)	Scénario numéro 1 : créer une filière sanitaire de territoire et s'articuler ensuite avec le réseau.....	51
B)	Scénario numéro 2 : se greffer sur le projet du réseau Gérard Cuny dans le cadre de l'expérimentation issue de l'article 70 de la LFSS 2012 et intégrer le médecin coordonnateur dans la future cellule d'ordonnancement.....	55
Conclusion : De la filière gériatrique à la filière personnes handicapées		57
Bibliographie		59
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APM : Agence de Presse Médicale

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CAS : Centre d'Analyse Stratégique

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CM2R : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

COPIL : Comité de Pilotage

CPN : Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou

CREA : Comptes de Résultats Analytiques

DESS : Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social

DESSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPS : Date Prévisionnelle de Sortie

DT : Délégation Territoriale

EDH : Elève Directeur d'Hôpital

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMLG : Equipe Mobile de Liaison Gériatrique

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHS : Groupe Homogène de Séjour

GMP : Groupe iso-ressources Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation A Domicile

HADAN : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INCA : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPDMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

OHS : Office d'Hygiène Sociale

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PRS : Projet Régional de Santé

Pôle GSP : Pôle Gériatrie et Soins Palliatifs

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PUOG : Post-Urgences d'Orientation Gériatrique

RHF : Revue Hospitalière de France

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

TSP : Territoire de Santé de Proximité

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées » écrivait Simone de Beauvoir dans *La Vieillesse* en 1970¹.

Très récemment, l'auteur de l'éditorial du Monde en date du 07 août 2012 intitulé « Accompagner la vieillesse est aussi une priorité » paraphrasait Simone de Beauvoir, écrivant que « le droit à une vieillesse saine, digne et confortable est l'un des éléments qui font d'une société qu'elle est solidaire ou pas ; qu'elle est civilisée ou pas². »

La France doit, comme de nombreux autres pays européens, faire face au défi du vieillissement de la population. Comme l'écrivent Philippe VIGOUROUX, Claude JEANDEL et Pierre PFITZENMEYER, « une "vague démographique" gériatrique s'annonce³. »

En effet, « selon le scénario central (...), l'augmentation [de la population] est la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions sur la même période⁴. » Représentant 8,5% de la population en 2007, les plus de 75 ans représenteront 10,9% de la population en 2025, 13,6% en 2035 et 16% en 2050, soit un quasi-doublement de leur part dans la société française dans les 40 ans à venir⁵.

En Lorraine, on comptait 184 616 personnes de 75 ans et plus en 2006 ; elles seront 222 518 en 2021, et 297 453 en 2031.

Dans cette même région, on comptait 38 566 personnes de 85 ans et plus en 2006 ; elles seront 77 098 en 2021, soit un doublement entre 2006 et 2021, et 80 745 en 2031.

En Meurthe-et-Moselle, l'un des quatre départements lorrains, dont le chef-lieu est Nancy, on comptait 56 937 personnes de 75 ans et plus en 2006 ; elles seront 66 295 en 2021, et 87 151 en 2031.

Toujours en Meurthe-et-Moselle, on comptait 12 142 personnes de 85 ans et plus en 2006 ; elles seront 23 049 en 2021, et 23 758 en 2031, soit un quasi-doublement sur la période⁶.

¹ de BEAUVOIR S., 1970, *La Vieillesse*, Gallimard.

² « Accompagner la vieillesse est aussi une priorité », 07 août 2012, *Le Monde*, Editorial, p.1.

³ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, *Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, rapport remis au ministre de la santé et des solidarités, p.2.

⁴ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), octobre 2010, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », *INSEE Première*, n°1320, p.1.

⁵ *Ibid.*, p.2.

⁶ ARS de Lorraine, Projet Régional de Santé (PRS), disponible sur <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.127838.0.html>

Comme l'écrit l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) dans son récent rapport intitulé « Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus », « le vieillissement de la population est concomitant à une hausse de même ampleur de la part de cette classe d'âge dans la patientèle du système hospitalier et dans le total des séjours hospitaliers⁷ (...) [II] conduirait à une augmentation de la part des personnes âgées dans l'activité médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD) et soins de suite et de réadaptation⁸ (SSR)⁹ (...) Quelle que soit l'année, le taux d'évolution du volume économique le plus marqué est celui des séjours concernant des patients âgés de 80 ans et plus¹⁰ (...) Les régions qui se caractérisent à la fois par une forte évolution de la population et de la patientèle des personnes âgées de 80 ans et plus sont l'Alsace, la Lorraine, Rhône-Alpes, la Basse-Normandie et la Picardie¹¹. »

Comme le relève l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son récent rapport sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, ces populations ont des durées moyennes de séjour (DMS) plus longues - « à partir de 85 ans, elles sont proches de 10 jours, soit le double de celles des adultes de moins de 64 ans¹² » - et arrivent, plus que les autres populations, à l'hôpital par les urgences - « à partir de 70 ans, le taux de recours aux urgences augmente fortement pour atteindre et dépasser les 40% à compter de 80 ans alors qu'il n'est que de 15% pour toutes les tranches d'âge situées entre 30 et 70 ans¹³. » Leur taux d'hospitalisation est également élevé (36,9% en moyenne en France, 40% en Lorraine.)

Bien sûr, toutes ces personnes ne sont pas des patients gériatriques : comme l'écrivent le Professeur François PIETTE et le Dr. Jean-Pierre AQUINO dans le Second livre blanc de la gériatrie française, « chacun connaît de grands vieillards de 70 ans et des nonagénaires d'un dynamisme étonnant¹⁴ » (...) Il n'existe pas de donnée française permettant de définir le nombre de personnes âgées fragiles¹⁵. » Et au sein même des

⁷ ATIH, juillet 2012, *Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, p.3.

⁸ *Ibid.*, p.4.

⁹ « Concernant l'activité de soins de suite et de réadaptation, le nombre de journées de présence est passé de 29,2 millions en 2007 à 34 millions en 2010, soit une évolution moyenne annuelle de 5,2% surtout marquée en début de période. Par tranches d'âge, les évolutions les plus marquées concernent la population de 80 ans et plus. Entre 2009 et 2010, les évolutions en nombre de journées de présence et de patients se situent respectivement à +4,7% et +5,1%. » *Ibid.*, p.10.

¹⁰ *Ibid.*, p.21.

¹¹ *Ibid.*, p.23.

¹² FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., IGAS, juillet 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, La Documentation française, p.16.

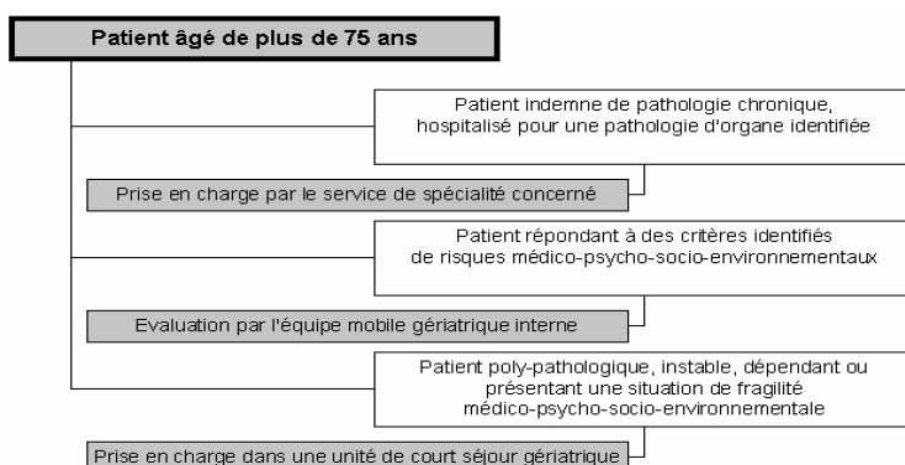
¹³ *Ibid.*, p.17.

¹⁴ AQUINO J.-P., PIETTE F., 2011, « Domaines, champs et spécificités de l'activité gériatrique », in *Second livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, p.55.

¹⁵ *Ibid.*, p.58.

patients de plus de 75 ans hospitalisés, il convient d'établir une distinction entre les patients hospitalisés pour une pathologie d'organe identifiée¹⁶ et ceux relevant du court séjour gériatrique.

Philippe VIGOUROUX, Claude JEANDEL et Pierre PFITZENMEYER définissent ainsi le patient gériatrique comme un patient de 75 ans et plus, « se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques (...) il justifie une approche particulière en filière de soins¹⁷. »



« La gériatrie vise [donc] à apporter une réponse adaptée à des besoins pluriels résultant de la polypathologie et à assurer une continuité de prise en charge dans un objectif de réinsertion dans le milieu de vie antérieur. La gériatrie développe une vision holistique, scientifique et éthique du contrat médical noué avec le patient, contrat individuel mais lié à la réalité collective, et conscient de la finitude de la vie et des ressources individuelles. Elle dépasse ainsi la médecine d'organes et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer leur qualité de vie et leur autonomie. Elle ne peut donc s'accomplir pleinement que dans une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire¹⁸. »

« La gériatrie ne peut [donc] pas être découpée en pathologie d'organes¹⁹. »

Face à ce « choc démographique gériatrique²⁰ », les hôpitaux doivent donc « travailler en filière²¹ » puisque « plus que tout autre patient, la personne âgée fragile nécessite une

¹⁶ FERRIER M., 2011, *La prise en charge des personnes âgées dans les services non gériatriques du CHU de Grenoble*, mémoire de l'EHESP.

¹⁷ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Op. cit.*, p.33.

¹⁸ JEANDEL C., 2011, « Pourquoi un second livre blanc de la gériatrie française ? » in *Second livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, p.14.

¹⁹ MOULIAS R., 2004, « Vieillesse, dépendance, handicap : une évolution des concepts », in *Livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, p.70.

²⁰ VIGOUROUX P., 23 avril 2012, « La personne âgée indésirable à l'hôpital ? », *La Croix*.

prise en charge globale prenant en compte ses troubles mais aussi ses capacités et son environnement. Cette prise en charge au sein d'un parcours continu et coordonné est la condition pour assurer « le juste soin » aux personnes âgées²². »

C'est le cas du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy. Etablissement de référence du département de Meurthe-et-Moselle, et seul CHU de la région, il comporte 1640 lits, 7164 personnels non médicaux, 1 177 personnels médicaux et 835 étudiants en médecine, pour un budget de plus de 630 millions d'euros, hors budget annexe²³.

Le pôle Gériatrie et Soins Palliatifs (pôle GSP) comprend deux fois 20 lits de court séjour gériatrique, 7 lits de surveillance continue, 5 places d'hôpital de jour (HDJ), 12 lits de post-urgences d'orientation gériatrique (PUOG), 44 lits de SSR dont 11 d'unité cognitivo-comportementale (UCC), 106 lits d'unités de soins de longue durée (USLD) répartis sur deux sites (Saint-Julien et Saint-Stanislas) dont 16 lits d'unité d'hébergement renforcé (UHR) à Saint-Stanislas et 15 lits de soins palliatifs. Il dispose également d'une Equipe Mobile de Liaison Gériatrique (EMLG) et d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). Alors même qu'il dispose de l'ensemble de la filière gériatrique au sens de la circulaire du 28 mars 2007, le pôle GSP connaît des difficultés importantes, qui sont les constats de départ de mon mémoire²⁴ : la DMS en court séjour (20,3 jours en secteur 1 ; 19,5 en secteur 2) est deux fois supérieure à la moyenne nationale et à la durée moyenne à partir de laquelle l'hospitalisation complète de gériatrie serait à l'équilibre²⁵ (14 jours) ; la DMS en SSR (55,5 jours) est largement supérieure à la moyenne nationale et risque de pénaliser l'établissement lors du passage à la tarification à l'activité (T2A).

Ces constats m'ont amené à formuler la problématique suivante : Pourquoi, alors même qu'il dispose d'une filière gériatrique interne complète, le CHU de Nancy connaît-il des difficultés importantes dans cette discipline, qui se traduisent par des DMS largement supérieures à la moyenne nationale ? Quelles voies choisir pour assurer au mieux la prise en charge des patients gériatriques et diminuer les durées moyennes de séjour en gériatrie aiguë et en SSR ?

²¹ *Ibid.*

²² FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., IGAS, *Op. cit.*, p.5.

²³ CHU de Nancy, *Chiffres-clés 2011*, disponible sur :

http://www.chu-nancy.fr/photos_chu/actualites12/mai/chiffres_cles_chu-2011-160512-web.pdf

²⁴ Constat tirés du bilan 2011 du contrat du pôle gériatrie et soins palliatifs (DMS en dernière année pleine - 2011).

²⁵ Les comptes de résultats analytiques (CREA) 2011 n'étaient pas encore achevés lorsque j'ai rendu mon mémoire. On peut cependant relever qu'en 2010, alors que la DMS en court séjour gériatrique était de 17,9 jours en secteur 1 et de 17,7 jours en secteur 2, le déficit de ce service s'élevait à 599 051 euros. La DMS largement supérieure à la moyenne nationale explique en grande partie ce déficit puisque la rémunération du groupe homogène de séjour (GHS) n'est pas proportionnelle aux dépenses nécessaires pour prolonger le séjour au-delà d'une certaine durée.

J'ai alors émis trois hypothèses principales, dont j'ai pu constater, pour au moins deux d'entre elles, qu'elles étaient très proches de celles qu'avaient pu émettre d'autres élèves directeurs dans le cadre de leur stage et de leur mémoire²⁶ :

- une coordination insuffisamment formalisée entre les principaux acteurs du territoire de santé de proximité (TSP) nancéien accueillant des patients gériatriques : le CHU de Nancy, le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, la Maison hospitalière Saint-Charles, l'Office d'hygiène sociale (OHS) ;
- « la pluralité d'acteurs offre certes davantage de possibilités mais elle ajoute aussi à la complexité de la problématique de la prise en charge²⁷ » ;
- des axes d'amélioration possibles sur les pratiques au sein de la filière intra-CHU.

Plusieurs raisons m'ont guidé dans le choix de traiter cette thématique.

En premier lieu, au cours de mon stage d'immersion réalisé du 21 février au 29 avril 2011 au CHU de Nancy, j'avais passé trois jours, du 28 au 30 mars au sein des différents services du pôle GSP. J'y ai découvert la prise en charge gériatrique, qui m'a beaucoup intéressé.

La conférence donnée par Philippe VIGOUROUX, directeur général du CHU de Nancy à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) le 15 septembre 2011 sur « Les personnes âgées aux urgences aujourd'hui : quels défis ? Quels enjeux ? » m'a également mis sur la voie de ce mémoire.

Enfin, il s'agit d'un enjeu de société de plus en plus important : comme l'indique l'éditorial du schéma gérontologique départemental 2009-2013 du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, « la modification substantielle de la pyramide des âges qui découle de ces progrès [accroissement des niveaux de ressources, amélioration des conditions de vie, meilleur niveau de vie, avancées de la médecine] représente un phénomène sociétal inédit, posant un défi majeur à notre société en ce début de XXIème siècle : faire de l'augmentation du nombre de personnes âgées, non pas une charge comme elles sont encore trop souvent perçues, mais un levier de développement humain, de progrès social, d'essor économique et de vitalité culturelle²⁸. » On retrouve cette idée dans la lettre de mission en date du 24 septembre 2012 adressée par la ministre déléguée aux personnes

²⁶ Voir notamment TRIESTE P., 2009, *De la filière gériatrique intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le Centre hospitalier de Gonesse*, mémoire de l'EHESP.

²⁷ *Ibid.*, p.5.

²⁸ Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, *Schéma gérontologique départemental 2009-2013*, p.4.

âgées et à l'autonomie à Monsieur Luc BROUSSY, lorsqu'elle écrit qu' « il nous appartient de transformer les défis du vieillissement en autant d'opportunités²⁹. »

Ce sujet concerne également le métier de directeur d'hôpital au premier chef dans la mesure où il s'agit d'une patientèle importante et croissante, et donc un enjeu d'avenir pour les directeurs d'hôpital. 26,41% des séjours en hospitalisation complète du CHU de Nancy sont effectués par des patients de 75 ans et plus, et 6 551 personnes de + de 75 ans ont été admises aux urgences en 2011 sur 42 000 passages, soit 15% du total.

Il s'agit également d'un sujet tourné vers l'extérieur, qui implique de s'intéresser au parcours du patient et donc à travailler sur le décroisement des secteurs sanitaire, social et médico-social.

La dimension « parcours patient » est aujourd'hui de plus en plus importante, et pas seulement pour la filière gériatrique, et j'ai pris beaucoup de plaisir et d'intérêt à échanger avec des interlocuteurs variés - directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), personnels du Conseil général, membres de l'Agence régionale de santé (ARS), responsables de réseaux gérontologiques, etc. – dans le cadre de l'un de mes dossiers au CHU et pour la rédaction de mon mémoire. Ces échanges avec les partenaires seront très fréquents dans l'exercice de mon futur métier de directeur d'hôpital.

Enfin, c'est une filière qui peut économiquement être bénéficiaire si elle est bien organisée. Comme l'écrit Philippe VIGOUROUX dans La Croix du 23 avril 2012, « cette question de l'accueil des personnes gériatriques est d'abord médicale et éthique et cela suffirait à en faire une priorité dans chaque hôpital. Mais, sur le plan économique aussi, la personne âgée est une chance pour l'hôpital : elle représente une part croissante de sa patientèle, donc une source de développement et ceci même dans les régions à faible densité démographique où la part et le nombre de personnes âgées augmentent. Et les modalités de tarification sont telles que, dans un établissement bien organisé, la prise en charge de la personne âgée pour le temps strictement nécessaire aux soins rapporte à l'hôpital. Lorsque le médical, l'éthique et l'économique se rejoignent, toutes les raisons sont là pour qu'un hôpital fasse de la gériatrie un axe central de son projet d'avenir³⁰. »

En effet, baisser la durée moyenne de séjour en gériatrie aiguë et en SSR est à la fois dans l'intérêt des personnes âgées, pour qui, plus que pour les plus jeunes, l'hospitalisation est source de détérioration de leur état de santé (escarres, confusions et pertes de repères etc.) et de l'établissement qui, en baissant la DMS et en augmentant

²⁹ http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_mission_Luc_Broussy.pdf

³⁰ VIGOUROUX P., 23 avril 2012, « La personne âgée indésirable à l'hôpital ? », *La Croix*.

ainsi l'activité, voit ses recettes augmenter : cela est vrai aujourd'hui en court séjour gériatrique, cela sera vrai en SSR en 2016 avec le passage à la T2A.

Pour répondre à la problématique posée, je tente de démontrer que le développement de la filière gériatrique et la coordination des SSR, encadrés juridiquement et encouragés par les pouvoirs publics, constituent un enjeu majeur pour le CHU de Nancy et ses patients en Meurthe-et-Moselle sud **(1)**.

Les actions déjà menées et celles en cours pour améliorer la fluidité de la filière peuvent être étendues et complétées par la coordination territoriale en SSR en Meurthe-et-Moselle sud et la création d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité nancéien, en s'inspirant d'actions menées sur d'autres territoires **(2)**.

Le plan de mon mémoire tente de suivre la méthodologie adoptée et présentée ci-dessous.

Méthodologie

Pour réaliser mon mémoire, j'ai commencé par la lecture de nombreux documents internes à l'établissement (projet du pôle GSP 2010-2015 intégré dans le projet médical d'établissement 2011-2015, contrat du pôle GSP, bilan du contrat de pôle GSP à fin 2011 et avenant au contrat de pôle, conclusions de travaux menés par des cabinets de conseil etc.) pour comprendre la situation et les difficultés rencontrées par le pôle GSP.

Je me suis, en parallèle, documenté sur le cadre juridique en matière de gériatrie (filière gériatrique, coordination territoriale en SSR), sur les différents plans et rapports publiés au niveau national, et sur le contenu des documents d'animation-planification de l'ARS, notamment le projet régional de santé (PRS) 2012-2017 arrêté le 20 juillet 2012 et du Conseil général (schéma gérontologique départemental 2009-2013).

J'ai également participé à des réunions et conférences (*cf. annexe 1*) en lien avec mon sujet de mémoire, qui m'ont apporté des informations très utiles et m'ont permis d'approfondir ma connaissance du pôle GSP, de ses difficultés, des chantiers en cours et à mener.

J'ai ensuite réalisé des entretiens avec les différents acteurs internes au CHU (*cf. liste des entretiens réalisés en annexe 2 et grille d'entretien en annexe 3³¹*) pour recueillir leur ressenti et obtenir des explications sur la situation du pôle GSP, et notamment les DMS deux fois supérieures à la moyenne nationale en court séjour gériatrique et en SSR.

J'ai également rencontré les médecins chefs ou médecins coordonnateurs et directeurs des structures partenaires pour comprendre leurs difficultés et leurs attentes en termes de coordination territoriale.

J'ai enfin rencontré le médecin responsable du secteur personnes âgées au conseil général de Meurthe-et-Moselle et le directeur de l'offre de santé, de l'autonomie et de l'animation territoriale de l'ARS de Lorraine pour recueillir leur vision de l'organisation territoriale en gériatrie et obtenir des données chiffrées à un niveau infra-départemental pour pouvoir réaliser un diagnostic territorial.

³¹ Pour la rédaction de ma grille d'entretien, je me suis inspiré de celles de :

- BISSARDON C., 2011, *La place d'un établissement de santé référent et animateur de la filière gériatrique de territoire : l'exemple du Centre hospitalier de Montbrison*, mémoire de l'EHESP.

- et de ETCHETTO C., 2009, *La création d'une filière gériatrique au Centre hospitalier Saint Nicolas de Blaye. Vers une prise en charge globale qualitative et cohérente de la personne âgée sur le territoire de la Haute Gironde*, mémoire de l'EHESP.

Les questions que j'ai ajoutées sont surlignées.

J'ai, par la suite, réalisé un diagnostic territorial en Meurthe-et-Moselle sud puis plus spécifiquement sur le territoire de santé de proximité de Nancy pour objectiver la situation au regard des recommandations du rapport JEANDEL-VIGOUROUX-PFITZENMEYER en termes quantitatifs. Ce diagnostic territorial m'a permis de confirmer mes hypothèses et de tirer des conclusions en termes d'actions à réaliser, et notamment d'objectiver ce besoin de coordination structurée entre des acteurs qui ont déjà développé de fortes relations informelles.

J'ai également participé à deux réunions à l'ARS qui m'ont permis de comprendre la position de l'agence et de voir dans quelle mesure elle souhaitait s'impliquer dans les différents projets que constituent la coordination territoriale en SSR, la filière gériatrique et la filière personnes handicapées.

Enfin, la lecture des guides méthodologiques de l'ANAP sur les coopérations territoriales et des mémoires d'anciens élèves de l'EHESP sur la constitution de filières gériatriques m'ont permis de proposer à la directrice de la filière gériatrique et au chef du pôle GSP une méthodologie pour créer cette filière sur Nancy et sa couronne. La première réunion du Comité de pilotage (COPIL) filière gériatrique a eu lieu le 10 octobre 2012.

Je mentionnerai enfin ici que les travaux sur la création de la filière gériatrique ont commencé plus tard que prévu pour deux raisons.

En premier lieu, au regard des DMS longues en court séjour gériatrique et en SSR, le CHU de Nancy a voulu avec l'OHS agir vite et créer une fonction de médecin coordonnateur appartenant à une structure d'aval pour optimiser le processus de sortie. Pour structurer et pérenniser la coopération, et l'étendre ensuite à la Maison hospitalière Saint-Charles et au Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, il avait été décidé de créer un Groupement de coopération sanitaire (GCS) ou une association. J'avais ainsi, en mars, réalisé un tableau comparatif GCS-association puis rédigé, en mai-juin, avec la responsable du développement de l'OHS, le projet de convention constitutive du GCS (*cf. annexe 4*).

Nous avons pris le parti de rédiger une convention constitutive laissant la place à de nombreuses activités au sein du GCS, permettant peut-être également d'être le réceptacle juridique de la filière gériatrique.

Lors d'une réunion qui s'est tenue le 04 juin 2012 à l'ARS le directeur de l'offre de santé, de l'autonomie et de l'animation territoriale de l'ARS de Lorraine a fait part de son souhait de créer une animation-régulation des SSR, sous l'égide de l'ARS, avec la participation active des établissements de santé. Nous avons donc décidé de laisser en suspens le projet de GCS sous cette forme (GCS à 2, avec extension possible, avec comme point de départ la création d'un poste de médecin coordonnateur pour les lits d'aval), pour attendre

les propositions de l'ARS – qui devraient s'accompagner de reconversions de lits de MCO en lits de SSR dans certains établissements des territoires de santé de proximité voisins de celui de Nancy et sa couronne - et se consacrer à un projet de filière plus ambitieux, incluant d'emblée plus d'établissements.

C'est aussi lors de cette réunion du 04 juin, et c'est la deuxième raison pour laquelle le projet de filière a démarré plus tardivement que prévu, que l'ARS a annoncé qu'elle soutiendrait la démarche de constitution d'une filière gériatrique, une fois le PRS arrêté (ce qui a été le cas le 20 juillet 2012).

Le plan de mon mémoire suit la méthodologie adoptée :

- au sein d'une première partie de **cadrage et de diagnostic** (1), je réalise une
 - présentation du cadre juridique (1.1.1)
 - et des plans et programmes nationaux et régionaux (1.1.2) encourageant le développement des coopérations territoriales en matière de gériatrie au sein d'une première sous-partie ;
 - et une présentation des forces et faiblesses de la filière gériatrique intra-CHU (1.2.1)
 - et un diagnostic territorial (1.2.2) au sein d'une deuxième sous partie.
- Au sein d'une deuxième partie **présentant les actions menées ou en cours et préconisant celles à mener**, je présente
 - les actions menées sur la filière externe (2.1.1),
 - qui doivent être complétées par une amélioration des pratiques en interne (2.1.2) au sein d'une première sous-partie
 - tandis que je termine par des préconisations concernant les projets de coordination territoriale en SSR (2.2.1)
 - et de filière gériatrique (2.2.2) au sein d'une deuxième sous-partie,

avant de conclure sur la possible création, en parallèle de la filière gériatrique, d'une filière personnes handicapées matérialisée par des conventions entre les hôpitaux (et notamment le CHU de Nancy) et des structures type Foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou Maison d'accueil spécialisée (MAS).

PREMIERE PARTIE : CADRAGE ET DIAGNOSTIC

1 Encadrés juridiquement et encouragés par les pouvoirs publics, le développement de la filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité de Nancy et la coordination des SSR en Meurthe-et-Moselle sud constituent un enjeu majeur pour le CHU de Nancy et ses patients.

1.1 Le développement des filières gériatriques et la coordination des SSR sont encadrés juridiquement et encouragés par les pouvoirs publics dans un souci de qualité de prise en charge du patient gériatrique

1.1.1 Le dispositif juridique explicite la notion de filière gériatrique, qui « ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent » et invite également à développer la mise en place de coordinations des SSR

A) Le dispositif juridique relatif à la filière gériatrique

La notion de filière gériatrique est définie dans la circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, qui « permet à chacun de se rappeler que le centre du monde sanitaire n'est pas le professionnel de santé, ou l'institution de santé (l'hôpital), dont le souci essentiel serait de bien fonctionner³² (...) [mais] chaque personne malade, dont la prise en soins doit être organisée de façon coordonnée³³ », et dans la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Selon la circulaire du 28 mars 2007, « la filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en

³² LUCAS P., 2004, « Les filières de soins gériatriques hospitalières (circulaire du 18 mars 2002) : commentaires d'un directeur d'hôpital », in *Livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, p.160.

³³ *Ibid.*, p.162.

tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées », incluant les soins palliatifs et la prise en charge des problèmes psychogériatriques³⁴ et oncologiques.

Elle « doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique (...)

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale. Ces prises en charge sont assurées en consultations, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue suivant qu'il s'agit d'une situation clinique aiguë relevant d'un bilan court programmable et d'une réinsertion rapide ou bien d'une situation clinique aiguë nécessitant un bilan approfondi ou une réadaptation, voire une institutionnalisation,
- d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée,
- d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance,
- d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré-hospitalisation. »

La filière doit ainsi pouvoir assurer les hospitalisations non programmables et programmables, ainsi que les bilans à froid.

³⁴ « Un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques montrait, en mai 2006, que :

- 4 à 5 % des personnes âgées de plus de 75 ans souffrent de pathologies psychiatriques,
- 35 à 40% des plus de 75 ans présentent une souffrance psychologique.

(...)

Concernant les personnes âgées vivant en institutions sanitaires ou médicosociales, dont 85 % présenteraient une affection neuropsychiatrique, trois types d'affections sont reconnus :

- syndrome démentiel : 33 % des personnes sont atteintes (environ 212 000 personnes). Cette proportion atteint 64 % en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- états dépressifs : 33 % des personnes sont atteintes, avec une fréquence d'idées suicidaires cinq fois plus élevée que la moyenne ;
- troubles du comportement : 28% des personnes sont atteintes. Ces troubles sont considérés comme graves dans un quart des cas. Ils touchent plus fréquemment les résidents en USLD (48 %) que ceux des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (28 %) ou des foyers-logements (20 %). »

LUSSIER M.-D., PACCALIN M., PORCHERON J.-B. et al., mars-avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue Hospitalière de France (RHF)*, n°526, p.30.

« Outre ces missions, une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées.

Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement.

Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif. »

Après avoir défini la notion de filière gériatrique et déterminé ses objectifs dans le corps du texte et en annexe 1, la circulaire s'attache, dans les annexes 2 à 5, à préciser les missions et la place dans la filière de chacun des maillons : le court séjour gériatrique ; l'équipe mobile gériatrique ; l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique ; les soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance. Ces annexes contiennent également des recommandations en matière d'implantation, de moyens de fonctionnement et d'indicateurs de suivi.

L'annexe 6 est une convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Ainsi, la filière gériatrique, en associant les différents acteurs de la prise en charge gériatrique sur un territoire défini, en posant le principe d'un établissement support (établissement comportant le court séjour gériatrique et des urgences), en formalisant cette association dans une charte ou une convention et en prévoyant la mise en place d'une coordination médicale par un gériatre et une coordination administrative, doit permettre d'améliorer la fluidité du parcours du patient gériatrique et d'assurer le bon soin au bon patient au bon moment. Cette convention doit d'ailleurs préciser notamment « les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques, les délais cibles en termes de prise en charge, les procédures de transfert ». Pour fonctionner efficacement, une

filière gériatrique peut également s'appuyer sur les moyens technologiques (plate-forme d'échange de données sur les patients ; interfaçage des systèmes d'information des différents acteurs ; techno-gérontologie) etc.

En synthèse, comme l'indique très clairement la circulaire du 28 mars 2007 dans son annexe 1, « la filière gériatrique ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent. »

Il en va de même pour les structures de SSR entre elles : leur coexistence non régulée étant source de blocage de la filière, les pouvoirs publics ont mis en avant la nécessaire coordination territoriale en SSR qui, si elle doit être impulsée et animée par les agences régionales de santé, doit être promue par les établissements de la filière, tant le nombre de lits de SSR de la structure qui dispose du court séjour gériatrique peut être faible.

B) Le dispositif juridique relatif aux coordinations territoriales en SSR

La circulaire n° DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation promeut la mise en place de coordinations en SSR. Ainsi, « compte tenu de la diversité des prises en charge en SSR, de la nécessité d'avoir une lisibilité précise de l'offre pour améliorer la fluidité et la pertinence de la prise en charge des patients, il est indispensable d'organiser des coordinations territoriales de l'offre de soins en SSR. Ces coordinations doivent permettre le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et de SSR³⁵.

Ces coordinations doivent jouer un rôle d'animation du réseau (quelle que soit sa formalisation) réunissant les professionnels concernés et qui en assurent le pilotage. »

L'annexe 2 de la circulaire précitée, dont le contenu est retranscrit ci-dessous dans sa quasi-intégralité, donne des précisions sur ces coordinations.

« Pour développer une plus grande efficacité à la fois dans l'organisation territoriale, les filières et les flux des patients, l'adéquation des orientations et les articulations avec les autres secteurs, il est très souhaitable de favoriser la mise en place de coordinations des SSR sur des territoires identifiés. Cela permettra d'éviter que chaque établissement ou service de SSR ait à répondre, isolément, à l'ensemble des enjeux d'une coordination avec tous les acteurs d'un territoire.

Ces coordinations ont pour missions :

- d'aider à recenser et référencer l'offre de SSR accessible à partir d'un territoire donné, d'identifier les besoins et les lacunes, de rendre lisible le fonctionnement de filières de prise en charge, de contribuer à l'élaboration des projets médicaux

³⁵ Souligné par nous.

de territoire et au suivi de la réalisation du schéma régional d'organisation des soins (SROS), de favoriser les échanges et la communication interétablissements et services entre professionnels des SSR pour construire une dynamique de réseau ;

- de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR, d'animer le réseau ainsi constitué, de développer les outils et supports de transmission et d'échanges (fiches d'admission communes, supports informatiques, site internet, ...) d'être force d'appui, d'expertise et de conseil auprès des services d'amont, de faciliter la souplesse des interventions des professionnels pour répondre à des besoins ponctuels, d'être force de proposition pour mettre en place des réponses adaptées aux besoins sur le plan sanitaire ;
- d'être l'interlocuteur privilégié des dispositifs et acteurs des secteurs d'aval (personnes âgées, personnes handicapées, enfance, médecine de ville, services de soins à domicile, associations...) pour faire part des besoins issus de la sortie des personnes de SSR et contribuer à la mise en place de réponses adaptées sur le plan social et médico-social.

(...) Ces coordinations reposent sur la mise en place d'un dispositif léger. Elles peuvent s'appuyer sur un organisateur formé aux techniques d'analyse de données, au management des équipes et apte à animer la conception et la mise en œuvre d'une politique en SSR conforme au SROS. Les coordinations des SSR ont ainsi été développées en région Rhône-Alpes.

La mise en place d'outils web est recommandée pour aider les établissements MCO et SSR dans leur travail d'orientation et de transfert d'un patient dans la structure de SSR la plus adaptée à son projet de rééducation et réadaptation. Cet outil doit offrir les services suivants : standardisation des demandes ; annuaire des structures SSR ; aide au choix de la structure SSR la plus appropriée ; le recours à la télématique ; la proposition de réseaux. »

La mise en place de la coordination territoriale en SSR constitue un enjeu majeur pour le pôle GSP du CHU de Nancy, dans la mesure où il dispose, si l'on retranche les lits d'UCC (11), de moins de lits de SSR (33) que de lits de court séjour gériatrique (40, auquel il convient d'ajouter 7 lits de surveillance continue et 12 lits de PUOG, soit un total de 59).

L'ARS de Lorraine souhaite mettre en place une coordination territoriale en SSR. L'un des objectifs fixés dans le volet SSR du SROS-PRS de l'ARS Lorraine est l'amélioration de l'accès des patients aux SSR, avec pour ce faire le déploiement d'une plateforme régionale d'admission grâce au logiciel Imad (équivalent du logiciel Trajectoire) développé par le GCS Télésanté Lorraine.

De façon plus générale, le développement des filières gériatriques, des coordinations territoriales en SSR et des coopérations dans leur ensemble sont promues tant dans les rapports nationaux que dans les documents de planification et d'animation régionaux et départementaux.

1.1.2 Les pouvoirs publics encouragent le développement des filières gériatriques et des coopérations territoriales pour fluidifier le parcours du patient gériatrique.

A) Au niveau national

❖ Le rapport JEANDEL – PFITZENMEYER - VIGOUROUX³⁶

A l'origine du plan solidarité grand âge puis des circulaires de 2007, le rapport, remis au Ministre de la santé en avril 2006 fixe 5 objectifs³⁷, formule 20 recommandations et propose 45 mesures « pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. »

Les recommandations sont assorties d'un chiffrage des besoins sur un territoire, fort utile lorsqu'il s'agit de réaliser le diagnostic territorial préalable à la mise en place d'une filière gériatrique (cf. *infra*).

❖ Le Plan solidarité grand âge³⁸

Le Plan solidarité grand âge déploie « une réforme en cinq grands axes³⁹. » Le troisième axe, intitulé « Adapter l'hôpital aux personnes âgées », insiste sur la nécessité

³⁶ *Op. cit.*

³⁷ « Objectif n° 1 : créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences ;

Objectif n° 2 : faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique ;

Objectif n° 3 : prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques ;

Objectif n° 4 : développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient ;

Objectif n° 5 : disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique. »

³⁸ *Plan Solidarité – grand âge* présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2006, 39 p.

³⁹ « 1/ Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux ; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite ;

2/ Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.

3/ Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite ;

4/ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance, afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance ;

5/ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention. »

d' « organiser dans chaque territoire de santé une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés », de « créer le nombre de places nécessaires » en court séjour gériatrique, en SSR, en EMLG et en HDJ, en retenant, pour le nombre de lits de court séjour gériatrique et de SSR la borne basse proposée par le rapport JEANDEL-PFITZENMEYER-VIGOUROUX (1 lit de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans, 3 lits pour 1 000 habitants de plus de 75 ans en SSR). Les dernières mesures de ce troisième axe portent sur la labellisation des filières gériatriques par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et le recrutement et la formation des personnels nécessaires.

Le plan Alzheimer 2008-2012, et les circulaires⁴⁰ en découlant, en prévoyant notamment la création de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), d'UCC, d'UHR et de Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), complète utilement les préconisations du rapport JEANDEL-PFITZENMEYER-VIGOUROUX, qui mentionne la nécessité d'inclure la gérontopsychiatrie dans la filière.

- ❖ Le rapport du Centre d'analyse stratégique (CAS), « Vivre ensemble plus longtemps, Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française »

Virginie GIMBERT, dans le chapitre 7 du rapport du CAS, intitulé « le système de santé face au défi du vieillissement⁴¹ », après avoir analysé le lien entre vieillissement et dépenses de soins, écrit que « le système de soins pourrait être mieux adapté aux besoins spécifiques des personnes âgées et préconise la mise en place de « parcours de soins coordonnés », qui passe par le « décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social ». Elle propose ainsi de renforcer les maisons de santé, de développer de manière accrue l'HAD et la télémédecine et de « développer les contractualisations entre les différents acteurs clés de la prise en charge des personnes âgées (EHPAD, hôpitaux, médecins traitants, etc.). »

Rappelant et synthétisant les différents rapports et plans de 2006 à début 2011, François PIETTE et Jean-Pierre AQUINO écrivent ainsi qu' « une perspective pertinente relative à l'évolution des organisations se dessine : de la juxtaposition des services, à leur coordination et à leur intégration⁴² ».

⁴⁰ Circulaire N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012.

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

⁴¹ GIMBERT V., Le système de santé face au défi du vieillissement », in GIMBERT V., GODOT C., CAS, 2010, *Vivre ensemble plus longtemps, Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*, pp. 188-200.

⁴² AQUINO J.-P., PIETTE F., *Op. cit.*, p.68.

- ❖ Le rapport IGAS de juin 2011, « L'Impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge⁴³. »

« L'enquête menée par l'IGAS sur « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » montre qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permet d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées » : diminution de la DMS, diminution du nombre de passage aux urgences des plus de 75 ans, etc. Parmi les 13 recommandations formulées par l'IGAS, on retiendra principalement pour notre étude le développement des filières gériatriques, que les ARS doivent piloter et animer, « l'inscription dans le projet d'établissement de la participation aux coordinations gérontologiques locales », « la création d'une équipe mobile dans chaque centre hospitalier disposant d'un court séjour gériatrique », « l'intégration des EHPAD parmi les éléments constitutifs d'une filière gériatrique ouverte au médico-social », « le développement de la télésanté, de la télémédecine entre hôpitaux et EHPAD et de la domotique au domicile des personnes âgées », « la poursuite et l'accélération de la mise en œuvre du programme de recrutement et de formation des gestionnaires de cas » et l'élargissement de leur action aux personnes âgées les plus fragiles, la « mise en place d'une permanence téléphonique de jour réservée aux médecins traitants et coordonnateurs d'EHPAD dans chaque filière de soins gériatriques », la « concentration de l'offre d'hébergement temporaire sur un nombre d'EHPAD défini dans chaque territoire de santé » et la « formation des responsables d'EHPAD à la gestion du dispositif d'hébergement temporaire. »

- ❖ Les travaux et guides méthodologiques de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)

L'ANAP joue également un rôle important dans l'aide au développement des filières gériatriques, en proposant un « guide méthodologique des coopérations territoriales », composé de quatre volumes et deux annexes⁴⁴, un guide intitulé « les parcours de personnes âgées sur un territoire⁴⁵ », proposant notamment des retours d'expériences et un guide spécifique dédié aux coopérations dans le secteur médico-social⁴⁶.

⁴³ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., *op.cit.*

⁴⁴ ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*. Le volume 1 « présente ce que sont, selon l'ANAP, les préalables à une action de coopération et décrit une méthode de conduite de projets adaptée aux projets de coopération. » Le volume 2 « présente dans le détail les dix-sept formes juridiques de coopération ». Le volume 3 « regroupe diverses notes relatives aux thématiques sollicitées lors de la mise en œuvre des coopérations ». Le volume 4 « regroupe différents supports ayant été utilisés par des acteurs de santé lors de la mise en place d'une coopération : protocoles d'accord, modèles de convention, statuts d'association, etc. » L'annexe 1 « est dédiée à la présentation de vingt monographies pilotées par l'ANAP sur des thématiques différentes », tandis que l'annexe 2 présente « quelques notes de cadrage stratégique. »

⁴⁵ ANAP, août 2011, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire, Retours d'expérience*.

⁴⁶ ANAP, avril 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique*.

- ❖ Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) « Assurance maladie et perte d'autonomie » de juin 2011

Ce rapport, adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011, s'inscrit dans la lignée du rapport d'avril 2010 intitulé « Vieillesse, longévité et assurance maladie », sur lequel l'IGAS, dans le rapport précité, s'appuie. Dans son rapport de juin 2011, « le HCAAM préconise que toute politique publique d'aide à l'autonomie des personnes âgées cherche à améliorer la continuité de leur trajet de santé⁴⁷ ».

« Pour enclencher ce processus complexe et en éclairer le chemin, le HCAAM recommande d'engager sans délai une démarche de préfiguration, reposant sur quelques dizaines de « projets-pilotes » animés au niveau national et mis en œuvre par les ARS, destinés à démontrer, sur quelques thématiques exemplaires et prioritaires (amélioration des sorties d'hôpital, coordination en médecine ambulatoire, recueils partagés d'indicateurs de pratique clinique et sociale ...) qu'un emploi plus efficient de l'argent public est possible, dans l'intérêt des usagers et du système soignant dans son ensemble, en direction de l'accompagnement ambulatoire, du soin d'entretien et de l'aide sociale à domicile⁴⁸. » Suite à ce rapport et à l'avis du HCAAM en date du 22 mars 2012 « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », un comité de pilotage a été mis en place, présidé par Dominique LIBAULT, composé de quatre ateliers de travail⁴⁹, et sept ARS ont été retenues pour les projets expérimentaux dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2012⁵⁰, dont l'ARS de Lorraine.

B) Au niveau de l'ARS de Lorraine et du Conseil général de Meurthe-et-Moselle

- ❖ Au niveau de l'ARS de Lorraine

Le PRS 2012-2017 de l'ARS de Lorraine, adopté le 20 juillet 2012, contient des dispositions visant au développement des filières gériatriques et des coordinations territoriales en SSR.

⁴⁷ HCAAM, juin 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie*, p.61.

⁴⁸ *Ibid.*, p.89.

⁴⁹ « Atelier 1 : Le recueil et l'exploitation de données cliniques par les professionnels de premier recours

Atelier 2 : coopération et coordination entre professionnels de santé, professionnels du secteur social autour du parcours de personnes en perte d'autonomie hors hospitalisation

Atelier 3 : optimiser les modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées en perte d'autonomie et faciliter les sorties d'hospitalisation Ce module s'appuiera sur les expérimentations article 70.

Atelier 4 : Prévoir les objectifs et les conditions d'évaluation des projets pilotes ».

⁵⁰ Le PLFSS 2013 « prévoit de nouvelles expérimentations visant, sur cinq ans, à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

« PLFSS 2013 : de nouvelles expérimentations sur le "parcours de santé" des personnes âgées », 02 octobre 2012, Agence de Presse Médicale (APM).

En effet, la troisième des quatre priorités du Plan stratégique régional de santé (PSRS) Lorraine s'intitule « Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap », le diagnostic régional faisant état de filières de soins gériatriques restant à développer et à optimiser sur certains territoires (70% des séjours de médecine concernent des personnes âgées de plus de 75 ans). C'est la raison pour laquelle l'objectif numéro 8 du PSRS est de « favoriser la fluidité du parcours de santé de la personne en tenant compte de sa situation », avec parmi ses objectifs spécifiques l'objectif spécifique 8-2 « améliorer les coordinations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social ».

En outre, la quatrième priorité du PSRS s'intitule « Promouvoir une organisation régionale de santé de qualité et efficiente », qui comprend notamment l'objectif général numéro 11 « améliorer le parcours de santé et de vie des personnes » avec un objectif spécifique 11-2 visant à « développer les filières de prise en charge. »

L'un des objectifs fixés dans le volet SSR du SROS-PRS de l'ARS Lorraine est l'amélioration de l'accès des patients aux SSR, avec pour ce faire le déploiement d'une plateforme régionale d'admission grâce au logiciel Imad (équivalent du logiciel Trajectoire), tandis que le volet HAD du SROS-PRS insiste sur le nécessaire développement de l'HAD en EHPAD, encore trop peu utilisée en Lorraine.

Le SROMS, pour sa part, insiste sur la nécessité d'améliorer la connaissance des besoins (« évaluation du nombre de personnes en attente d'un dispositif de prise en charge adapté à son état ») et de l'offre, d'« améliorer le maintien et l'accompagnement à domicile lors de l'avancée en âge dans le respect du projet de vie », d'« améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées vieillissantes », d'« organiser une offre graduée et de proximité adaptée à chaque situation », de « préparer l'EHPAD de demain », d'« adapter l'offre sanitaire à destination des personnes âgées, de « développer la télémédecine dans le champ médico-social », de « décloisonner les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social », d'« améliorer la coordination et la réactivité en cas d'hospitalisation », de « développer les interfaces entre les dispositifs » et de « développer et renforcer la coopération entre le secteur médico-social et la psychiatrie. »

L'ARS de Lorraine fait également partie des sept ARS retenues pour les projets expérimentaux dans le cadre de l'article 70 de la LFSS 2012 », suite au rapport du HCAAM « Assurance maladie et perte d'autonomie » de juin 2011 et à son avis du 22 mars 2012 (cf. *supra* pour une présentation des préconisations de ce rapport). Elle a, au début du mois de juin 2012, retenu un projet animé par trois réseaux gérontologiques, en lien avec le Collège des gériatres lorrains : l'un implanté à Toul (Resapeg), l'autre implanté à Nancy (réseau Gérard Cuny) et le troisième à Bar-le-Duc. Ce projet vise à

« mieux outiller les acteurs du premier recours (médecins traitants et services d'urgence pour essayer de prévenir des hospitalisations évitables » et à « préparer le plus en amont possible la sortie de l'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et les suites d'une hospitalisation (contribuer à la fluidité de la prise en charge entre le séjour hospitalier et le retour à domicile)⁵¹ ». Dans ce cadre, l'ARS de Lorraine a également créé en son sein une « cellule parcours de soins. »

Enfin, lorsque le chef du pôle GSP, la directrice de la filière gériatrique et moi sommes allés à l'ARS le 04 juin présenter les difficultés d'aval du CHU, trois décisions ont été prises par l'ARS :

En premier lieu, la mise en place, sous l'égide de l'ARS, d'un groupe de travail rassemblant les SSR et l'HAD pour faire émerger une coordination médicale destinée à fluidifier le passage court séjour – SSR et à tirer pleinement profit d'Imad. L'analyse des ressources disponibles et des besoins constitue une étape préalable indispensable, et pourrait se poursuivre par des reconversions de lits de MCO en lits de SSR dans certains établissements des territoires de santé de proximité voisins de celui de Nancy et sa couronne.

En deuxième lieu, en ce qui concerne le projet de filière gériatrique, il devra être porté par le CHU de Nancy, l'OHS, la Maison hospitalière Saint-Charles et le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port avec l'appui d'une expertise extérieure – un gériatre d'une autre région. L'ARS soutiendra la démarche et sera invitée aux travaux mais elle ne pilotera pas le projet, qui, selon elle, relève des établissements. A mon sens, ce projet aurait pu trouver sa place dans le programme territorial de santé (ex-projet médical de territoire), comme cela a été le cas en région parisienne (à Versailles et Rambouillet notamment⁵²) : cela aurait permis de créer plusieurs filières de proximité (une sur chaque TSP par exemple) tout en garantissant une cohérence d'ensemble et en développant des partenariats sur le territoire de santé (le département)⁵³. Cela aurait été en outre conforme à la troisième recommandation de l'IGAS dans son rapport sur l'impact des modes

⁵¹ Projet d'expérimentation en application de l'article 70 de la LFSS 2012. Dossier de candidature.

⁵² BURNIER A., 2008, *Humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière gériatrique versaillaise*, Directeur d'établissement sanitaire et social, mémoire de l'EHESP.

CORNEFERT B., 2009, *Le Territoire en santé, un élément déterminant d'une prise en charge optimale de la personne âgée : l'exemple de Rambouillet*, mémoire de l'EHESP.

Ils mentionnent tous deux le document de l'ARH d'Ile-de-France « Projet médical de territoire, Filières de soins gériatriques, territoire du 78-1. »

⁵³ En Rhône-Alpes, la cohérence de l'ensemble des filières a été pensée au niveau régional, « l'articulation des différents maillons de la prise en charge des personnes âgées s'organis[ant] par la constitution de 30 territoires de filières gérontologiques couvrant les cinq territoires de santé ». « Rhône-Alpes : une astreinte téléphonique gériatrique sera mise en place », 8 octobre 2012 », APM.

d'organisation sur la prise en charge du grand âge, visant à « confier aux ARS le pilotage et l'animation de proximité des filières gériatriques⁵⁴. »

En troisième lieu, concernant les patients à la DMS supérieure à 30 jours et médicalement sortants, si l'ARS n'a pas l'autorité pour faire admettre dans une structure SSR ou une structure médico-sociale une personne dont la situation est complexe, il est possible de solliciter une éventuelle médiation par l'ARS de manière exceptionnelle dans des cas où une interface spécifique serait nécessaire entre le CHU et la structure receveuse déjà identifiée. L'enjeu étant d'aboutir via la coordination à un pilotage médical reconnu qui fasse autorité. Sur ce dernier point, la situation a évolué lors d'une réunion le 12 juillet (cf. *infra*) et un projet de filière personnes handicapées est en cours, devant impliquer également le Conseil général.

❖ Le schéma gérontologique départemental 2009-2013 du Conseil général de Meurthe-et-Moselle

Le schéma gérontologique départemental 2009-2013 du Conseil général de Meurthe-et-Moselle contient des dispositions visant à améliorer la fluidité du parcours du patient gériatrique – les « actions » numéros 1, 2, 12, 15, 16 et 17.

L'action numéro 1 consiste à « permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à l'ensemble des prestations et services d'un territoire quelle qu'en soit la porte d'entrée » et de « proposer une articulation judicieuse et complémentaire entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, à formaliser par une convention sur chaque territoire » ; l'action numéro 2 vise à augmenter les places de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ; l'action numéro 12 vise à « permettre aux personnes âgées et à leurs familles d'aborder plus sereinement l'entrée en établissement », et donc à faciliter l'entrée en EHPAD. Pour cela, le Conseil général a mis en place un outil territorial de suivi des listes d'attente en EHPAD « en temps réel », d'abord sur format papier sur le territoire de Briey, puis désormais grâce à un logiciel sur les territoires de Briey et de Longwy. Ce logiciel permet une meilleure réponse aux besoins qualitatifs et quantitatifs en matière d'hébergement, une information plus fiable, en temps réel et plus complète sur les places en EHPAD. En permettant au Conseil général et à ses Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) de disposer d'un « observatoire des demandes en EHPAD (nombre de demandes en attente, délais d'attente, provenance géographique, motif

⁵⁴ « Initiée le plus souvent par un professionnel de santé, la filière gagnerait à être impulsée et suivie par un chef de projet clairement identifiée au sein de l'ARS ou dans chacune de ses délégations territoriales, en évitant que l'organisation « prime » sur le projet. »
FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., IGAS, *Op. cit.*, p.49.

d'entrée...) »⁵⁵, ce logiciel est une aide à la régulation et à la mise en œuvre d'une politique territoriale adaptée aux besoins des personnes âgées. Une extension du dispositif à l'ensemble de la Meurthe-et-Moselle est prévue.

On relèvera cependant que ce logiciel ne permet pas aux familles ou aux centres hospitaliers de formuler la demande de places en EHPAD via ce logiciel, à la différence du logiciel Imad pour les demandes de SSR. Une autre limite réside dans la réticence des EHPAD à communiquer leurs lits disponibles (Imad ne contient pas non plus d'item sur les lits disponibles en SSR) ; l'action numéro 15 vise à « conforter et faire évoluer les modes alternatifs [au « tout domicile » ou « tout établissement »] existants et à « s'ouvrir à d'autres dispositifs innovants » de prise en charge ; l'action numéro 16 vise à « poursuivre le rééquilibrage de la capacité d'accueil en hébergement sur tous les territoires » et à « donner la priorité à la création de places en unité Alzheimer au sein d'établissements existants ». Enfin, l'action numéro 17 met en avant la nécessité de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de certains types de personnes âgées : personnes handicapées vieillissantes, travailleurs migrants etc.

Ces différentes actions, proposées dans les rapports nationaux, et déclinées dans les documents régionaux et départementaux constituent des enjeux majeurs pour le CHU de Nancy et ses patients au regard des difficultés rencontrées et des caractéristiques du TSP.

1.2 Les difficultés rencontrées par la filière gériatrique du CHU de Nancy nécessitent le développement de coopérations en Meurthe-et-Moselle sud.

1.2.1 Le CHU de Nancy, qui dispose d'une filière gériatrique interne complète, connaît pourtant des difficultés d'aval importantes...

- A) La filière interne du CHU de Nancy comprend l'ensemble des maillons au sens de la circulaire du 28 mars 2007

La filière gériatrique interne du CHU de Nancy constitue un pôle, au sens de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Elle comprend l'ensemble des maillons d'une filière gériatrique au sens de la circulaire du 28 mars 2007. Comme il est indiqué dans le projet médical 2010-2015 du pôle GSP, « notre pôle se situe dans le service public hospitalier et accueille dans les deux spécialités qui le structurent des publics en état de fragilité, que ce soient des personnes âgées, des personnes en fin

⁵⁵ STRYJSKI M., COLLIGNON C. (Direction Personnes âgées – Personnes Handicapées du Conseil Général 54) et BREDEL C. (société AGAPE), 2011, *PowerPoint de présentation de l'outil*.

de vie, des patients qui abordent l'hôpital par l'arrivée aux urgences, des patients porteurs de pathologies chroniques complexes... L'objectif central de notre projet est donc d'offrir un égal accès à des soins de qualité à ces publics en fragilité, en valorisant nos spécificités de prise en charge : prise en charge holistique, réflexion éthique et travail d'équipe, développement d'un haut niveau de compétence et de techniques de prise en charge innovantes, souci permanent des dimensions qualité et bienveillance et enfin, souci des dimensions d'organisation rationnelle et d'efficacité. »

❖ Le court séjour gériatrique

Au CHU de Nancy, il se compose de deux secteurs de 20 lits chacun. Les principaux motifs d'hospitalisation sont les chutes, les décompensations cardiaques, les problèmes infectieux avec décompensation respiratoire, l'altération de l'état général souvent lié à un cancer, et l'aggravation de maladies cardio-vasculaires.

En secteur 1, 361 entrées ont été réalisées en 2011, et la DMS s'est élevée à 20,3 jours, pour un taux d'occupation de 100,6%. En secteur 2, 371 entrées ont été réalisées en 2011, et la DMS s'est élevée à 19,5 jours pour un taux d'occupation de 99,3%. L'âge moyen est, pour les deux secteurs, de 85,4 ans. Plus de 35% des patients sont mutés ou transférés en SSR (*cf. annexe 5 Statistiques d'entrées et sorties des patients de court séjour gériatrique - secteur 1 et secteur 2 - et de la PUOG⁵⁶.*)

❖ La surveillance continue

Cette unité comprend 7 lits et a totalisé 207 entrées en 2011, pour un taux d'occupation de 98,7% en 2011. Elle accueille des patients qui ont besoin d'une surveillance rapprochée. La durée moyenne de séjour en 2011 était de 12,2 jours.

❖ L'hôpital de jour gériatrique, la consultation gériatrique et la consultation mémoire

L'hôpital de jour gériatrique du CHU de Nancy comprend 5 places et a enregistré 753 venues en 2011, en hausse de 27,2% par rapport à 2010.

⁵⁶ Le « total » inscrit dans les tableaux extraits de PMSI Pilot et insérés en annexe 5 est légèrement supérieur au nombre d'entrées. Cela s'explique par le fait que PMSI Pilot comptabilise le nombre de séjours par résumé d'unité médicale (RUM), là où la Direction du contrôle de gestion et de la contractualisation (source utilisée dans mon mémoire pour indiquer le nombre d'entrées) comptabilise le nombre d'entrées totales (entrées directes et entrées par mutation).

69 consultations d'onco-gériatrie ont été données en 2011. Seulement 239 consultations gériatriques « générales » ont été données en 2011, en baisse de 29,5%. Ceci est à mettre en regard de l'augmentation de l'activité d'HDJ et de la consultation mémoire⁵⁷.

838 consultations mémoire ont été données en 2011, en hausse de 24,3% par rapport à 2010.

❖ L'unité de post-urgences d'orientation gériatrique

Ouverte le 6 décembre 2010, l'unité de PUOG a été créée à partir des expériences menées à Limoges, Lyon et Toulouse. Les motivations qui ont présidé à la création de la PUOG sont de trois ordres : « une affluence importante des personnes âgées aux urgences du CHU de Nancy ; une réduction de 12 lits des capacités d'hébergement des services de médecine qui accueille traditionnellement ce type de patients (maladies infectieuses et tropicales ; dermatologie) dans le cadre de l'emménagement dans le bâtiment Philippe Canton ; un taux d'occupation maximal des services de court séjour gériatrique⁵⁸ ». Son objectif est « la prise en charge rapide et spécialisée gériatrie et gérontologie des personnes de plus de soixante-quinze ans polypathologiques et fragiles qui arrivent aux urgences de l'hôpital [54,48% des patients de la PUOG viennent du SAU et 34,1% d'UHCD, cf. *statistiques des entrées et sorties reproduites en annexe 5*] et qui nécessitent une hospitalisation courte afin de faire une première évaluation globale⁵⁹ ». Pour être admis à la PUOG, le patient doit avoir été vu par l'EMLG durant les jours ouvrables et sur les créneaux d'activités de l'EMLG ; en dehors des temps de présence de l'EMLG, l'admission à la PUOG s'effectue après accord du médecin senior d'astreinte du service de gériatrie.

En synthèse, les patients admis à la PUOG sont donc des « patients âgés de plus de 75 ans, admis au service des urgences prioritairement », ayant eu « une évaluation gérontologique globale par l'EMLG ou un accord du senior d'astreinte en gériatrie, en concertation avec le médecin urgentiste », « nécessitant une hospitalisation courte, d'une durée de moins de 5 jours (recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le post-urgences polyvalent⁶⁰). » Ces patients sont « polypathologiques », en « rupture d'autonomie débutante » et nécessitent « un diagnostic rapide et un traitement court avec relais possible rapide en extrahospitalier⁶¹. » Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les chutes, l'hyperthermie, l'altération de l'état général, l'anémie, la

⁵⁷ La directrice de la filière gériatrique pense également que certaines consultations ont été mal identifiées, certaines consultations générales ayant été comptabilisées comme des consultations mémoire.

⁵⁸ PowerPoint de présentation du projet de PUOG, 2010.

⁵⁹ VERGER L., mai-juin 2011, « Prise en charge gériatrique au CHU de Nancy. Equipe mobile et unité de post urgences », *Techniques Hospitalières*, n°727, p.26.

⁶⁰ PowerPoint de présentation du projet de PUOG, 2010.

⁶¹ *Ibid.*

dyspnée, les infections urinaires, les infections respiratoires, les accidents ischémiques transitoires. Pour garantir une DMS courte, la PUOG dispose d'un accès privilégié à l'imagerie.

L'unité comprend 12 lits et a réalisé 638 entrées en PUOG en 2011. Son taux d'occupation est de 93,1% et sa DMS de 6,3 jours. Cette unité pourra également servir pour l'hospitalisation de semaine de certains résidents des EHPAD avec lesquels le CHU a conventionné (cf. *infra*), résidents nécessitant par exemple une coloscopie, et pour lesquels il est ainsi possible de programmer une hospitalisation courte en PUOG.

❖ L'équipe mobile de liaison gériatrique

L'EMLG du CHU de Nancy existe depuis 2002 : elle était alors composée uniquement de l'actuel médecin responsable, à hauteur de 0,8 ETP, qui s'est vu en 2003 adjoindre une infirmière diplômée d'Etat (IDE) à mi-temps, une secrétaire à mi-temps et une assistante sociale à mi-temps. L'EMLG n'intervenait à l'origine que dans les services ; elle intervient au SAU depuis 2007, de 09H à 17H30. L'EMLG est désormais composée de deux médecins (0,8 + 0,5 ETP, soit 1,3 ETP), deux infirmières, deux secrétaires à mi-temps et d'un psychologue à mi-temps. L'EMLG n'a pas d'assistant social dans son équipe, mais sollicite les assistants sociaux du SAU, des services de gériatrie et des autres spécialités. Elle est intervenue 1613 fois en 2011 : 1036 fois aux urgences, principalement pour des patients confus, avec troubles des fonctions supérieures et du comportement, des patients qui chutent, une altération de l'état général, etc. et 577 fois dans les services, essentiellement en endocrinologie, maladies infectieuses, dermatologie et médecine interne.

Aux urgences, cinq critères d'alerte justifiant l'intervention de l'EMLG ont été fixés : âge supérieur à 70 ans ; plus de trois médicaments ; polypathologie ; notion de chute dans les 6 derniers mois ; perte de poids ; perte d'autonomie ; isolement social ; fragilité psychologique ; troubles cognitifs ; troubles de l'humeur. C'est à l'infirmière d'accueil et d'orientation et/ou à l'urgentiste, lorsqu'ils voient le patient, de solliciter l'EMLG, qui intervient toujours après le médecin urgentiste, « un peu comme un examen complémentaire dans la prise en charge » affirme le médecin responsable de l'EMLG.

Une enquête interne sur les personnes âgées aux urgences réalisée par l'assistante de gestion du pôle en 2011 permet de mesurer l'impact positif de l'action de l'EMLG aux urgences : ainsi, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus revenues aux urgences dans un délai inférieur à un mois pour la même pathologie a sensiblement baissé : 5,7% en 2009, 2,9% en 2010, 2,8% en 2011 ; ce chiffre a également baissé pour une pathologie différente : 1,3% en 2009, 1,3 % en 2010, 1,1% en 2011. On note également

une augmentation significative du retour à domicile depuis les urgences entre 2009 et 2010 : + 6% (de 35% à 41%) versus moins 5% (de 60 à 55%) pour les hospitalisations⁶².

❖ Les soins de suite et de réadaptation

Le CHU de Nancy dispose de 44 lits de SSR, dont 11 identifiés UCC depuis 2011. L'UCC a, conformément au plan Alzheimer, vocation à accueillir temporairement des patients valides présentant des troubles du comportement, pouvant se caractériser par de l'agressivité. L'UCC vise à réaliser une « réhabilitation cognitive et une prévention et/ou une prise en charge des troubles psycho-comportementaux avec une prise en charge pluridimensionnelle⁶³. »

Sur les 33 lits hors UCC, la DMS est de 55,5 jours et le taux d'occupation de 95,4%. Les pathologies les plus fréquentes sont les pneumopathies, les suites de chute, le diabète, la démence, les suites d'un accident vasculaire cérébral.

La grande majorité des entrées se fait depuis le secteur 1 et le secteur 2 de court séjour gériatrique, et la PUOG. Au regard de l'encombrement de la filière, il a été décidé d'arrêter les entrées directes en SSR (hors UCC). Une « unité de recours et de soins gériatriques⁶⁴ », comme à Limoges, composée de 15 lits au sein du SSR dédiés aux entrées directes pour les situations aiguës (dans un contexte d'absence d'IDE 24 heures sur 24 dans les EHPAD) est « une très bonne idée » selon la chef du service du SSR, mais qui semble très difficile à mettre en place au regard de la DMS en court séjour gériatrique et du besoin de lits d'aval. Les vertus des entrées directes en SSR avaient d'ailleurs fait l'objet d'une thèse de médecine dans les années 90 au CHU de Nancy. Concernant les sorties, elles se partagent essentiellement entre l'EHPAD (35%) et l'USLD (40%).

❖ L'unité de soins de longue durée

Le CHU de Nancy dispose de 106 lits d'USLD répartis sur 2 sites (Saint-Julien et Saint-Stanislas) dont 16 lits d'UHR à Saint-Stanislas pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée et des troubles sévères du comportement, pouvant se déplacer seuls et n'ayant pas de syndrome confusionnel. Le taux d'occupation est de 98%.

Lors de la partition USLD-EHPAD, l'USLD est passée de 178 lits à 106 lits : l'établissement avait décidé de ne pas transformer les 72 lits correspondant à du médico-

⁶² Le total ne fait pas 100% car il faut ajouter les transferts vers une structure externe, qui passent de 5 à 4%.

⁶³ PowerPoint de présentation du projet d'UCC, 2010.

⁶⁴ « CHU de Limoges : une unité de recours et de soins gériatriques contribue à désengorger les urgences », 24 mai 2011, APM.

social en lits d'EHPAD, estimant que le nombre d'EHPAD à Nancy était déjà important et qu'il n'aurait pas les moyens de proposer un EHPAD attractif.

Les patients, dont la moyenne d'âge est de 84,8 ans proviennent très majoritairement du SSR du CHU de Nancy et les principales pathologies sont la démence, la maladie de Parkinson, l'hémiplégie et autres séquelles d'AVC avec risques de décompensation, l'insuffisance cardio-respiratoire. Le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) était en 2011 de 857 en 2011 à Saint-Julien et de 859 à Saint-Stanislas. Il est passé en 2012 à 871 à Saint-Julien et à 858 à Saint-Stanislas. Le GMP moyen des USLD du département en 2012 est de 861. Le pathos moyen pondéré (PMP) a été évalué par le CHU à 477 en 2011 et revu par l'ARS à 383. La convention tripartite n'a pas été revue : le Conseil général de Meurthe-et-Moselle peine à trouver les moyens pour procéder aux ajustements, tandis que les PMP 2011 n'ont pas été validés.

En dépit de la partition, l'USLD du CHU de Nancy n'a connu que 46 décès et 4 sorties en 2011, et seulement 16 décès et une sortie entre janvier et juin 2012. Ce qui est sans doute la preuve de bonnes pratiques en matière de soins est aussi une source de blocage de la filière, le problème des lits d'USLD pouvant expliquer les blocages en SSR : en moyenne, 50 dossiers sont en attente.

❖ Les lits de soins palliatifs et l'équipe mobile de soins palliatifs

Le CHU de Nancy dispose de 15 lits de soins palliatifs. 207 entrées ont été réalisées en 2011, le taux d'occupation s'élevant à 86,7%. Le CHU de Nancy dispose également d'une équipe mobile de soins palliatifs.

L'équipe, pluridisciplinaire, regroupe des médecins, des infirmières, un psychologue, une assistante sociale et une secrétaire, chargée de la liaison avec les services. « Sur demande du médecin en charge du patient ou du cadre de santé du service concerné, l'équipe mobile est sollicitée et intervient ainsi régulièrement dans environ 35 services du CHU de Nancy. Conseils spécifiques, aide à la gestion des symptômes pénibles dont la douleur, avis et soutien psychologique : les raisons de l'appel et la situation du patient sont détaillées dans une fiche permettant de définir les modalités d'intervention, ainsi que son degré d'urgence⁶⁵. » Elle réalise également des actions de formation et intervient en outre dans certains EHPAD en vertu d'une convention (cf. *infra*).

Pour que « la filière gériatrique ne [soit pas] résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent », le pôle GSP, et le CHU dans son ensemble, ont mis en avant une politique institutionnelle forte en matière de gériatrie.

⁶⁵ « Fin de vie : accompagner les patients et soutenir les soignants » : <http://www.chu-nancy.fr/index.htm/page710langfr>

Ainsi, depuis 2010, une directrice adjointe est dédiée à la filière gériatrique, tandis que la thématique 1-2 des orientations stratégiques du projet médical d'établissement vise à « développer les capacités de prise en charge des personnes âgées », ce qui passe par trois grandes actions : « organiser et coordonner la prise en charge des personnes âgées dans la filière interne et vers les spécialités » ; « assurer la fluidité du parcours patient », notamment par « la mise en place d'une filière gériatrique externe » ; « renforcer l'attractivité du CHU de Nancy. » Selon le Directeur général du CHU de Nancy, « l'hôpital, comme il a besoin de la pédiatrie, a besoin de la gériatrie, spécialité pointue. Cette spécialité a besoin de moyens, donc de priorités dans les projets des établissements (...) La reconnaître comme prioritaire dans un projet d'établissement suppose maturité médicale collective et un engagement personnel fort du directeur et du président de la commission médicale⁶⁶. »

Enfin, le vieillissement constitue un des principaux axes de la recherche au CHU de Nancy ; un projet intitulé « vieillissement normal et pathologique : mécanismes et conséquences sur la santé de la population » est d'ores et déjà en cours.

Au niveau de la vie institutionnelle du pôle, le trio de pôle (chef de pôle – cadre supérieure de santé du pôle – assistant de gestion) se réunit chaque semaine, en présence de la directrice de la filière gériatrique. Le comité directeur, qui rassemble le trio de pôle et la directrice de la filière, les chefs de service, la secrétaire du pôle et la psychologue se réunissent mensuellement. Le collège médical, regroupant l'ensemble des médecins du pôle, se réunissent 2 à 3 fois par an et le collège des soignants, regroupant les cadres de santé et la cadre supérieure de santé, se réunit une dizaine de fois par an.

En dépit de sa gouvernance dynamique, de son caractère « vivant », et alors même qu'il contient tous les maillons de la filière, le pôle GSP connaît des difficultés importantes, notamment en matière de lits d'aval.

- B) Le CHU de Nancy connaît des difficultés d'aval importantes, qui vont se poser avec encore plus d'acuité lors du passage du SSR à la T2A.

Le pôle GSP du CHU de Nancy connaît des difficultés d'aval importantes, qui se traduisent par des DMS longues.

Ainsi, la DMS en court séjour (20,3 jours en secteur 1 ; 19,5 en secteur 2⁶⁷) est largement supérieure à la moyenne nationale - 10 jours ; l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) est donc de 2 - et à la durée moyenne à partir de laquelle l'hospitalisation complète de gériatrie serait à l'équilibre - 14 jours). Le cabinet venu en

⁶⁶ VIGOUROUX P., 23 avril 2012, « La personne âgée indésirable à l'hôpital ? », *La Croix*.

⁶⁷ Données tirées du bilan 2011 du contrat du pôle gérontologie et soins palliatifs.

appui pour le chantier performance ANAP « Gestion des lits au CHU de Nancy » écrit qu'en gériatrie, « cet écart de DMS par rapport à la moyenne nationale représente plus de 20 lits (...) La fluidification vers l'aval pourrait libérer potentiellement entre 20 et 25 lits. Ces lits pourraient permettre de générer une T2A de 2,5 millions d'euros si le potentiel d'activité à absorber est bien présent. »

Pour les retours à domicile, « tous les services du périmètre font sortir les patients plus tôt que la moyenne nationale, sauf la gériatrie », et que « les patients de gériatrie sortant vers un SSR restent 4 jours de plus que la moyenne nationale ». La DMS longue en court séjour gériatrique explique en grande partie le déficit de ce service dans les CREA du CHU de Nancy.

La PUOG connaît une DMS de 6,3 jours, alors que l'objectif est fixé à 5 jours, et connaît des difficultés surtout lorsque le patient est sortant le vendredi ou le samedi.

En SSR, la DMS, qui s'élève à 55,5 jours⁶⁸, est également largement supérieure à la moyenne nationale (entre 30 et 40 jours selon les SSR) et risque de pénaliser l'établissement lors du passage à la T2A. Le SSR du CHU de Nancy est surdoté et, dans le cadre de la modulation de la dotation en vue du passage à la T2A, l'établissement a vu sa dotation baisser de 300 000 euros l'an dernier, et de 181 000 euros cette année⁶⁹.

Enfin, en dépit de la partition, l'USLD n'a connu que 46 sorties en 2011, et seulement 16 sorties entre janvier et juin 2012, pour une liste d'attente qui s'élevait en juin 2012 à 50 patients, ce qui contribue à « bloquer » la filière, le problème des lits d'USLD pouvant expliquer les blocages en SSR.

Les différents entretiens menés et la lecture des documents internes au CHU de Nancy m'amènent à formuler les éléments suivants pour expliquer ces DMS longues (hormis en USLD).

1. Au niveau de l'organisation interne à l'établissement, plusieurs problèmes se posent.

En premier lieu, le CHU de Nancy éprouve des difficultés à remplir les recommandations de la circulaire de 2007 en matière d'effectifs médicaux, et l'attribution de la responsabilité de secteurs à des assistants chefs de clinique dans un passé proche peuvent expliquer certaines difficultés.

En deuxième lieu, il apparaît que la date prévisionnelle de sortie (DPS) en fonction de la pathologie du patient n'est pas formalisée, même s'il est vrai, comme me l'ont rappelé les médecins responsables de services interrogés, qu'il est plus difficile de formaliser une DPS pour des patients polypathologiques à risque de décompensation que pour des

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Cette baisse concerne le SSR gériatrique et le service de réadaptation cardiaque dans leur ensemble.

patients plus jeunes et monopathologiques. En outre, il n'existe pas de check-list⁷⁰ d'entrée en secteur 1, en secteur 2 de gériatrie aiguë et en en SSR, et il n'y a pas, non plus de check-list de sortie en secteur 1 et en secteur 2 de gériatrie aiguë.

En troisième lieu, les visites en PUOG et en gériatrie aiguë ne débutent pas forcément par les patients sortants, mais se font suivant l'ordre des chambres, ou en fonction des chambres dans lesquelles l'agent des services hospitaliers (ASH), l'aide-soignant (AS) ou l'IDE ne sont pas en train de nettoyer ou de prodiguer un soin. Le service de gériatrie aiguë et le SSR n'arrivent également pas toujours à organiser la sortie des patients le matin.

Par ailleurs, un chantier visant à examiner les délais d'examen d'imagerie est en cours, ceux-ci pouvant expliquer une partie de la durée des séjours.

2. En outre, la structuration interne historique est pénalisante : le CHU de Nancy ne dispose que de 44 lits de SSR, dont 11 d'UCC, pour 40 lits de court séjour (plus 12 lits de PUOG et 7 lits de surveillance continue) et ne dispose pas de lits d'EHPAD. L'organisation de son USLD sur deux sites peut également expliquer le fort taux d'encadrement (0,9 personnel paramédical par lit).

Toujours au niveau de la structuration interne, l'ouverture de la PUOG en décembre 2010 a généré l'entrée de 638 patients supplémentaires en 2011, alors que nombre de lits d'aval du CHU de Nancy n'a pas augmenté, étant entendu que 8,33% des patients de la PUOG sont mutés en SSR au CHU de Nancy et 19,14% transférés dans une autre structure de SSR⁷¹. La création de la PUOG permet certes une meilleure prise en charge des personnes âgées – ces 638 patients étaient auparavant hébergés dans des services type dermatologie ou maladies infectieuses tropicales, qui, ayant vu leurs capacités baisser lors de l'emménagement dans un nouveau bâtiment, ne peuvent plus aujourd'hui héberger les patients gériatriques au même niveau qu'hier. Mais elle implique une hausse des besoins d'imagerie, une hausse des besoins de lits de SSR et une « captation » des patients à faible DMS. Pour ces trois motifs, l'ouverture de la PUOG pourrait constituer l'une des explications de l'allongement de la DMS de 17,9 jours à 20,3 jours en secteur 1 et de 17,7 jours à 19,5 jours en secteur 2 entre fin 2010 et fin 2011, cette période correspondant à la première année de fonctionnement de la PUOG.

⁷⁰ La check-list est un document listant l'ensemble des tâches à réaliser. La check-list de sortie prévoit par exemple la réalisation de l'ordonnance de traitement, l'information du bureau des entrées quant à la sortie, la finalisation des dossiers sociaux. Il permet de gagner du temps en ce qu'il diminue le risque d'oubli par les équipes médicales et paramédicales, oubli qui nécessite, comme le dit la directrice de la filière gériatrique du CHU de Nancy, de « courir après un acteur et de perdre une ou deux journées ».

⁷¹ Soit un total de 27,47% de patients de PUOG allant en SSR, ce qui amène également à s'interroger sur le profil des patients réellement admis en PUOG.

3. Enfin, on peut relever un manque de structuration et de coordination au niveau externe qui entraîne des passages trop fréquents par les urgences avant l'admission en court séjour (seulement 12% des patients admis en court séjour viennent de leur domicile, tandis que 40% viennent du SAU ou d'UHCD, presque 15% de la PUOG et 20% de surveillance continue), et des problèmes de solutions d'aval présentés ci-dessus (SSR, USLD, EHPAD). Ce problème de lits d'aval « bouchonne » la filière jusqu'à l'entrée : l'UHCD voire la PUOG servent alors de « sas » entre les urgences et le court séjour gériatrique, faute de lits en gériatrie aiguë alors même que des patients sont médicalement sortants dans ce secteur mais sont en attente de lits de SSR, ce qui « sur-segmente » et dégrade la prise en charge de la personne âgée en la faisant changer de lieu. Pour certains patients on arrive ainsi au schéma délétère suivant : attente aux urgences d'en moyenne 6h30⁷², hospitalisation en UHCD puis en PUOG, court séjour gériatrique lorsqu'un lit se libère, SSR lorsqu'un lit se libère, USLD lorsqu'un lit se libère ou EHPAD ou domicile.

Les deux dernières « catégories » d'explications, sur les trois proposées, justifient la volonté du CHU de Nancy d'impulser, de formaliser, et de structurer une politique de coopération territoriale en Meurthe-et-Moselle sud et sur le TSP de Nancy allant au-delà des relations informelles entre médecins, assistants sociaux, directeurs. En effet, et comme il est écrit dans les orientations stratégiques du projet médical d'établissement 2011-2015, « la fluidité de la filière interne est largement conditionnée par la mise en place d'une filière gériatrique externe ».

1.2.2 ... qui nécessitent le développement de coopérations territoriales sur le territoire de santé de Meurthe-et-Moselle, en particulier en Meurthe-et-Moselle sud et sur le territoire de santé de proximité de Nancy

Le territoire de santé du CHU de Nancy est le département de la Meurthe et Moselle (54), qui regroupe les TSP de Briey (TSP n°3), Longwy (TSP n°4), du Pays du sud-ouest meurthe-et-mosellan (TSP n°14), du Val de Lorraine (TSP n°15), de Nancy (TSP n°16) et de Lunéville (TSP n°17) (*cf. annexe 6 : carte des TSP de Lorraine et annexe 7 : carte de la Meurthe-et-Moselle*).

Le géographe Emmanuel VIGNERON, s'interrogeant, concernant les coopérations, sur « "le" niveau pertinent, "la" maille idéale », concluait que « les questions de santé montrent

⁷² Rapport ANAP « chantier urgences 2010 au CHU de Nancy » (document interne au CHU).

assez qu'il n'y a pas "un" niveau pertinent d'administration mais plusieurs niveaux en fonction de la nature des problèmes posés⁷³.» C'est le cas pour les projets concernant le parcours des patients gériatriques hospitalisés initialement en court séjour au CHU de Nancy, notamment en raison du découpage géographique de la Meurthe-et-Moselle. En effet, le département est en « forme d'oie », dont le cou et la tête sont constitués du TSP de Briey (TSP n°3), plus proche de Metz en Moselle⁷⁴ que de Nancy, et du TSP de Longwy (TSP n°4), plus proche de Thionville (en Moselle également) que de Nancy. Ainsi, les coopérations territoriales se font, en matière gériatrique, en Meurthe-et-Moselle sud, c'est-à-dire sur les 4 TSP de Meurthe-et-Moselle suivants : le Sud-ouest Meurthe-et-Mosellan (TSP 14), le Pays du Val de Lorraine (TSP 15), Nancy (TSP 16) et le Lunévillois (TSP 17).

Et au sein même de ces 4 TSP, on retrouve deux « niveaux pertinents » pour reprendre la formule d'Emmanuel VIGNERON : les coopérations territoriales concernant les lits de SSR (cf. *infra*) se font sur ces 4 territoires, tandis que le projet de création d'une filière gériatrique doit se faire sur le TSP de Nancy, du moins dans un premier temps, avant d'envisager un éventuel rapprochement avec le TSP 15, comme cela est prévu dans le volet personnes âgées du PRS, qui indique que « la circulaire de 2007 reste plus que jamais d'actualité » et que, concernant le TSP n° 15, « la réflexion pour optimiser la filière en lien avec le territoire 16 doit être initiée ». C'est donc sur ces 4 territoires dans leur ensemble et sur le TSP de Nancy en particulier qu'il m'incombait de porter un diagnostic territorial⁷⁵ pour comprendre les difficultés du CHU de Nancy et formuler des préconisations.

A) La Meurthe-et-Moselle sud : diagnostic territorial

Les TSP 14-15-16-17 rassemblent 568 258 habitants, soit 77,7% de la population du département. On dénombre 46 587 personnes de plus de 75 ans, soit 8,2% de la population totale. Les plus de 75 ans seront 50 827 en 2021, 68 607 en 2031⁷⁶.

⁷³ VIGNERON E., août-septembre 2009, « Aménagement du territoire et efficience – Quels niveaux de territoires pour la santé ? », *Gestions Hospitalières* n°488, pp.449-452, cité dans ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, tome 1, p.49.

⁷⁴ Le Centre hospitalier de Briey est d'ailleurs en direction commune avec le Centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville depuis le 01^{er} octobre 2007.

⁷⁵ Etant entendu que l'ARS Lorraine a calqué les territoires de santé sur les départements, il m'a été difficile de récupérer des données à un niveau infra-départemental. Cette difficulté semble se poser fréquemment lors de travaux sur la structuration d'une filière gériatrique. Ainsi, on peut lire dans le mémoire d'Iban ERGUY, élève DESSMS, qu' « il a été difficile de trouver des données pour un territoire infra-départemental et de croiser les informations de la Délégation Territoriale (DT) ARS (Territoire Navarre-Côte Basque) et du Conseil général (niveau départemental). » ERGUY I., 2011, *Les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le territoire de santé Navarre – Côte Basque*, page 8 (note de bas de page n°11).

⁷⁶ Données tirées du PRS de l'ARS de Lorraine et du Conseil général de Meurthe-et-Moselle.

Ces territoires regroupent 110 lits de court séjour gériatrique, 149 lits de SSR ayant une prise en charge spécialisée reconnue « affections de la personne âgée et personnes polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance⁷⁷ » répartis sur trois structures⁷⁸ (cf. annexe 8 carte des SSR « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » de Lorraine), 4757 lits d'EHPAD, 403 lits d'USLD (cf. annexe 9 carte des USLD de Lorraine) et 961 places de SSIAD. On relèvera l'existence d'un réseau de santé gérontologique par TSP, et même 2 réseaux gérontologiques sur le TSP de Nancy, et d'un CLIC par TSP. En matière d'HAD, 3 autorisations, 2 sont installées, pour un total de 64 places installées sur les 84 places autorisées.

Anne BIDAULT et Murielle JAMOT⁷⁹ ayant identifié les besoins en termes de lits⁸⁰ au regard du rapport JEANDEL-PFITZENMEYER-VIGOUROUX, j'ai alors comparé les besoins à l'existant⁸¹ :

⁷⁷ « Outre les objectifs généraux (...), les objectifs de cette prise en charge sont de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques les plus satisfaisantes possible, dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique. »

Circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, Annexe 3 - Fiches de prises en charge spécialisées en SSR, Fiche I) – La prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance en SSR.

⁷⁸ 44 lits (dont 11 d'UCC) au CHU de Nancy, 45 lits à la Maison hospitalière Saint-Charles à Nancy et 60 lits au Centre Jacques Parisot de l'OHS à Bainville-sur-Madon (sur le TSP 14).

⁷⁹ BIDAULT A, JAMOT M., avril 2007, « Comment constituer sa filière gériatrique ? », *Technologie et santé*, n°61, p.13.

⁸⁰ Il existe deux méthodes d'identification des besoins : en termes de lits (comme c'est le cas dans le rapport JEANDEL-VIGOUROUX-PFITZENMEYER ou dans le Plan solidarité grand âge) ou en termes de séjours (comme c'est le cas dans la circulaire du 28 mars 2007). J'ai privilégié l'approche en termes de lits, plus simple à réaliser, plus facile à manier, et qui permet d'avoir une démarche cohérente entre l'analyse menée sur le secteur sanitaire et celle menée sur le secteur médico-social.

⁸¹ Il existe deux techniques d'analyse :

- une analyse *géographique* ou *territoriale*, qui consiste à analyser les lits installés au regard de la population d'un territoire déterminé.
- une analyse *par les flux*, qui consiste à analyser les lits installés au regard des flux de patients.

La seconde technique est certes plus précise, mais plus complexe (elle nécessite une analyse par codes postaux d'origine des patients) et « aboutit à la définition d'un territoire ad hoc, certes théoriquement optimal en termes d'analyses, mais éventuellement très complexe, ne correspondant à aucune limite géographique connue et pouvant, de facto, rendre fastidieuses la collecte et l'exploitation des données. » ANAP, janvier 2012, *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*, p.27. J'ai donc choisi de mener une analyse géographique.

	Recommandations	Taux d'équipement TSP 14-15-16-17
Unité de court séjour gériatrique	1 à 3 lits ‰ + de 75 ans	2,4‰
SSR gériatrique	3 à 8 lits ‰ + de 75 ans	3,2‰
SSIAD	18 places ‰ + de 75 ans	20,6‰
USLD	7 à 12 lits ‰ + de 75 ans	8,7‰
Etablissements médico-sociaux	83 places ‰ + de 75 ans	102,1‰

Si ces territoires semblent suffisamment dotés au regard des recommandations du rapport JEANDEL-PFITZENMEYER-VIGOUROUX, deux difficultés principales se posent.

1. En premier lieu, l'HAD en EHPAD est très faible.

2. En deuxième lieu, le nombre de lits de SSR gériatriques sera insuffisant au regard de l'évolution de la population. Et si le SROS III de l'ARH de Lorraine 2006-2011, arrêté le 28 mars 2006, avait inscrit dans ses objectifs de « promouvoir des soins de suite et de réadaptation gériatriques au sein des SSR polyvalents », il est difficile de savoir aujourd'hui qui « joue le jeu » pour reprendre une expression fréquemment entendue concernant l'accueil de patients gériatriques dans les SSR de Meurthe-et-Moselle sud, et ce qui explique la volonté de l'ARS de mettre en place une coordination territoriale des SSR.

B) Le territoire de santé de proximité de Nancy : diagnostic territorial

Le TSP de Nancy comprend 297 254 habitants, soit 40,66% de la population du département, et regroupe 55 communes⁸². On dénombre 23 076 personnes de plus de 75 ans, soit 7,76% de la population totale. Les plus de 75 ans seront 26 421 en 2021, 35 206 en 2031⁸³.

⁸² Fiche du territoire de Nancy et de sa couronne disponible sur http://www.cg54.fr/uploads/media/fiche_territoire_nancy.pdf

⁸³ Données tirées du PRS de l'ARS de Lorraine et du Conseil général de Meurthe-et-Moselle.

Les six principaux établissements accueillant des patients gériatriques sont le CHU de Nancy, le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, la Maison Hospitalière Saint-Charles, l'OHS, le Centre psychothérapeutique de Nancy-Laxou (CPN) et le Centre Alexis Vautrin (centre de lutte contre le Cancer).

En court séjour gériatrique, le CHU de Nancy dispose de 40 lits, ainsi que de 7 lits de surveillance continue et 12 lits de PUOG, tandis que la Maison hospitalière Saint-Charles dispose de 20 lits de court séjour, soit un total de 79 lits sur le TSP de Nancy⁸⁴.

Deux SSR ont une prise en charge spécialisée reconnue « affections de la personne âgée et personnes polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance » : le CHU de Nancy, qui dispose de 44 lits (dont 11 d'UCC) et la Maison hospitalière Saint-Charles, établissement privé à but non lucratif, qui dispose de 45 lits⁸⁵.

D'autres SSR accueillent des patients gériatriques : le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, établissement public qui dispose de 45 lits si l'on retranche les lits de soins palliatifs, dont un secteur de 25 lits à orientation gériatrique mais dont la prise en charge spécialisée n'est pas reconnue par l'ARS ; l'OHS à Flavigny, établissement privé à but non lucratif, qui dispose de 57 lits ; Les Elieux à Seichamps, établissement privé à but lucratif qui dispose de 75 lits ; la clinique Saint-Don à Maxéville, établissement privé à but lucratif (39 lits) ; la clinique Saint-Jean à Nancy, établissement privé à but lucratif (28 lits), le centre de rééducation Florentin de l'OHS à Nancy, établissement privé à but non lucratif, qui a 60 lits⁸⁶.

On compte également deux structures d'HAD : l'Hospitalisation à domicile de l'agglomération nancéienne (HADAN) et l'HAD de l'OHS. En réalité, seule cette dernière, qui dispose de 14 places d'HAD, prend en charge des patients gériatriques. La directrice de la filière gériatrique du CHU de Nancy doit prochainement rencontrer l'HADAN, qui privilégie la cancérologie et des pathologies nécessitant des perfusions, pour discuter de la prise en charge des patients gériatriques.

En oncogériatrie, le CHU de Nancy et le Centre Alexis Vautrin ont déposé un projet commun à l'Institut National du Cancer (INCA).

⁸⁴ Le diagnostic territorial détaillé du TSP de Nancy figure en *annexe 10*.

⁸⁵ J'ai choisi de retrancher de la case SSR du tableau les lits de soins palliatifs pour les ranger dans une autre rubrique du tableau : on en dénombre 39 sur le territoire nancéen : 15 au CHU, 13 à l'OHS à Flavigny, 6 à la Maison hospitalière Saint-Charles et 5 à Saint-Nicolas-de-Port.

⁸⁶ Parmi ces SSR, ce sont surtout le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port et le SSR polyvalent de l'OHS à Flavigny qui accueillent des patients gériatriques. Ce dernier accueille principalement des patients gériatriques atteints d'un cancer.

En matière d'USLD, on compte 106 lits (dont 16 d'UHR) au CHU de Nancy, 60 à la Maison hospitalière Saint-Charles et 30 au Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, soit un total de 196 lits. On compte 27 EHPAD représentant 2529 lits.

On notera la présence de deux réseaux : le Réseau Gérard Cuny, à Nancy, et le Réseau gérontologique du Vermois du Sel et du Grand couronné, à Saint-Nicolas-de-Port, ainsi que d'un CLIC, situé à Nancy,

Enfin, on compte deux gestionnaires de cas, une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) et une plateforme de répit.

	Recommandations	Taux d'équipement TSP 16
Unité de court séjour gériatrique	1 à 3 lits ‰ + de 75 ans	3,4‰
SSR gériatrique	3 à 8 lits ‰ + de 75 ans	3,9‰
SSIAD	18 places ‰ + de 75 ans	18,7‰
USLD	7 à 12 lits ‰ + de 75 ans	8,5‰
Etablissements médico-sociaux	83 places ‰ + de 75 ans	109,6‰

La lecture du tableau révèle que le TSP de Nancy répond aux critères d'implantation proposés dans le rapport JEANDEL-PFITZENMEYER-VIGOUROUX et repris par Anne BIDAULT et Murielle JAMOT. Ce qui fait dire au directeur du Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port qu'il « a du mal à comprendre pourquoi les établissements de Nancy et sa couronne accueillant des patients gériatriques ont des DMS aussi longues ». Les principales conclusions de ce diagnostic territorial sont donc les suivantes : l'offre est suffisante sur le TSP 16. Les difficultés du CHU de Nancy peuvent donc s'expliquer de quatre façons, qui sont autant d'actions en cours ou à mener :

1. Si l'offre est suffisante sur le TSP 16, elle est insuffisante au CHU de Nancy : le CHU de Nancy a 40 lits de court séjour gériatrique, 7 lits de soins continus et 12 lits de PUOG pour 44 lits de SSR (dont 11 d'UCC), et aucun lit d'EHPAD, ce qui justifie la signature par le CHU de Nancy de conventions avec des structures de SSR et des EHPAD.

2. Un manque de structuration et de coordination de la filière externe, alors même que les relations informelles sont assez fortes.

Même dans les établissements qui disposent de plus de lits de SSR que de lits de court séjour gériatrique, comme c'est le cas à la Maison hospitalière Saint-Charles (45 lits de SSR gériatrique pour 20 lits de gériatrie aiguë), la DMS en court séjour gériatrique est également deux fois supérieure à la moyenne nationale (21 jours). Et l'ensemble des SSR accueillant des patients gériatriques à Nancy et sur sa couronne ont des DMS supérieures à la moyenne nationale : 55,5 jours au CHU, 51 jours à la Maison hospitalière Saint-Charles, 43 jours au Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, 41,5 jours à l'OHS à Flavigny.

Ces deux premières catégories d'explication justifient la volonté du CHU de créer une filière gériatrique sur le TSP nancéien avec la Maison hospitalière Saint-Charles, le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port et l'OHS. Le besoin de créer cette filière réside essentiellement dans le besoin de coordination, qui avait existé lorsque le Professeur Gérard CUNY occupait des responsabilités au sein du CHU de Nancy, de la Maison hospitalière Saint-Charles et de l'OHS, et qui semble aujourd'hui trop informelle et insuffisamment structurée.

3. Un problème de profils patients en SSR.

Le ressenti exprimé par plusieurs chefs de service est que certains SSR n'accepteraient pas les patients les plus lourds. Une analyse qualitative, notamment concernant les SSR, est rendue possible grâce au logiciel IMAD. C'est l'enjeu de la coordination territoriale en SSR, pour laquelle le CHU a sollicité l'ARS.

4. Les travaux sur la filière externe ne doivent pas faire oublier la nécessité d'améliorer les pratiques en interne.

C'est donc sur la base de ces quatre explications qu'il convient, dans une deuxième partie, d'analyser les actions menées ou en cours, et de formuler des préconisations pour améliorer la fluidité du parcours du patient gériatrique en Meurthe-et-Moselle sud, et en particulier sur le TSP de Nancy.

SECONDE PARTIE : ACTIONS MENEES OU EN COURS **ET PRECONISATIONS**

2 Les actions déjà menées et celles en cours pour améliorer la fluidité de la filière peuvent être étendues et complétées par la coordination territoriale des SSR en Meurthe-et-Moselle sud et la création d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité de Nancy, en s'inspirant d'actions menées sur d'autres territoires.

2.1 Les actions menées et celles en cours répondent à la priorité du CHU de Nancy de fluidifier la filière interne en trouvant des solutions d'aval et en améliorant l'organisation de la filière interne

2.1.1 La signature de conventions avec des SSR et des EHPAD

A) Le conventionnement avec quatre SSR

Pour compenser le faible nombre de lits de SSR (33 lits hors UCC) dont dispose le CHU de Nancy au regard de son court séjour gériatrique (40 lits + 7 lits de surveillance continue + 12 lits de PUOG), ce dernier a conventionné avec 4 SSR pour les patients du pôle GSP.

Ainsi, la Maison hospitalière Saint-Charles, qui dispose de 50 lits de SSR, en réserve 10 au pôle GSP du CHU de Nancy, tout comme le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port. L'OHS, qui dispose de 57 lits polyvalents à Flavigny et de 60 lits de réadaptation gériatrique pour des patients de plus de 60 ans à Bainville-sur-Madon (sur le TSP 14), en réserve également 10 au pôle GSP du CHU.

Cette première vague de conventionnement porte ses fruits, puisque 86% des patients du pôle GSP nécessitant une place en SSR l'ont obtenue, contre 75% pour les autres pôles du CHU de Nancy (même si cela est également lié au fait que le SSR du CHU est depuis 2011 réservé aux patients du pôle GSP ; sur les 392 patients du pôle GSP admis

en SSR en 2011, 229 l'ont été au CHU de Nancy.) Suivent ensuite logiquement les SSR avec lesquels le CHU a conventionné (45 patients du pôle GSP admis à la Maison hospitalière Saint-Charles, 40 au Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, 29 à l'OHS à Flavigny, 24 à l'OHS à Bainville, soit au total 35,2% des patients du pôle GSP admis en SSR).

Cette vague de conventionnement a également permis de faire passer le délai d'attente⁸⁷ de 12,7 jours en janvier 2010 à 3,6 jours en septembre-octobre 2010⁸⁸, même s'il est vrai que cette durée est remontée à 5 jours en 2012 et que, si les 10 patients restent en moyenne deux mois dans la structure avec lequel le CHU a conventionné, aucun autre patient n'est accepté durant ces deux mois.

Pour faire vivre ces conventions, la directrice de la filière gériatrique rencontre les responsables de ces structures tous les trois mois pour échanger sur le nombre de patients du pôle GSP admis, sur les points de blocage et les améliorations à mettre en œuvre. Le cadre socio-éducatif organise également des rencontres avec ces structures.

Le CHU s'emploie à développer et étendre ces conventions. Ainsi, le Centre hospitalier intercommunal de Pompey-Lay Saint-Christophe (sur le TSP 15), qui dispose de 21 lits de SSR, réserve 5 lits au pôle GSP du CHU de Nancy, et a ainsi admis 7 patients gériatriques en 2011.

Cette volonté de développer les partenariats avec les SSR s'est également exprimée au sein du groupe de travail « gérontologie, médecine polyvalente et SSR », auquel j'ai participé, dans le cadre de l'élaboration d'un projet médical coordonné pour le GCS des CH de Lunéville, Pont-à-Mousson et Toul, du GCS de l'Ouest-Vosgien, de la Maternité régionale universitaire de Nancy et du CHU de Nancy. Il est ainsi prévu de « porter un projet commun (CHU de Nancy et CH de Lunéville) de SSR polyvalent pour le territoire meurthe-et-mosellan, avec une implantation lunévilloise et de renforcer les coopérations avec le SSR de Pont-à-Mousson. Ce projet doit s'accompagner d'un projet médical SSR permettant une gradation dans la typologie des SSR. »

B) Le conventionnement avec 13 EHPAD en juin 2012, assorti d'indicateurs et d'évaluations régulières

Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et la fluidité de la filière, le CHU de Nancy a signé le 05 juin 2012 deux conventions avec 13 EHPAD⁸⁹ : l'une relative au

⁸⁷ Durée entre la date d'envoi de la demande par fax aux établissements et la date réelle d'admission du patient.

⁸⁸ Données tirées du projet du pôle GSP.

⁸⁹ Les structures signataires d'au moins l'une des deux conventions sont les suivantes :
- Nancy : maisons de retraite Simon Bénichou, Saint-Rémy et Korian Plaisance, Maison hospitalière Saint-Charles

parcours de soins des personnes âgées ; l'autre sur les modalités d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs. La plupart des établissements ont signé les deux conventions. L'une des structures (le CAPS de Rosières-aux-Salines) n'a signé que la convention concernant l'EMSP, tandis que trois structures (la Maison hospitalière Saint-Charles, l'OHS, Saint-Nicolas-de-Port) ayant contractualisé sur le parcours de soins n'ont pas signé celle sur l'EMSP car elles disposent déjà d'une équipe dédiée aux soins palliatifs.

❖ La convention relative au parcours de soins des personnes âgées

La convention formalise les engagements réciproques du CHU et des EHPAD signataires, conformément à la circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques dont l'annexe 6 constitue une convention-type.

Dans ces conventions, le CHU de Nancy s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD aux différents services du CHU en évitant l'entrée par les urgences et à former les personnels d'EHPAD, notamment aux mesures à mettre en œuvre en cas d'urgence vitale.

Pour permettre un accès direct, c'est-à-dire éviter le passage des résidents par les urgences, le CHU de Nancy a décidé de réserver deux lits pour les résidents d'EHPAD jusqu'à 13 heures chaque jour, l'un en court séjour gériatrique, l'autre au sein de l'unité de post-urgences d'orientation gériatrique. Cette unité pourra également servir d'hospitalisation de semaine pour certains résidents des EHPAD signataires qui nécessitent par exemple une coloscopie, et pour lesquels il est ainsi possible de programmer une hospitalisation courte en PUOG.

Les médecins coordonnateurs d'EHPAD peuvent en outre toujours bénéficier de Vill'Hop, système mis en place au CHU de Nancy depuis 2011 pour permettre aux médecins généralistes de bénéficier d'un conseil téléphonique d'un spécialiste de l'établissement, et ce dans toutes les disciplines.

De leur côté, les EHPAD s'engagent à transmettre au CHU une feuille de liaison fournie lors de tout transfert de résident, à communiquer de manière hebdomadaire leurs chambres disponibles, à reprendre - selon un protocole élaboré conjointement - le résident lorsque ce dernier ne nécessite plus une prise en charge hospitalière et à

-
- Bainville-sur-Madon : Centre Jacques Parisot de l'OHS
 - Haroué : Résidence Beau site (Acis France)
 - Laxou : Maisons de retraite Résidence d'automne (Medica) et Korian Le Gentilé
 - Rosières-aux-Salines : Ehpap public et Carrefour d'accompagnement public social (CAPS)
 - Saint-Nicolas-de-Port : Ehpap du Centre hospitalier
 - Thiaucourt : Ehpap public
 - Vandoeuvre-lès-Nancy : Maison de retraite La Sainte Famille.

admettre un autre patient du CHU au cas où le patient ne pourrait plus, en raison des soins requis, retourner en EHPAD⁹⁰.

Pour faciliter les entrées, le CHU de Nancy a instauré un numéro d'appel unique et a indiqué en annexe 1 l'ensemble des médecins référents en fonction du service concerné. Un protocole relatif aux modalités d'admission et un protocole relatif aux modalités de sortie des patients ont également été élaborés conjointement et annexés à la convention.

Pour que cette convention soit opérationnelle et « vivante », le CHU de Nancy et les EHPAD ont fixé des indicateurs de suivi et prévu une réunion annuelle de concertation.

❖ La convention relative aux modalités d'intervention de l'EMSP

Conformément à l'Instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/2 75 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁹¹, dont l'annexe est une convention type, le CHU de Nancy a formalisé les modalités d'intervention de son EMSP au sein des structures signataires. L'EMSP n'intervient pas dans ces structures pour se substituer à leur personnel mais pour accompagner, conseiller et soutenir les équipes des établissements signataires. Cet accompagnement doit permettre d'anticiper les situations de crise, de choisir le traitement le plus adapté, d'accompagner le patient et ses proches, d'organiser une réflexion éthique etc.

Comme pour la convention relative au parcours de soins des personnes âgées, des indicateurs de suivi ont été fixés dans la convention et une évaluation annuelle prévue.

Qualifiée d' « exemplaire » par le directeur général de l'ARS de Lorraine, présent le 05 juin lors de la signature des conventions, cette démarche doit également permettre, comme l'a indiqué le directeur général du CHU de Nancy, d' « apprendre les uns des autres » dans un contexte démographique qui nécessite de « gérialiser l'hôpital ». La directrice de la filière gériatrique souhaite désormais étendre ces conventions à d'autres

⁹⁰ La question de l'acceptation d'un autre patient lorsque celui envoyé au CHU ne peut plus retourner en EHPAD a pu faire naître quelques crispations chez certains médecins d'EHPAD. Pour autant, la convention stipule bien que cette admission se fait « après avis du médecin coordonnateur et décision du directeur de l'EHPAD », pour un patient ayant « une origine géographique proche de celle de l'EHPAD, dans la mesure où le patient et ses proches en sont d'accord et après validation des dossiers. » Il est vrai cependant qu'il peut être difficile pour un EHPAD d'admettre un patient du CHU dont la demande est récente plutôt qu'un autre patient sur liste d'attente depuis plusieurs mois.

⁹¹ Pour le référentiel d'organisation des soins relatifs aux équipes mobiles de soins palliatifs, cf. annexe II de la Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

EHPAD, certains d'entre eux l'ayant d'ailleurs contactée à l'issue de la signature très médiatisée de cette première vague de conventions.

Ces actions menées sur la filière externe, si elles sont fondamentales, doivent également être complétées par une amélioration des pratiques en interne qui semble plus difficile à mettre en œuvre dans la mesure où elles impliquent une inflexion des rôles et pratiques médicales, paramédicales et de la part des assistants sociaux.

2.1.2 Les actions menées sur la filière externe sont indissociables de la poursuite des travaux en cours sur l'amélioration du fonctionnement de la filière interne

A) Le renforcement des relations médecins-assistants sociaux

En gériatrie sans doute plus que dans les autres spécialités, les assistants sociaux ont un rôle fondamental dans la sortie du patient⁹². Ainsi, au sein du pôle GSP du CHU de Nancy, on compte 2 assistants sociaux à temps plein pour le court séjour gériatrique, 1 à mi-temps pour la PUOG, un à mi-temps pour le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R), 1 à temps plein pour le SSR et 0,15 ETP pour l'USLD, soit 4,15 ETP. Un travail a été mené visant à renforcer les liens entre médecins et assistants sociaux dans les secteurs où la DMS est la plus problématique : en court séjour gériatrique, à la PUOG et en SSR.

La Maison hospitalière Saint-Charles, qui a des DMS similaires à celles du CHU (21 jours en court séjour, 51 jours en SSR) a d'ailleurs, comme me l'a indiqué son médecin-chef, l'intention de renforcer le temps d'assistant social dans l'établissement, tandis que le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port a augmenté son temps d'assistant social au SSR, passant de 0,7 ETP à 1 ETP.

❖ En court séjour gériatrique

En secteur 1 de gériatrie aiguë, l'assistant social participe au staff hebdomadaire. En secteur 2, il y a un point quotidien médecin-assistant social sur les patients stabilisés et les sorties à venir.

⁹² « La place dévolue au service social dans l'établissement est révélatrice de l'appropriation par l'ensemble de la communauté hospitalière de cette problématique de la sortie. Les assistantes sociales ne sont plus appelées au dernier moment mais associées à la prise en charge ; leur positionnement dans la structure a évolué. Le projet du service social au CHU de Brest a été intégré au projet médical ; la place de ce service et l'importance de son rôle sont illustrées par le fait qu'une « direction accueil, droits des malades, et service social » ait été mise en place. » ACKER D., BENSADON A.-C., LEGRAND P., MOUNIER C., IGAS, août 2012, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, p.26.

En outre, lorsque l'institutionnalisation est requise et qu'aucune démarche n'a été entreprise par le patient ou sa famille auparavant, les assistants sociaux formalisent avec le patient la demande d'USLD ou d'EHPAD en même temps que la demande de SSR pour accélérer le processus et « rassurer » les SSR, qui acceptent plus difficilement les patients pour lesquels les démarches de sorties de SSR n'ont pas été réalisées en amont.

❖ A la PUOG

L'assistant social participe aux réunions quotidiennes le matin avec les infirmières, les aides soignantes, les internes, les médecins seniors et parfois la cadre de santé.

Lorsqu'un patient vient d'entrer, l'assistant social explique la situation de vie, le contexte familial, la présence d'aidants et les aides déjà mises en place.

En outre, la chef du pôle GSP, les médecins seniors de la PUOG, une infirmière de la PUOG, le médecin responsable de l'EMLG, l'infirmière de l'EMLG, l'assistant social et la secrétaire de la PUOG se réunissent tous les mois pour examiner les dossiers des patients qui sont restés plus de 5 jours à la PUOG.

❖ En SSR

En SSR, la chef du service est en train de mettre en place le système suivant : tous les jours, le cadre de santé envoie un mail ou laisse un message sur le répondeur du secrétariat du SSR indiquant les coordonnées de la famille des nouveaux entrants. La secrétaire appelle le jour même ou le lendemain la famille pour fixer un rendez-vous avec le médecin et l'assistante sociale.

De plus, tous les mois, la chef du service, l'assistant social et la directrice de la filière gériatrique se réunissent pour discuter des « cas difficiles », c'est-à-dire des patients pour lesquels des difficultés de sortie se posent.

Enfin, de manière plus globale, le cadre socio-éducatif organise tous les mois des rencontres avec des partenaires extérieurs (HAD, SSIAD etc.) pour apprendre à mieux se connaître. Ainsi, en juin 2012, les assistants sociaux de gériatrie ont-ils rencontré des membres de l'HAD de l'OHS.

B) Les différents chantiers en cours avec l'appui de cabinets de conseils

❖ Le repositionnement de l'EMLG

L'équipe du pôle souhaite faire un « bilan des activités et du fonctionnement de l'EMLG afin d'ouvrir une réflexion sur l'évolution de sa structure, de son organisation, et de ses missions ».

Pour cela, un cabinet de conseil, chargé également de travailler sur les délais d'imagerie et sur le parcours du patient au sein du pôle (cf. point suivant) a réalisé une journée d'immersion au sein de l'EMLG. Les consultants indiquent que l'articulation SAU/EMLG peut générer un allongement des durées de passage, lorsque « les patients âgés entrent au SAU en fin d'après-midi et qu'ils attendent sur un brancard une évaluation gériatologique qui ne pourra être réalisée qu'à une échéance pouvant aller jusqu'à 16 heures (« mise en attente » à 17h pour une prise en charge par l'EMLG à 09h le lendemain.) »

Ce constat peut relancer le débat sur la nécessité de créer des urgences gériatriques, que le chef du service de court séjour gériatrique appelle de ses vœux, ou de gériatriser les urgences (dans ce cas, les urgentistes, mieux formés à la gériatrie, n'attendraient pas le retour de l'EMLG le lendemain matin pour orienter le patient).

Les consultants relèvent également que « l'organisation de la sortie des urgences pénalise le CHU ». En effet, le suivi des lits disponibles est « géré manuellement et est actualisé 3 fois par jour par relance téléphonique ». Pour y remédier, le chef du service des urgences, la directrice de la filière gériatrique, la directrice du système d'information et moi avons rencontré le 02 juillet 2012 une société lorraine réalisant des logiciels de gestion des lits, permettant d'avoir une information en temps réel des lits disponibles, de formaliser la DPS (avec rappel au bout de 48 heures si elle n'est pas inscrite, et possibilité d'inscrire un motif lorsqu'elle est modifiée) et offrant aux différentes unités fonctionnelles des services performants : rappel automatique du fait que le patient de telle chambre doit sortir le lendemain au regard de la DPS rentrée, liste des tâches pour préparer la sortie, liste des patients à rapatrier ou à transférer avec la date. L'extraction automatique des données dans un tableau Excel permet d'avoir des éléments qualitatifs extrêmement précieux : il est ainsi possible d'objectiver les raisons de l'augmentation de la DMS dans tel secteur en fonction du motif d'ajustement de la DPS (absence de lit d'aval ; attente de compte rendu d'un examen d'imagerie etc.).

Trois points non abordés par les consultants sont actuellement en réflexion concernant l'EMLG : son intervention dans les EHPAD, afin de diminuer le nombre de passage des

patients âgés aux urgences, et pour procéder également à de la transmission de pratiques au sein des EHPAD, comme cela est le cas à Annecy⁹³ en matière d'escarres.

La deuxième piste de réflexion concerne la détermination de profils patients à examiner aux urgences par l'EMLG : les cinq critères d'alerte présentés *supra* ne seraient pas véritablement utilisés et l'appel à l'EMLG serait très variable selon les urgentistes.

Se pose également la question de savoir si une IDE aux urgences ne suffirait pas, notamment pour procéder à des évaluations de la marche et de la mémoire, le médecin de l'EMLG travaillant alors plus dans les services.

❖ Imagerie et parcours patients

Une des explications avancée au sein du pôle GSP pour expliquer partiellement les durées moyennes de séjour plus longues que la moyenne nationale réside dans les délais d'examen d'imagerie. Un cabinet de conseil réalise, en lien avec l'assistante de gestion, une double étude visant à « clarifier le circuit des demandes d'examen d'imagerie relatives aux patients hospitalisés du pôle gériatrie ; objectiver les délais de réponse entre la prescription de l'acte et le retour du compte rendu ; le cas échéant, définir et mettre en œuvre un plan d'amélioration des différentes composantes de ce circuit. »

Cette double étude prendra la forme d'une analyse rétrospective sur un mois (étude dite « a posteriori ») et d'une analyse en temps réel durant 15 jours, permettant d'analyser la durée entre la date de prescription et la date de réalisation de l'examen, la durée entre la réalisation de l'examen et la validation du compte rendu dudit examen, et le délai total entre la date de la prescription et la date de validation du compte rendu. L'analyse en temps réel durant 15 jours permettra en outre d'identifier s'il y a un délai entre la prescription orale par l'interne et la date de rédaction du bon d'examen par le médecin senior, ou encore s'il y a un délai au niveau du secrétariat d'imagerie entre la réception du bon et la saisie de la date de la demande dans le logiciel Xplore.

Ce même cabinet travaille également sur le parcours des patients au sein de la filière, en identifiant les points de blocage. Il lui a été demandé de proposer des indicateurs, qui pourraient être la durée entre une demande de transfert et le transfert, entre une demande de mutation et la mutation, la durée durant laquelle un lit reste inoccupé, etc. L'objectif est permettre au pôle GSP d'avoir un suivi qualitatif et quantitatif précis et fin et d'objectiver les points de blocage de la filière interne.

⁹³ Comme me l'a expliqué le médecin responsable de l'EMLG du CHU de Nancy lorsque je l'ai interrogé sur les modalités d'intervention des EMLG en EHPAD sur d'autres territoires.

❖ Gestion des lits

Dans le cadre du contrat de performance signé entre le CHU de Nancy, l'ANAP et l'ARS de Lorraine, un cabinet de conseil est venu en appui pour réaliser un audit sur « la gestion des lits » au sein des pôles et services suivants : pôle GSP ; pôle spécialités médicales ; service de médecine interne ; service d'hépatogastro-entérologie ; service de neurochirurgie ; urgences. A la suite d'entretiens individuels, de journées d'immersion, d'analyse de données et de séances de travail avec le département d'informations médicales, il est proposé la mise en œuvre d'un plan d'actions dont les principaux éléments, pour la gériatrie, sont les suivants : en interne, formaliser la DPS, systématiser les check-lists d'entrée, les check-lists de sortie et la visite des sortants en premier, mettre en place un outil de gestion des lits, clarifier la position du CHU à l'égard des familles lorsque celles-ci refusent la solution d'aval proposée ; en externe, poursuivre la mise en place des partenariats et travailler en filières, et institutionnaliser des rencontres régulières avec l'ARS et le Conseil général sur cette problématique. Sur ce volet externe, il est possible de formuler des préconisations stratégiques et opérationnelles.

2.2 Les actions déjà menées par le CHU de Nancy peuvent être étendues et complétées par la coordination territoriale des SSR en Meurthe-et-Moselle sud et par la création d'une filière gériatrique sur le territoire de santé de proximité de Nancy, en s'inspirant d'actions menées sur d'autres territoires.

2.2.1 Participer activement à la coordination territoriale en SSR en Meurthe-et-Moselle sud

A) Le projet initial porté par le CHU et l'OHS

Comme indiqué *supra*, l'ARS de Lorraine a déployé le logiciel Imad, équivalent du logiciel Trajectoire utilisé dans d'autres régions.

Ce logiciel permet de faire une seule demande pour l'ensemble des SSR souhaités (fin des multiples dossiers papiers faxés aux structures), d'avoir les réponses en temps réel (lorsqu'un SSR a accepté le patient, les autres SSR sont informés immédiatement), d'inciter les SSR à consulter au jour le jour les demandes, et non plus une fois par semaine lors de la réunion hebdomadaire. Il permettra également d'avoir une analyse qualitative des profils patients acceptés par tel SSR, refusés par d'autres et d'objectiver ainsi la situation sur le territoire lorrain.

Cependant, on regrette l'absence d'indication sur les disponibilités en lits des structures de SSR.

De plus, le logiciel n'est qu'un outil⁹⁴, et ne permettra pas de résoudre les problèmes d'admission des patients lourds, qu'aucune structure ne souhaite prendre en charge, que l'IGAS appelle des « bedblockers⁹⁵ » ou que la circulaire n° DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation nomme « patients (...) « en impasse hospitalière ».

Pour s'attaquer à ce problème, le CHU et l'OHS estiment nécessaire de créer une fonction de médecin coordonnateur appartenant à une structure d'aval pour optimiser le processus. Ce médecin coordonnateur, qui aura la connaissance de toutes les demandes, interviendra sur les 20% de cas posant problème, objectivés par des délais d'attente pour une place en SSR de plus de 6 jours. Il devra définir les structures susceptibles d'accueillir le patient et établir une relation avec l'EMLG du CHU.

Pour structurer et pérenniser la coopération, et l'étendre ensuite à la Maison hospitalière Saint-Charles et au Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de Port, il avait été décidé de créer un GCS ou une association. J'ai réalisé un tableau comparatif GCS-association à la demande de la directrice de la filière gériatrique. La directrice de la filière gériatrique et le directeur adjoint de l'OHS en charge du département personnes âgées-personnes handicapées ont décidé de créer un GCS principalement pour des raisons de reconnaissance, de lisibilité et d'image. J'ai alors, avec la responsable du développement de l'OHS, rédigé le projet de convention constitutive du GCS (*cf. annexe 4 susmentionnée*). Nous avons pris le parti de rédiger une convention constitutive laissant la place à de nombreuses activités au sein du GCS, permettant peut-être également d'être le réceptacle juridique de la filière gériatrique.

B) La démarche de l'ARS et les questions en suspens

Lors d'une réunion qui s'est tenue le 04 juin 2012 à l'ARS le Directeur de l'Offre de Santé, de l'Autonomie et de l'Animation Territoriale de l'ARS de Lorraine, a fait part de son souhait de créer une animation-régulation, sous l'égide de l'ARS, avec la participation active des établissements de santé. A mon sens, cette coordination pourrait reposer sur la

⁹⁴ Il en va de même pour Trajectoire. Ainsi peut-on lire sur le portail de santé de la région Rhône-Alpes que « même si TRAJECTOIRE est conçu pour fournir une aide précieuse aux professionnels des soins et aux patients, il ne peut en aucun cas se substituer à l'expertise de l'équipe médicale dans le choix du service de soins de suite et de réadaptation le plus adapté à chaque patient. » <http://www.sante-ra.fr/trajectoire.htm>

⁹⁵ FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., IGAS, *Op. cit.*, p.45.

mise en place de correspondants médicaux de territoire, comme cela est le cas dans des régions qui ont déployé le logiciel Trajectoire, et devrait s'accompagner de reconversions de lits de MCO en lits de SSR dans certains établissements des territoires de santé de proximité voisins de celui de Nancy et sa couronne. En effet, le CH de Lunéville va déposer une nouvelle demande d'autorisation de lits de SSR et le CH de Toul, qui dispose d'une autorisation, ne peut la mettre en œuvre pour l'instant en raison de la nécessité de réaliser d'importants travaux. Sur ces deux dossiers, on peut penser que l'ARS pourrait accompagner les établissements dans leur projet de SSR contre des redéploiements internes⁹⁶.

Nous avons donc décidé de laisser en suspens le projet de GCS sous cette forme (GCS à 2, avec extension possible, et avec comme point de départ la création d'un poste de médecin coordonnateur pour les lits d'aval) pour attendre les propositions de l'ARS⁹⁷ et se consacrer à un projet de filière plus ambitieux, incluant d'emblée plus d'établissements.

2.2.2 Créer une filière gériatrique de territoire sur le territoire de santé de proximité de Nancy

Le SROS III avait prévu une filière gériatrique pour chaque TSP⁹⁸. Les orientations stratégiques du projet médical d'établissement 2011-2015 du CHU de Nancy vont dans ce sens : « le CHU de Nancy contribuera à l'optimisation du réseau d'aval en s'appuyant sur l'existant : le réseau Gérard Cuny et le SSR du Grand Nancy pour fluidifier l'aval et permettre la réhospitalisation de patients de SSR vers la gériatrie.

Il prendra également une part active dans la concrétisation de projets spécifiques à l'agglomération nancéienne : création d'une filière gériatrique nancéienne (Maison hospitalière Saint-Charles, OHS, CPN pour la psycho-gériatrie et Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port) en lien avec le PRS. Cette fluidification organisationnelle doit permettre la réalisation des cinq objectifs généraux suivants :

- éviter les hospitalisations en urgence par une meilleure coordination des partenaires du maintien à domicile et les services hospitaliers ;

⁹⁶ Ce projet devrait ainsi allier considérations stratégiques globales de recomposition de l'offre hospitalière et solutions opérationnelles destinées à améliorer la fluidité du parcours du patient gériatrique.

⁹⁷ Une première réunion devrait avoir lieu à la fin du mois d'octobre 2012.

⁹⁸ Ainsi, les établissements de l'Ouest vosgien ont-ils créé une filière gériatrique de territoire : FOUCHET F., SMAGGHE A., avril 2007, « Filière gériatrique sur un territoire de santé. Exemple de l'Ouest vosgien. », *Technologie et santé*, n°61, pp 23-24.

- optimiser la prise en charge de la personne âgée par les structures sanitaires du territoire de santé⁹⁹, notamment dans l'interface entre services d'urgence, services de médecine ou de spécialités et soins de suite ;
- faciliter le retour à domicile en cas d'hospitalisation et promouvoir les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- offrir aux médecins généralistes un recours facilité au pôle d'évaluation, ainsi qu'une plus grande lisibilité et accessibilité aux dispositifs de prise en charge ;
- développer la prévention de la perte d'autonomie par l'évaluation gériatrique et les consultations mémoire, élaborer des plans d'aides et de soins individualisés avec suivi personnalisé, et structurer la prise en charge spécifique des maladies d'Alzheimer et apparentées. »

Le CHU de Nancy sera l'établissement support de la filière puisqu'il dispose du SAU, d'un service de court séjour gériatrique et de l'EMLG.

On peut s'étonner de lire dans les orientations stratégiques du projet médical d'établissement le terme de « création » d'une filière gériatrique nancéienne. On pourrait penser, de prime abord, que la filière gériatrique nancéienne existe déjà et qu'elle est constituée en réseau (le réseau Gérard Cuny). En réalité, si le réseau intervient en amont (repérage des personnes âgées fragiles, évaluations gériatriques spécialisées) et en aval de l'hospitalisation (visite de la personne à son domicile 3 semaines après sa sortie de l'hôpital) et permet également l'accès, notamment pour l'EMLG aux urgences, à des informations sur l'historique du patient lorsqu'il est connu du réseau (derniers traitements connus, antécédents, GIR, etc.), il ne s'occupe pas du parcours sanitaire du patient, c'est-à-dire du passage du court séjour gériatrique au SSR puis à l'USLD, ce qui intéresse au premier chef le CHU de Nancy et les établissements environnants. Or comme il est indiqué dans la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, « du fait de sa dimension territoriale, une filière doit s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée. »

Au regard de cette précision, deux scénarii sont alors possibles : créer une filière sanitaire de territoire et s'articuler ensuite avec le réseau, ou « greffer » notre projet au réseau, qui déploie actuellement un projet proche du nôtre, mais sur le volet hôpital-domicile¹⁰⁰.

⁹⁹ Souligné par nous.

- A) Scénario numéro 1 : créer une filière sanitaire de territoire et s'articuler ensuite avec le réseau

❖ Méthodologie

Le volume 1 du guide méthodologique des coopérations territoriales de l'ANAP indique « les préalables à une coopération territoriale » et propose « une méthode de conduite des projets de coopération ».

En s'inspirant des travaux de l'ANAP, mais également des travaux menés sur d'autres territoires et présentés par des élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans leurs mémoires¹⁰¹, et au regard de l'état d'avancée de la réflexion sur le TSP de Nancy, nous avons, avec la directrice de la filière gériatrique et la chef du pôle GSP, au cours de deux séances de travail les 07 et 09 août 2012, défini la méthodologie suivante :

1. Délimiter le territoire : il s'agit du TSP de Nancy, auquel sera sans doute adjoint le Centre Jacques Parisot, structure de l'OHS¹⁰² située à Bainville-sur-Madon (sur le TSP 14) comprenant 100 lits de SSR, dont 60 reconnus « affections de la personne âgée et personnes polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance¹⁰³. »

2. Août-septembre 2012 : enrichir le diagnostic territorial que j'ai réalisé (cf. *supra*) : la chef de pôle, la directrice de la filière gériatrique et moi avons élaboré un tableau comprenant le nombre de lits d'HDJ, de court séjour gériatrique, d'USLD, d'EHPAD, de gérontopsychiatrie, de places d'HAD, l'existence ou non de consultation d'oncogériatrie par établissement (pour les 4 structures invitées à participer au projet : le CHU de Nancy, l'OHS, la Maison Hospitalière Saint-Charles et le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port). Ce tableau de dimensionnement de la filière (cf. *annexe 11*) a été envoyé début septembre aux structures pour corrections et/ou ajouts éventuels.

3. 10 octobre 2012 : organiser une première rencontre avec les 4 structures intéressées par le projet : le CHU de Nancy, l'OHS, la Maison Hospitalière Saint-Charles et le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, en présence d'un représentant du directeur général de l'ARS (1^{ère} rencontre du COPIL) avec l'ordre du jour suivant :

¹⁰⁰ On insistera ici sur le fait qu'il s'agit de préconisations et de scénarii envisagés. Ces préconisations pourraient se heurter à des jeux d'acteurs liés à des enjeux de pouvoir que j'ai pu sentir lorsque j'ai interrogé des directeurs et des médecins-chefs ou coordonnateurs sur le TSP de Nancy.

¹⁰¹ BURNIER A., *Op. cit.* ; CORNEFERT B., *Op. cit.* ; BISSARDON C., *Op. cit.* ; ERGUY I., *Op. cit.*

¹⁰² Ce choix apparaît logique au regard des coopérations déjà existantes avec l'OHS, qui dispose de structures à Nancy, Flavigny sur Moselle (les deux premières étant situées sur l'ex-TSP 16) et Bainville-sur-Madon (sur le TSP 14).

¹⁰³ Là encore la DMS flirte avec les 50 jours (49,5 jours) sur les 60 lits de SSR reconnus « affections de la personne âgée et personnes polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance

- Présentation par la chef du pôle GSP d'un état des lieux, du bilan de l'existant : nombre de lits total, nombre de lits par structure, bilan des coopérations formelles ou informelles déjà existantes entre les établissements
- Présentation par la directrice de la filière gériatrique du CHU de Nancy des objectifs généraux ou orientations stratégiques d'une filière gériatrique au regard de la circulaire du 28 mars 2007 et du programme régional de santé de l'ARS de Lorraine et discussion sur les objectifs spécifiques ou opérationnels à atteindre et les attentes de chacun des acteurs. Conformément à la méthodologie adoptée dans le département de la Loire, il s'agit d'aboutir à « un diagnostic partagé » permettant de « dégager des objectifs plus opérationnels¹⁰⁴ ».
- Présentation par l'élève directeur de modèles de filières : Versailles (filiale gériatrique 78-1 Nord), Rambouillet (filiale gériatrique 78 Sud), Montbrison (en région Rhône-Alpes) et synthèse des éléments qui pourraient être repris avec profit sur le territoire de santé de proximité nancéien.

Une discussion sur l'intégration dans la filière du CPN de Laxou, à quelques kilomètres de Nancy, du Centre hospitalier de Pompey (sur le TSP 15, avec lequel le CHU a signé une convention pour des lits de SSR) et l'Association hospitalière Saint-Eloi à Neuves-Maisons (sur le TSP 14, qui dispose de 30 lits de SSR polyvalents, de 27 lits d'EHPAD et de 50 places de SSIAD, et avec laquelle la Maison hospitalière Saint-Charles a développé un partenariat privilégié), a également eu lieu lors de cette réunion.

4. Début décembre 2012 : organiser une deuxième réunion du COPIL avec l'ordre du jour prévisionnel suivant :

- Présentation par un gériatre extérieur à l'établissement ayant participé à la constitution d'une filière gériatrique de la méthodologie adoptée pour y parvenir. Ce gériatre pourrait également apporter son expertise sur la méthodologie retenue à Nancy et sur les orientations à donner au groupe projet qui sera constitué lors de cette réunion.
- Constitution d'un groupe projet chargé de rédiger le projet de convention constitutive ou de charte de filière. Au cours de cette réunion, le COPIL donnera au groupe projet des orientations précises, les grands axes de la

¹⁰⁴ BISSARDON C., *Op. cit.*, p.30.

convention ou de la charte de filière, ainsi que son mode de gouvernance. Si le choix de créer une structure juridique est fait, il s'agira pour le groupe projet de rédiger le projet de convention constitutive (de GCS par exemple) et un projet pour la structure juridique. S'il est décidé de ne pas donner de personnalité morale à la filière, une convention constitutive ou charte de filière devra être rédigée.

Ce groupe devrait être composé d'un binôme directeur-médecin par établissement, sous la forme titulaire-suppléant pour permettre au groupe de se réunir plus facilement, d'une personne de l'ARS, d'un ou deux experts juridiques (sans doute la directrice des affaires juridiques du CHU et la responsable du développement de l'OHS), et du gériatre extérieur au CHU de Nancy. Pour les experts juridiques et le gériatre extérieur, ils participeront directement aux réunions ou apporteront leur expertise par échange de courriels. La convention constitutive ou la charte de filière devrait être rédigée d'ici la fin du mois de janvier 2013.

5. Fin février 2013 : le groupe projet, après en avoir fait une première restitution au COPIL, présentera le projet de convention constitutive ou de charte filière au cours d'une réunion d'information rassemblant les médecins des structures, les cadres supérieurs et l'assistante de gestion du pôle GSP du CHU. Cette réunion visera à communiquer de manière plus large sur le projet et à recueillir le point de vue des membres du corps médical et paramédical qui ne siègent ni dans le COPIL, ni dans le groupe projet, leur permettant ainsi de s'approprier le projet.

6. Fin avril 2013 : signature de la charte de filière ou de la convention constitutive de GCS.

7. Mai 2013 : communication officielle et début du travail avec les partenaires, et notamment les EHPAD signataires de la convention avec le CHU et la Maison hospitalière Saint-Charles, le CLIC, le Conseil général, les deux réseaux du TSP 16 et les SSIAD.

- ❖ Propositions de points à développer dans la convention constitutive de la filière gériatrique nancéienne ou dans le projet de la structure juridique créée

En s'inspirant de ce qui s'est fait sur d'autres territoires (en Ile-de-France et en Rhône-Alpes notamment¹⁰⁵), et au regard des besoins sur le TSP de Nancy, qui sont essentiellement des besoins de coordination, il est possible de lister les éléments sur

¹⁰⁵ BURNIER A., *Op. cit.* ; CORNEFERT B., *Op. cit.* ; BISSARDON C., *Op. cit.*

lesquels la convention constitutive (charte de filière) ou le projet de la structure juridique (si le choix de doter la filière de la personnalité morale est fait), devra, à mon sens, insister :

- Une gouvernance souple et réactive, grâce à un comité ou une cellule de coordination comprenant les directeurs, les médecins-chefs des structures, un médecin urgentiste du CHU de Nancy et animée par un médecin coordonnateur. Ce dernier, « disposant de la qualification de gériatre, doit permettre de coordonner les unités médicales et services dédiés à la mise en œuvre du parcours gradué des patients âgés (...) Ce responsable aura un rôle d'animation. Il sera le correspondant identifié de la filière¹⁰⁶ ».

Comme le préconise Antoine BURNIER dans son mémoire sur la filière gériatrique versaillaise, il faut « affirmer le rôle central du médecin coordonnateur », en raison de « l'éminent besoin de coordination des acteurs », que nous avons également relevé lors de la réalisation du diagnostic territorial sur le TSP de Nancy¹⁰⁷. « Il ou elle incarnera physiquement la filière et conditionnera grandement sa réussite » (...) en orientant les patient, développant « des synergies et favoris[ant] le travail en réseau », et en « procéd[ant] régulièrement à un recensement et une analyse des dysfonctionnements de la filière » .

- L'intégration du médecin coordonnateur au sein de l'EMLG du CHU de Nancy et l'intervention de cette dernière sur l'ensemble du TSP 16
- L'interfaçage des systèmes d'information
- Les modalités d'admission, de mutation et de transfert
- La communication des disponibilités en lits pour fluidifier les sorties (« régulation bi-quotidienne des lits disponibles en court séjour gériatrique et en SSR », comme cela est le cas pour la filière centre 78-1 (ville nouvelle)¹⁰⁸
- La création d'un « script d'analyse » commun, c'est-à-dire d'un document d'évaluation servant à objectiver le besoin du patient en termes de structure d'aval : SSR, domicile avec HAD, USLD etc. Cette évaluation, qui sert de base à l'orientation du patient, n'est actuellement pas formalisée et pourrait permettre d'aboutir à une meilleure adéquation besoin du patient - structure d'aval nécessaire – structure d'aval disponible
- Le recours à la télémédecine, pas encore utilisée au CHU de Nancy en gériatrie

¹⁰⁶ BOLLINET J.-M., GUETAT P., VERMOREL M., janvier-février 2009, « Filières gériatriques. Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », *RHF*, n° 526, p.38.

¹⁰⁷ Si le médecin coordonnateur ne pourra bien sûr pas imposer un patient à une structure, son rôle d'animation-coordination au service de l'ensemble des acteurs devrait permettre de fluidifier le parcours du patient gériatrique sur le TSP de Nancy.

¹⁰⁸ BURNIER A., *Op. cit.*, p.48.

- Le développement de l'HAD
- La mise en commun des protocoles et bonnes pratiques
- La création de documents communs : c'est déjà le cas pour les dossiers de demande d'USLD entre le CHU de Nancy, la Maison hospitalière Saint-Charles, l'OHS et le Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port.
- Le développement du temps médical partagé
- La formalisation de rencontres entre assistants sociaux
- Des formations communes
- Des mesures destinées à améliorer l'attractivité du secteur gériatrique
- Des mesures visant à renforcer la prise en charge gérontopsychiatrique
- Des modalités d'évaluation du fonctionnement de la filière, à l'aide d'indicateurs : « nombre de patients ayant fait l'objet d'une intervention du coordinateur médical et/ou du gestionnaire de cas, développement d'interfaçage des systèmes informatiques des établissements labellisés ou création d'un outil commun de suivi du parcours de soins dans la filière, développement des techno-gérontologies (télé-assistance à domicile, dispositif de visioconférences, téléconsultations gériatriques ou psychologiques)¹⁰⁹ », taux de personnes de plus de 75 ans hospitalisés en court séjour gériatrique arrivés par les urgences, évolutions des DMS en court séjour gériatrique et en SSR, etc.

Une fois la filière formalisée, ou en parallèle de la rédaction de la charte constitutive ou du projet de groupement, des groupes de travail thématiques pourront être mis en place pour rédiger la fiche de poste du médecin coordonnateur, organiser des formations communes, mettre en commun des protocoles et des bonnes pratiques, définir le système d'information de la filière et les modalités de communication des lits disponibles, autrement dit pour incarner, concrétiser et faire vivre le contenu de la charte de filière ou du projet défini par les acteurs, et dont on a listé ci-dessus les éléments proposés.

Le financement du poste de médecin coordonnateur pourrait être réparti entre les membres de la filière, et les surcoûts liés à l'intervention de l'EMLG hors les murs du CHU de Nancy seraient à discuter avec l'ARS, qui, lors de la réunion du 10 octobre, n'a pas exclu d'attribuer une aide financière pour le déploiement du projet de filière.

- B) Scénario numéro 2 : se greffer sur le projet du réseau Gérard Cuny dans le cadre de l'expérimentation issue de l'article 70 de la LFSS 2012 et intégrer le médecin coordonnateur dans la future cellule d'ordonnancement

Le 29 août 2012, je devais, avec la chef du pôle GSP, présenter notre démarche au médecin responsable du réseau Gérard Cuny pour que nous puissions échanger sur les

¹⁰⁹ BOLLINET J.-M., GUETAT P., VERMOREL M., *Op. cit.*,p.39.

futurs liens réseau-filière. La chef du pôle GSP ayant eu un empêchement de dernière minute, je m'y suis rendu seul. Le médecin responsable du réseau Gérard CUNY m'a alors présenté le projet retenu dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie visant à prévenir l'hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital¹¹⁰ en application de l'article 70 de la LFSS 2012 (suite au rapport du HCAAM présenté *supra*).

Le projet lorrain prévoit notamment le recrutement d'un infirmier coordonnateur dont l'une des missions sera d'aider à la mise en place de cellules d'ordonnancement dans les établissements participant à l'expérimentation (CHU de Nancy, Maison hospitalière Saint-Charles, Centre hospitalier de Toul, Centre hospitalier de Bar-le-Duc), et de favoriser la gestion de la sortie de l'hôpital pour un retour à domicile. Comme me l'a dit le médecin responsable du réseau « c'est la même idée, mais sur le volet hôpital-domicile, que celle que vous avez pour le volet sanitaire (du court séjour gériatrique au SSR, du SSR à l'USLD) avec votre idée de médecin coordonnateur. » Par conséquent, le médecin coordonnateur du réseau suggère d'intégrer notre médecin coordonnateur dans la cellule d'ordonnancement, d'autant qu'un travail sur la mise en place d'un logiciel informatique et sur les lits d'aval sera inclus dans le projet.

La chef du pôle GSP est plus favorable au scénario numéro 1. Selon elle, la cellule d'ordonnancement est centrée sur le parcours du patient et sur les cas complexes (type gestionnaire de cas), là où la cellule de coordination de la filière, animée par le médecin coordonnateur, est plus axée sur les relations entre les structures sanitaires, la maîtrise la mesure et le suivi des flux entre structures et leur évaluation. Autrement dit, elle pense que la cellule d'ordonnancement ne pourrait pas être l'organe de fonctionnement de la filière, qui doit être un organe « managérial » selon ses termes.

Il n'en demeure pas moins qu'inclure un médecin coordonnateur dans la cellule d'ordonnancement du CHU pourrait être une solution de repli si le projet de filière venait à connaître des difficultés. A l'inverse, si le projet de filière aboutit, des liens étroits devront se nouer entre la cellule d'ordonnancement et le médecin coordonnateur de la filière.

¹¹⁰ Le médecin responsable du réseau Gérard Cuny a également présenté ce projet lors des Universités d'été de la performance en santé organisées par l'ANAP à Strasbourg le vendredi 31 août et le samedi 1^{er} septembre 2012 portant sur « La coordination des acteurs en santé : effet de mode ou nécessité ? »

Pour consulter le PowerPoint de présentation de ce projet : http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_SEPT2012/Ateliers_REX/UDT2012_Atelier_REX7_Reseaux_ABRAHAM.pdf

Conclusion : De la filière gériatrique à la filière personnes handicapées

La démarche de création d'une filière gériatrique nancéienne, évoquée à de nombreuses reprises ces dernières années, est désormais lancée. Si les établissements parties prenantes semblent conscients de l'apport de la création d'une telle filière, tant en termes de qualité de prise en charge du patient gériatrique que d'équilibre financier, l'histoire et les dynamiques internes de chacune des structures gériatriques peuvent être un frein si ce projet n'est pas inscrit dans une démarche « gagnant-gagnant », comme a pu le dire le chef du pôle GSP. En ce sens, la dimension communication sera déterminante dans le déroulé des réunions préparatoires, tout comme la bonne articulation entre cellule de coordination de la filière gériatrique – cellule d'ordonnancement suite au projet expérimental issu de l'article 70 de la LFSS 2012 – plateforme de coordination des SSR.

Le problème des lits d'aval ne se posant pas qu'en gériatrie, le CHU de Nancy devrait s'engager dans le déploiement d'autres filières. Ainsi, en spécialités médicales, le délai d'attente pour une place de SSR est de 15 jours et la DMS supérieure de 1,2 jours à la moyenne nationale, et le service de neurologie fait également face à des difficultés d'aval. Et ce d'autant que ces spécialités n'ont plus accès au SSR du CHU, réservé aux patients gériatriques, ce qui n'est pas sans créer certaines tensions en interne. Ces problèmes de lits d'aval représentent ainsi un enjeu considérable en termes de qualité de soins et en termes financiers pour les établissements de santé. Ainsi, comme l'écrit le cabinet venu en appui du chantier gestion des lits au CHU de Nancy, « au total, la résolution des difficultés vers l'aval et l'atteinte de la DMS moyenne de la base nationale pourrait permettre, sur le périmètre étudié¹¹¹, de réaliser 2 531 séjours supplémentaires par an. Ces séjours supplémentaires pourraient générer 9,7 millions d'euros supplémentaires par an si le potentiel d'activité à absorber est bien présent. »

Une première piste d'actions concerne les patients lourdement handicapés, pour lesquels la sortie est difficile. En juin 2012, le cadre socio-éducatif avait recensé 30 patients présents dans les services depuis plus de 30 jours, médicalement sortants, mais restant au CHU faute de lits d'aval. Ces patients, qui ne sont pas forcément âgés, sont hospitalisés en neurochirurgie, neurologie, maladies respiratoires, endocrinologie et relèveraient de MAS ou de FAM. L'idée qui a émergé à la suite d'une réunion à l'ARS le 12 juillet 2012 en présence du délégué territorial 54 de l'ARS, d'un médecin animateur territorial de l'ARS, de la directrice de la filière gériatrique du CHU de Nancy, du cadre

¹¹¹ Pôle GSP ; pôle spécialités médicales ; service de médecine interne ; service d'hépto-gastro-entérologie ; service de neurochirurgie ; urgences.

socio-éducatif du CHU de Nancy et l'élève directeur, serait de mettre en place une filière personnes handicapées avec les acteurs concernés.

Cette filière se traduirait par l'élaboration d'une convention-type et la signature de conventions bilatérales CH(U)-Etablissements de type FAM, MAS, Appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS). Ces conventions formaliseraient :

- les échanges en amont : visite du patient qui pourrait aller en MAS ou en FAM par le personnel de la MAS ou du FAM pour examiner les appareillages nécessaires, le traitement administré, échanger avec le personnel du CHU sur les adaptations éventuelles pour un accueil de la personne par la MAS ou le FAM à une date déterminée ;
- la formation par le personnel du CHU du personnel de la MAS à l'utilisation de certains matériels, à certaines prises en charge (partage de pratiques).
- les éventuelles interventions du CHU dans ces structures
- les modalités d'admission directes dans les services du CHU, sans passer par les urgences en cas de décompensation.

J'ai ainsi préparé une proposition de déroulé pour une future réunion rassemblant les centres hospitaliers, les FAM, les MAS, les LHSS et les ACT de Meurthe-et-Moselle sud, sous l'égide de l'ARS et du Conseil général¹¹², pour lancer la démarche et proposer ce type de conventionnement.

L'idée est de faire naître ainsi des coopérations opérationnelles et vivantes avec la mise en place d'un comité de suivi, d'évaluation et de réajustement au sein duquel l'ARS serait présente, et ainsi de doubler la filière gériatrique d'une filière personne handicapée qui serait pionnière.

¹¹² Le Conseil général s'engage également dans un rapprochement des secteurs « handicap » et « personnes âgées » puisque comme me l'a indiqué le gériatre responsable du secteur personnes âgées au Conseil général, le prochain schéma gérontologique et le prochain schéma handicap ne feront qu'un.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

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

Circulaire DHOS/O2 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »

Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Circulaire N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Instruction N° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Ouvrages

AQUINO J.-P., PIETTE F., 2011, « Domaines, champs et spécificités de l'activité gériatrique », in *Second livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, pp. 54-70.

JEANDEL C., 2011, « Pourquoi un second livre blanc de la gériatrie française ? » in *Second livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, pp. 14-15.

LUCAS P., 2004, « Les filières de soins gériatriques hospitalières (circulaire du 18 mars 2002) : commentaires d'un directeur d'hôpital », in *Livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, pp. 160-164.

MOULIAS R., 2004, « Vieillesse, dépendance, handicap : une évolution des concepts », in *Livre blanc de la gériatrie française*, ESV Production, pp. 69-70.

Plans et Documents de planification

ARS de Lorraine, *Projet régional de santé*

Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, *Schéma gérontologique départemental 2009-2013*, 70 p.

Plan Solidarité – grand âge présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2006, 39 p.

Rapports

ACKER D., BENSADON A.-C., LEGRAND P., MOUNIER C., IGAS, août 2012, *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, 118 p.

FOUQUET A., TREGOAT J.-J., SITRUK P., IGAS, juillet 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, La Documentation française, 121 p.

GIMBERT V., GODOT C., CAS, 2010, *Vivre ensemble plus longtemps, Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*, 311 p.

HCAAM, juin 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie*, 186 p.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, *Un programme pour la gériatrie. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, rapport remis au ministre de la santé et des solidarités, 54 p.

Etudes

ATIH, juillet 2012, *Veillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, 31 p.

INSEE, octobre 2010, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », *INSEE Première*, n°1320, 4 p., p.1.

Guides méthodologiques

ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales* (4 volumes et 2 annexes)

ANAP, août 2011, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire. Retours d'expérience*, 76 p.

ANAP, janvier 2012, *Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*, 80 p.

ANAP, avril 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique*, 104 p.

Articles

« Accompagner la vieillesse est aussi une priorité », 07 août 2012, *Le Monde*, Editorial

BAQUE A., avril 2007, « Création d'une filière gériatrique. Partir d'une coordination gériatrique », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 30-36

BIDAUT A, JAMOT M., avril 2007, « Comment constituer sa filière gériatrique ? », *Technologie et santé*, n°61, pp. 12-14, p. 13.

BOLLIET J.-M., GUETAT P., VERMOREL M., janvier-février 2009, « Filières gériatriques. Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », *RHF*, n°526, pp. 36-39

BOUBET-RIVIERE F., LEFAY V., avril 2007, « L'Ehpad dans le réseau », *Technologie & Santé n°61*, pp. 28-29

FOUCHET F., SMAGGHE A., avril 2007, « Filière gériatrique sur un territoire de santé. Exemple de l'Ouest vosgien. », *Technologie et santé*, n°61, pp 23-24.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., janvier-février 2007, « Rôle et missions des filières gériatriques », *RHF*, n°514, pp. 59-61

JEANDEL C., VIGOUROUX P., avril 2007, « Programme pour la gériatrie. Labellisation des filières », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 8-11.

LAFORCADE M., mars-avril 2011, « Continuité du parcours de soins. Contribution d'une ARS et des professionnels de santé », *RHF* n°539, mars-avril 2011, pp. 14-15

LUSSIER M.-D., PACCALIN M., PORCHERON J.-B. et al., mars-avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue Hospitalière de France (RHF)*, n°526, pp.30-34.

MALEVERGNE E., FORTIN P., PICHON B., avril 2007, « Admission et sortie d'hospitalisation », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 37-38

MARTINEZ M., PINEAU C., STEINEUR M.-P., avril 2007, « La filière gériatrique d'un hôpital local », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 16-17.

OULD-AOUDIA V., GIRAUD P., avril 2007, « La mise en place d'un pôle gériatrique, huit ans après », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 15-16

SIMON-PREL R., avril 2007, « Les filières gériatriques dans la planification sanitaire », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 17-20.

POUTOUT G., avril 2007, « L'articulation des filières gériatriques avec les réseaux », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 25-27

RICHARD F., ANDREY D., BLONDELET I. et al., février 2012, « Soigner en post-urgences en gériatrie et promouvoir une hospitalisation courte », *La revue de l'infirmière* n°178, pp.37-38.

SIMON-PREL R., mars-avril 2008, « Filières gériatriques en Ile-de-France », *RHF*, n°521, pp. 76-78

SMAGGHE A., avril 2007, « Les filières gériatriques hospitalières et les personnes âgées fragiles », *Technologie & Santé*, n°61, pp. 39-40

VELLA B., GILLETTE S., LAFONT C. et al., mars-avril 2008, « CHU de Toulouse : du pôle gériatrie au gérontopôle », *RHF* n°521, pp. 80-82

VERGER L., mai-juin 2011, « Prise en charge gériatrique au CHU de Nancy. Equipe mobile et unité de post urgences », *Techniques Hospitalières*, n°727, p. 26, pp. 25-26.

VERGER P., mars-avril 2010, « CHU de Limoges - EHPAD de la Haute-Vienne. Assurer le succès d'une collaboration sanitaire/médico-sociale », *RHF* n°533, pp. 58-60

VIGNERON E., août-septembre 2009, « Aménagement du territoire et efficience – Quels niveaux de territoires pour la santé ? », *Gestions Hospitalières* n°488, pp. 449-452

VIGOUROUX P., 23 avril 2012, « La personne âgée indésirable à l'hôpital ? », *La Croix*.

Dépêches

APM International, 24 mai 2011 : « CHU de Limoges : une unité de recours et de soins gériatriques contribue à désengorger les urgences. »

APM International, 5 juin 2012 : « Gérontologie : le CHU de Nancy et 13 Ehpad s'engagent sur les parcours de soins et la démarche palliative. »

Hospimedia, 5 juin 2012 : « Coopération. Le CHU de Nancy organise sa filière gériatrique avec les EHPAD environnants. »

APM International, 6 juin 2012 : « Parcours de santé des personnes âgées: 11 projets d'expérimentations retenus. »

APM International, 20 juillet 2012 : « La part croissante des patients âgés à l'hôpital proportionnelle au vieillissement de la population (ATIH). »

APM International, 02 octobre 2012 : « PLFSS 2013 : de nouvelles expérimentations sur le "parcours de santé" des personnes âgées »

APM International 08 octobre 2012 : « Rhône-Alpes : une astreinte téléphonique gériatrique sera mise en place ».

Mémoires

BISSARDON C., 2011, *La place d'un établissement de santé référent et animateur de la filière gériatrique de territoire : l'exemple du Centre hospitalier de Montbrison*, mémoire de l'EHESP, 82 p.

BURNIER A., 2008, *Humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière gériatrique versaillaise*, Directeur d'établissement sanitaire et social, mémoire de l'EHESP, 90 p.

CORNEFERT B., 2009, *Le Territoire en santé, un élément déterminant d'une prise en charge optimale de la personne âgée : l'exemple de Rambouillet*, mémoire de l'EHESP, 68 p.

ERGUY I., 2011, *Les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le territoire de santé Navarre – Côte Basque*, 90 p.

ETCHETTO C., 2009, *La création d'une filière gériatrique au Centre hospitalier Saint Nicolas de Blaye. Vers une prise en charge globale qualitative et cohérente de la personne âgée sur le territoire de la Haute Gironde*, mémoire de l'EHESP, 75 p.

LEBEE E., *La mise en place des filières gériatriques hospitalières à l'hôpital Charles Foix*, décembre 2009, mémoire de l'EHESP, 97 p.

FERRIER M., 2011, *La prise en charge des personnes âgées dans les services non gériatriques du CHU de Grenoble*, mémoire de l'EHESP, 80 p.

TRIESTE P., 2009, *De la filière gériatrique intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le Centre Hospitalier de Gonesse*, mémoire de l'EHESP, 74 p.

Conférences

VIGOUROUX P., *Les personnes âgées aux urgences aujourd'hui : quels défis ? Quels enjeux ?*, 15 septembre 2011, EHESP.

23-24 mai 2012 : Hôpital Expo :

- *Les nouveaux modes de tarification dans les EHPAD : pourquoi ? comment ?* (mercredi 23 mai après-midi)
- *Le financement du SSR* (jeudi 24 mai matin)
- *Sanitaire et médico-social, vous avez dit territoire ?* (jeudi 24 mai après-midi)

Sites Internet

<http://www.cneh.fr/Ev%C3%A9nements/Fili%C3%A8resG%C3%A9riatriques/tabid/309/Default.aspx> : PowerPoint des intervenants du colloque sur les filières gériatriques du 30 janvier 2007

http://www.chu-nancy.fr/photos_chu/actualites12/mai/chiffres_cles_chu-2011-160512-web.pdf : CHU de Nancy, Chiffres-clés 2011

<http://www.chu-nancy.fr/index.htm/page710langfr> : Fin de vie : accompagner les patients et soutenir les soignants

<http://www.chu-nancy.fr/index.htm/page761langfr> : Vill'Hôp : le lien direct avec les généralistes

http://www.cg54.fr/uploads/media/fiche_territoire_nancy.pdf : Site du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, avec la fiche du territoire de Nancy et sa couronne

http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_SEPT2012/Ateliers_REX/UDT2012_Atelier_REX7_Réseaux_ABRAHAM.pdf : PowerPoint de présentation du projet du réseau Gérard Cuny dans le cadre de l'expérimentation issue de l'article 70 de la LFSS 2012.

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_mission_Luc_Broussy.pdf : lettre de mission adressée par la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie à Monsieur Luc BROUSSY

Documents internes à l'établissement

Contrat de performance, 2010

PowerPoint de présentation du projet de PUOG, 2010

PowerPoint de présentation du projet d'UCC, 2010

Projet du pôle GSP 2010-2015

Rapport ANAP « chantier urgences 2010 au CHU de Nancy » (document interne au CHU)

Contrat du pôle GSP 2011-2014

Bilan du contrat de pôle à fin 2011 et avenant au contrat du pôle GSP

Comptes de résultats analytiques du pôle GSP

Les + de 75 ans aux urgences : enquête interne, 2011

Les sorties vers les SSR : enquête interne, 2012

Orientations stratégiques du projet médical d'établissement 2011-2015

Projet de recherche vieillissement normal et pathologique : mécanismes et conséquences sur la santé de la population, 2012

Documents des cabinets de conseil intervenant dans l'établissement

Synthèse du chantier gestion des lits, 2012

Compte rendu de l'immersion au sein de l'équipe d'EMLG, 2012

Comptes rendus des réunions de travail du groupe médecine polyvalente, gériatrie et SSR dans le cadre de l'élaboration d'un projet médical coordonné pour le GCS des centres hospitaliers de Lunéville, Pont-à-Mousson, Toul, du GCS de l'Ouest Vosgien, de la Maternité Régionale Universitaire et du CHU de Nancy, 2012

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des réunions et conférences

Annexe 2 : Planning des entretiens

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 4 : Convention constitutive du GCS initialement prévu entre le CHU et l'OHS

Annexe 5 : Statistiques d'entrées et sorties des patients de court séjour gériatrique (secteur 1 et secteur 2) et de la PUOG

Annexe 6 : Carte des TSP de Lorraine

Annexe 7 : Carte de la Meurthe-et-Moselle

Annexe 8 : Carte des SSR « affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance » de Lorraine

Annexe 9 : Carte des USLD de Lorraine

Annexe 10 : Diagnostic territorial détaillé du TSP de Nancy

Annexe 11 : Tableau de dimensionnement de la filière gériatrique de Nancy et sa couronne

Annexe 1 : Liste des réunions et conférences

15 septembre 2011 : Les personnes âgées aux urgences aujourd'hui : quels défis ? Quels enjeux ? Philippe VIGOUROUX, Directeur général du CHU de Nancy, Conférence donnée à l'EHESP.

23 mars 2012 : Séance de travail sur la rédaction d'une convention constitutive d'un GCS avec la responsable du développement de l'Office d'Hygiène Sociale

25 avril 2012 : Réunion de finalisation des conventions CHU de Nancy-EHPAD

27 avril 2012 : Comité de direction du Pôle Gériatrie et Soins Palliatifs

09 mai 2012 : Réunion de préparation de la visite de conformité de l'Unité Cognitive-Comportementale

10 mai 2012 : Réunion du groupe de travail médecine polyvalente, gériatrie et SSR dans le cadre de l'élaboration d'un projet médical coordonné pour le GCS des centres hospitaliers de Lunéville, Pont-à-Mousson, Toul, du GCS de l'Ouest Vosgien, de la Maternité Régionale Universitaire et du CHU de Nancy

18 mai 2012 : Réunion départementale de la FHF Lorraine pour les établissements du secteur médico-social gérant des EHPAD

22 mai 2012 : Rencontre avec le directeur adjoint de l'OHS, en charge du département personnes âgées et personnes handicapées et la responsable du développement de l'OHS sur le projet de convention constitutive d'un GCS

23-24 mai 2012 : Hôpital Expo :

- Les nouveaux modes de tarification dans les EHPAD : pourquoi ? comment ? (mercredi 23 mai après-midi)
- Le financement du SSR (jeudi 24 mai matin)
- Sanitaire et médico-social, vous avez dit territoire ? (jeudi 24 mai après-midi)

04 juin 2012 : Rencontre avec le directeur de l'offre de santé, de l'autonomie et de l'animation territoriale, le chef de département des établissements de santé, le chef de département du secteur médico-social, le Délégué Territorial Meurthe-et-Moselle, un animateur territorial et un chef de projet à l'ARS de Lorraine au sujet de la coordination territoriale en SSR, la filière gériatrique et les relations avec les structures types MAS-FAM.

05 juin 2012 : Signature des conventions avec les EHPAD

06 juin 2012 : Séance de travail sur la rédaction d'une convention constitutive d'un GCS avec la responsable du développement de l'Office d'Hygiène Sociale

19 juin 2012 : Rencontre avec le directeur général de l'OHS, le directeur adjoint de l'OHS, en charge du département personnes âgées et personnes handicapées et la responsable du développement de l'OHS sur le projet de convention constitutive d'un GCS

02 juillet 2012 : Réunion de présentation par une société d'un logiciel de gestion des lits

10 juillet 2012 : Conférence téléphonique avec un cabinet de conseil chargé d'identifier et d'objectiver les points de blocage dans le parcours du patient âgé (le volet imagerie a été abordé lors de cette réunion)

12 juillet 2012 : Rencontre avec le Délégué Territorial Meurthe-et-Moselle et un animateur territorial de l'ARS Lorraine sur la filière d'aval des cas complexes (patients médicalement sortants mais qui restent au CHU de Nancy faute de filière d'aval) relevant d'une structure de types MAS-FAM.

07 août 2012 : Réunion avec la chef du pôle GSP et la directrice de la filière gériatrique : définition de la méthodologie, de la gestion de projet et du calendrier prévisionnel de construction de la filière gériatrique sur le territoire nancézien

09 août 2012 : Réunion avec la chef du pôle GSP et la directrice de la filière gériatrique : définition de la méthodologie, de la gestion de projet et du calendrier prévisionnel de construction de la filière gériatrique sur le territoire nancézien

20 août 2012 : Rendez-vous avec la chef du pôle GSP pour préparer la présentation de notre démarche à la responsable du réseau Gérard Cuny et les futurs liens réseau-filière

17 septembre 2012 : Réunion animée par le cabinet de conseil en charge du parcours des personnes âgées au sein du CHU : méthodologie d'élaboration d'indicateurs

24 septembre 2012 : Réunion avec la présidente et le médecin responsable du réseau Gérard Cuny , la directrice de la filière gériatrique, la chef du pôle GSP, l'adjoint du chef du service de court séjour gériatrique sur le projet expérimental issu de l'article 70 de la LFSS 2012

28 septembre 2012 : Réunion à l'ARS sur le projet expérimental issu de l'article 70 de la LFSS 2012

09 octobre 2012 : Réunion au Conseil général de Meurthe-et-Moselle sur le projet de filière personnes handicapées

10 octobre 2012 : Réunion de lancement du projet de filière gériatrique

Annexe 2 : Planning des entretiens

02 mai 2012 : Assistant de gestion de pôle

19 juin 2012 : Chef du service des urgences

21 juin 2012 : Cadre socio-éducatif

22 juin 2012 : Cadre de santé de l'unité de post-urgences d'orientation gériatrique

26 juin 2012 : Chef du pôle Gériatrie et Soins Palliatifs, Responsable de l'USLD

27 juin 2012 : Responsable de l'Equipe Mobile de Liaison Gériatrique

19 juillet 2012 : Médecin-chef de la Maison hospitalière Saint-Charles

20 juillet : Responsable du pôle santé d'une association gérant un FAM, des ACT et des LHSS

25 juillet 2012 : Chef du service de gériatrie aiguë

25 juillet 2012 : Chef du service de SSR

21 août 2012 : Directeur du Centre hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port et Chef du pôle somatique et gériatrique

24 août 2012 : Directeur de l'offre de santé, de l'autonomie et de l'animation territoriale de l'ARS de Lorraine

29 août 2012 : Médecin responsable du réseau Gérard Cuny

25 septembre 2012 : Directeur général adjoint de l'OHS, en charge du département personnes âgées et personnes handicapées

Annexe 3 : Grille d'entretien

Grille d'entretien

1. ADMISSION

Quelles sont les modalités d'admissions dans votre service ? **Qui décide de l'entrée dans le service – en lien avec qui ?**

Quel est le délai d'attente ?

Existe-t-il un protocole écrit ?

Existe-t-il une check-list d'entrée ?

Quel est le lieu d'origine (domicile, urgence, EHPAD) en pourcentage de vos patients ?

Quelle est l'origine géographique de vos patients ?

Quel est le taux d'occupation de votre service ?

Quel est l'âge moyen de vos patients ?

Quels types de difficultés rencontrez-vous ?

Que proposez-vous pour y remédier ?

2. SORTIE

Quelles sont les modalités de sortie de votre service ?

Quelle est la DMS ?

Existe-t-il un protocole ?

Existe-t-il une check-list de sortie ?

Procédez-vous à la visite des sortants en premier ?

Y-a-t-il une visite quotidienne systématique d'un senior ?

Les sorties sont-elles « séniorsées » ?

Les sorties sont-elles réalisées le matin ?

Quelle sont les orientations principales (avec %) de vos patients à la sortie ? Est-elle anticipée ? Quel est le rôle de l'assistante sociale ?

La date prévisionnelle de sortie est-elle formalisée ?

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Que proposez-vous pour y remédier ?

Quels sont vos partenaires ?

Comment jugez-vous les différents types de partenariat/conventions mis en place ?

3. PRISE EN CHARGE PROPOSEE

Quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées ?

La prise en charge est-elle adaptée ? (médicale, paramédicale, examens, accès au plateau technique)

Les moyens en équipements et professionnels sont-ils suffisants ?

Etat des conventions avec d'autres structures

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Que proposez-vous pour y remédier ?

4. PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE

Pourriez-vous me décrire le parcours de ces patients au sein de la structure ?

Comment se déroulent les transferts entre services ?

Quels sont les projets en cours pour améliorer la fluidité de la prise en charge de la personne âgée ?

Quelles seraient les pistes d'actions non encore exploitées à ce jour pour assurer au mieux la prise en charge des patients gériatriques et diminuer la durée moyenne de séjour en court séjour et en SSR au CHU de Nancy ? (amélioration du fonctionnement de la filière interne et amélioration du fonctionnement de la filière externe)

Comment voyez-vous la future filière gériatrique nancéienne ? Qu'en attendez-vous ? Quels en sont les objectifs principaux ?

Quels sont pour vous les critères de réussite de la filière gériatrique nancéienne ?

Comment concevez-vous le rôle d'animateur de la filière gériatrique nancéienne ?

Quelles sont vos interrogations autour de ce projet gériatrique nancéien ?

Quels types d'actions avez-vous pu voir menées en France et/ou à l'étranger et qui ont fonctionné pour fluidifier la filière ?

Qu'attendez-vous du déploiement d'IMAD ?

Questions spécifiques selon les interlocuteurs :

- quel impact du passage du SSR à la T2A ?

- quelle est la position des autorités tarifaires en USLD ? Etat de la convention tripartite

- GMP et PMP en USLD

Annexe 4 : Convention constitutive du GCS initialement prévu entre le CHU et l'OHS

**CONVENTION CONSTITUTIVE D'UN GROUPEMENT
DE COOPERATION SANITAIRE**

(Art. L.6133-1 et s. et R.6133-1 et s. du CSP)

ENTRE :

- (1) Le **CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE** (ci-après désigné « **CHU** »), établissement public, ayant son siège 29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 54000 Nancy, représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe VIGOUROUX

ET :

- (2) **L'OFFICE D'HYGIENE SOCIALE DE MEURTHE-ET-MOSELLE** (ci-après désigné « **OHS** »), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, reconnue d'utilité publique et participant au service public hospitalier, ayant son siège 1, rue du Vivarais – 54519 Vandoeuvre-Les-Nancy, représentée par Monsieur Jean- Pierre MERCIER, Président

ci-après collectivement désignés les « **Parties** » ou individuellement une « **Partie** ».

IL EST PREALABLEMENT EXPOSE CE QUI SUIT :

Conformément au Plan Stratégique Régional de Santé, l'O.HS et le CHU sont engagés dans une démarche d'amélioration de l'offre de service qui s'exprime par la mise en place d'une offre graduée, et de proximité adaptée à leurs personnes accueillies et à chaque situation.

La mise en synergie des compétences et des plateaux techniques des deux membres fondateurs a pour objet de renforcer et de structurer un panel de réponses adaptées à l'état de santé des personnes âgées, en proximité et dans le respect de son projet de vie.

CECI ETANT EXPOSE, LES PARTIES ONT CONVENU CE QUI SUIT :

1. DENOMINATION, STATUT ET SIEGE SOCIAL

L'O.H.S et le CHU, Membres Fondateurs, constituent entre eux, par la présente convention, le Groupement de Coopération Sanitaire ci-après dénommé...

Dans tous les actes et documents destinés aux tiers émanant du GCS ou des établissements qui le composent pour les questions qui lui sont relatives, notamment les lettres, factures, annonces et publications diverses, la désignation ... devra toujours être accompagnée des mots « *Groupement de Coopération Sanitaire* » ou « *GCS* ».

Le GCS constitue une personne morale de droit privé et poursuit un but non lucratif. Il jouit de la personnalité morale à compter de la date de la publication au recueil des actes administratifs de la Région Lorraine de l'acte d'approbation de la présente convention par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, conformément aux dispositions des articles L.6133-3 et R.6133-1-1 du Code de la santé publique.

Le GCS a son siège social Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'Assemblée générale.

2. OBJET ET MISSIONS

Conformément aux dispositions de l'article L.6133-1 du Code de la santé publique, le GCS a pour objet :

- D'établir un partenariat de compétences humaines et techniques sur un territoire, dans un souci de lisibilité et d'efficience, et au bénéfice d'une prise en charge coordonnée des personnes âgées admises par les établissements et services des membres du groupement
- D'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques
- De coordonner et de structurer l'offre de prise en charge offerte par les membres aux personnes âgées

- De mettre en synergie les compétences et l'expérience des fondateurs, en matière sanitaire, médico-sociale, afin de les mettre à la disposition des structures souhaitant disposer de leurs expertises.

Dans ce but, il pourra notamment

- promouvoir les fruits de ses travaux,
 - faire bénéficier de son expérience à ses membres, comme à des tiers, par tout moyen conforme à son caractère non lucratif, notamment en participant, à des colloques, sociétés savantes, ou en siégeant au sein d'organisme public, privé ou participant au service public hospitalier,
- De permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements du groupement.

3. DUREE

Le GCS... est constitué pour une durée indéterminée.

Cette durée commencera à courir à compter de la date de publication au recueil des actes administratifs de la Région Lorraine de l'acte d'approbation de la présente convention par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

4. CAPITAL

A sa date de création, le CGS est constitué avec un capital de ...€, entièrement libéré et souscrit par les Parties sous la forme des deux dotations financières qui suivent :

- ...€ versé en numéraire par le CHU ;
- ...€ versé en numéraire par l'OHS.

5. ADMISSION – RETRAIT – EXCLUSION DES MEMBRES DU GCS

5.1 Admission de nouveaux membres

Après sa constitution et au cours de son existence, le GCS disposera de la faculté d'admettre de nouveaux membres, les membres actifs, notamment des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des professionnels de santé voire des réseaux de santé.

Ces admissions se feront dans le respect des conditions prévues aux articles L.6133-2 et R. 6133-7 du Code de la santé publique, et conformément aux dispositions de la présente convention constitutive.

Les candidatures seront soumises à l'approbation de l'Assemblée générale qui délibérera à l'unanimité sur l'admission du nouveau membre, dans les conditions prévues à l'article 14 ci-après.

Toute admission fera l'objet d'un avenant à la présente convention constitutive, dans les conditions prévues à l'article 22 ci-après. Par ailleurs, l'admission d'un nouveau membre en cours d'année civile ne lui confère les droits statutaires prévus à l'article 7 ci-après qu'à la date de publication de l'avenant à la présente convention constitutive au recueil des actes administratifs de la région Lorraine, prenant acte de ladite adhésion.

Tout nouveau membre sera réputé adhérer aux dispositions de la présente convention constitutive et de ses annexes, notamment le règlement intérieur du GCS, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances du GCS et qui s'appliqueraient à ses membres.

5.2 *Retrait volontaire d'un membre*

Au cours de l'existence du GCS, chacun de ses membres dispose de la faculté de s'en retirer. Ce retrait ne peut toutefois intervenir qu'à la date anniversaire d'un exercice budgétaire.

Le membre désirant se retirer notifie son intention au Président par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, six (6) mois au moins avant la clôture de l'exercice budgétaire au terme duquel interviendra son retrait.

Le Président en avise aussitôt chaque membre du GCS ainsi que le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Lorraine et soumet la décision au vote de la prochaine Assemblée générale.

L'Assemblée générale constate par délibération la volonté de retrait du membre, étant précisé que le membre ayant demandé son retrait ne participe pas au vote. Elle détermine les conditions dans lesquelles les activités menées en commun pour le compte des membres peuvent être poursuivies par le GCS. Elle entérine et fixe la date effective du

retrait à la fin de l'exercice budgétaire en cours et donne mission aux commissaires aux comptes de procéder à l'arrêté contradictoire des comptes en fin d'exercice.

Le membre qui se retire reste engagé à l'égard du GCS pour les dettes nées antérieurement à la mention de son retrait au recueil des actes administratifs de la Région Lorraine. Cependant, les membres du GCS demeurant dans celui-ci lui rembourseront les éventuelles sommes avancées par lui, en considération de dettes nées postérieurement à la date d'effet de son retrait mais antérieurement à la publication de celui-ci au recueil des actes administratifs de la Région Lorraine.

La quote-part de l'actif disponible (valeur nette comptable) revenant éventuellement au membre se retirant sera déduite de sa quote-part des éventuelles dettes du GCS à la date de son retrait, en ce comprises les dettes échues et les dettes à échoir constatées en comptabilité ainsi que les annuités à échoir des éventuels emprunts ou locations en cours à la date du retrait.

Dans le cas où l'arrêté des comptes ferait apparaître un solde positif en faveur du membre se retirant, le GCS lui versera les sommes dues dans les six (6) mois suivants l'Assemblée générale ayant approuvé les comptes de l'exercice à la clôture duquel le retrait aura été prononcé. Dans le cas contraire d'un solde négatif, le retenant procédera au remboursement des sommes dues dans le même délai.

Par ailleurs, le membre se retirant du GCS a droit au remboursement du montant de son compte courant, augmenté ou diminué de sa part dans le résultat positif ou négatif de l'exercice en cours, elle-même rapportée au prorata du temps écoulé depuis le début de cet exercice jusqu'à la date de prise d'effet de son retrait. Ce remboursement s'effectuera dans les six (6) mois de la clôture de l'exercice.

Le retrait volontaire d'un membre donne lieu à la rédaction d'un avenant à la convention constitutive dans les conditions prévues à l'article 22 ci-après.

5.3 Retrait d'office

Tout membre du GCS cesse nécessairement d'en faire partie et est réputé démissionnaire d'office dans les cas suivants :

- si la dissolution du GCS est prononcée dans les conditions prévues à l'article 18 ci-après ;
- lorsqu'il cesse, pour quelque cause que ce soit, d'avoir l'une des qualifications juridiques visée aux alinéas 1^{er} et/ou 3 de l'article L.6133-2 du Code de la Santé Publique ou lorsqu'il perd l'autorisation visée à l'alinéa 2 du même article.

La démission d'office est constatée par une décision de l'Assemblée générale et donne lieu à la rédaction d'un avenant dans les conditions prévues à l'article 22 ci-après.

5.4 Exclusion d'un membre

En cas de manquement aux obligations fixées ou arrêtées par :

- les dispositions impératives des articles L.6133-1 et suivants et R.6133-1 et suivants du Code de la santé publique ;
- la présente convention constitutive, en ce compris ses avenants et ses annexes (notamment le règlement intérieur du GCS) ;
- les délibérations de l'Assemblée générale ;
- les autres engagements, notamment contractuels, pris par le GCS,

l'exclusion d'un membre peut être prononcée par l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale peut encore envisager l'exclusion en cas d'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire à l'encontre de l'un des membres du GCS.

Sauf en cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire, et sauf en cas de troubles manifestement graves dans le fonctionnement du GCS causés par les agissements du membre dont l'exclusion est envisagée, une procédure de conciliation peut être engagée, conformément aux dispositions de l'article 23 ci-dessous.

Si cette procédure amiable n'aboutit pas dans le délai de trois (3) mois fixé par l'article 22 précité, l'exclusion pourra être prononcée par décision unanime de l'Assemblée générale, sans que le membre dont l'exclusion est envisagée ne puisse prendre part au vote, mais après qu'il ait été entendu – ainsi que son éventuel représentant – sur les faits reprochés.

La décision prononçant l'exclusion fait l'objet d'un avenant dans les conditions prévues à l'article 21 ci-après, notifié au membre concerné par lettre recommandée avec accusé de réception et qui prend effet à cette date.

Le membre exclu reste engagé vis-à-vis du GCS dans les mêmes conditions que le membre s'en retirant volontairement (visé à l'article 5.2 ci-dessus) et a donc droit au remboursement des mêmes sommes. Toutefois, les agissements du membre en question ont causé un préjudice au GCS, le membre reste tenu d'indemniser le GCS du dommage corrélatif. L'indemnité correspondante s'imputera, à due concurrence, sur le montant du remboursement auquel le membre exclu peut avoir droit.

6. OBLIGATIONS DES MEMBRES

Les membres du GCS s'engagent à participer activement à la réalisation des objectifs de celui-ci et à assurer les missions qui peuvent leur être confiées dans ce cadre.

Ils s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention constitutive, de ses éventuels avenants et de ses annexes (en ce compris le règlement intérieur du GCS), ainsi que toutes décisions valablement opposables aux membres du GCS.

Dans leurs rapports entre eux comme vis-à-vis des tiers, les membres sont responsables des dettes du GCS à due proportion des droits sociaux dont ils disposent au sein de celui-ci. Il n'existe en revanche pas de solidarité financière ou juridique entre les membres du GCS.

7. DROITS DES MEMBRES

Les droits des membres du GCS sont fixés à proportion de leur apport en capital.

A la date de constitution du GCS, les Parties conviennent d'en exercer à parité le contrôle. En conséquence, CHU et OHS – qui ont chacun apporté une quotité équivalente au capital du GCS – disposent chacun de 50% des droits de vote à l'Assemblée générale.

En cas d'admission de nouveaux membres, les Parties conviennent de définir entre elles les nouvelles modalités de répartition des droits des membres du GCS.

8. REGIME DU PERSONNEL

Conformément aux dispositions des articles R. 6133-6 et L.6133-3 II du Code de la santé publique les Parties envisagent de

- mettre une partie de leur personnel à la disposition du groupement,
- recruter du personnel dont le GCS serait directement l'employeur,

Dans le cadre de mises à dispositions de personnels des membres du GCS, les principes suivants seraient respectés :

- qualification de participations en nature des mises à disposition, conformément aux dispositions de l'article R.6133-3 du Code de la santé publique ;
- compensation corrélative dans les comptes du GCS ;
- refacturation à prix coûtant au GCS par les employeurs ;
- exonération de TVA pour les opérations elles-mêmes non soumises au régime de TVA.

En cas de mises à disposition de personnels, ceux-ci demeurent gérés administrativement et financièrement par l'établissement dont ils relèvent, sans modification de leur statut. Leur employeur d'origine continue ainsi de leur verser leurs rémunérations et conserve à sa charge tous les aspects de gestion de leur carrière (avancement, couverture sociale, assurances...). Nonobstant le fait que le personnel mis à disposition reste sous l'autorité disciplinaire de son employeur d'origine, le règlement intérieur du GCS fixera ses conditions de travail et disposera de la faculté de saisir directement l'employeur en cas de difficulté d'ordre disciplinaire.

Enfin, en cas de recrutement direct de personnel par le GCS, la convention collective applicable sera celle des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31/10/1951.

9. PRESTATIONS DE SERVICES ENTRE LE GCS ET SES MEMBRES

Le GCS dispose de la faculté de recourir aux services de ses membres par la voie de conventions de prestations de service. Celles-ci peuvent notamment couvrir des prestations effectuées par le personnel du CHU et de l'OHS au bénéfice du GCS.

Ces conventions seront facturées par les membres concernés au GCS à prix coûtant, à savoir pour le montant exact des frais engagés. Lorsqu'elles porteront sur des opérations exonérées de TVA, ces conventions seront facturées hors TVA.

10. RESPONSABILITE DU GCS ET DE SES MEMBRES

En ce qui concerne l'activité des praticiens médicaux et paramédicaux intervenant dans le cadre du GCS, les Parties conviennent que le CHU et l'OHS demeurent responsables des dommages subis ou causés par leurs agents, sauf faute personnelle de ceux-ci, détachable de leur service.

Les membres du GCS veilleront à prendre les dispositions nécessaires pour étendre leurs polices d'assurances « responsabilité civile » au rythme de l'évolution des activités assurées par le GCS, de sorte qu'ils soient à tout moment suffisamment couverts.

11. BUDGET

Le budget annuel prévisionnel du GCS est élaboré par le Président qui le soumet à l'Assemblée générale ; celle-ci le vote en équilibre.

Le GCS ne donnant lieu ni à la réalisation, ni au partage de bénéfices, la répartition du solde d'exploitation, positif ou négatif s'effectue comme suit :

- le résultat excédentaire est affecté en tout ou partie à la constitution de réserves, à la couverture des charges de fonctionnement de l'exercice suivant ou au financement des dépenses d'investissement ;
- le résultat déficitaire est reporté ou prélevé sur les réserves.

Les recettes du budget du GCS sont fournies :

- sous forme de participation des membres, telle que définie à l'article 12 ci-après ;
- par des prestations effectuées par le GCS dans le cadre de son objet social ;
- le cas échéant, d'autres contributions des membres, par exemple dans le cadre de financements destinés à des projets de développement spécifiques.

Les contributions financières des membres sont révisables chaque année dans le cadre de la préparation du budget. Il est notamment tenu compte des éventuelles participations et apports en nature pour le calcul de la contribution des membres après compensation.

Les appels de fonds du GCS auprès de ses membres sont établis sur la base de charges prévisionnelles et font l'objet d'une régularisation selon les charges réellement constatées. La régularisation est effectuée en fin d'exercice, permettant d'ajuster les contributions aux charges de chaque membre avant la clôture de l'exercice.

12. PARTICIPATION DES MEMBRES AUX CHARGES DE FONCTIONNEMENT

Sans préjudice des apports et des contributions financières précitées, les participations des membres du GCS peuvent encore être fournies en nature :

- sous forme de mise à disposition de personnels concernant les activités entrant dans son objet, telle qu'évoquée à l'article 8 ci-dessus ;
- sous forme de mise à disposition des locaux ;
- sous forme de mise à disposition de fournitures, consommables et équipements nécessaires aux activités entrant dans l'objet du GCS.

Les biens mis à la disposition du GCS par ses membres, font l'objet d'une valorisation annuelle notifiée dans le budget du groupement, soumis à la délibération de l'Assemblée générale.

13. PRESTATIONS MEDICALES CROISEES

Si les établissements membres du GCS recourent aux prestations médicales croisées prévues à l'alinéa 3 de l'article L6133-1 du code de la santé publique et déclinées à l'article L6133-6, ces dernières s'effectueront selon les modalités prévues par les articles R6133-10 et R6133-11 du code de la santé publique.

14. TENUE ET CONTROLE DES COMPTES

La comptabilité est tenue et sa gestion assurée selon les règles du droit privé. Le GCS ne peut faire de bénéfices de gestion pour lui-même.

Les comptes sont tenus sous la responsabilité du Président.

En fin d'exercice, il est dressé un bilan, un compte de résultat, une annexe et un rapport d'activité. Dans les six (6) mois de la clôture d'un exercice, le Président soumet à l'Assemblée générale l'approbation des comptes de l'exercice écoulé, l'affectation des

résultats ainsi que toute modification éventuelle à apporter à la gestion en respect du budget annuel.

L'exercice social du GCS commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre de chaque année. Par exception, le premier exercice du GCS comprendra le temps à courir depuis sa publication au recueil des actes administratifs de la région Lorraine jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le compte financier des groupements de coopération sanitaire comportant au moins un établissement public de santé parmi ses membres doit être approuvé au plus tard le 30 mars de l'année suivant l'exercice auquel il se rapporte. Ce compte financier est annexé au compte financier de chacun des établissements ou services de santé membres.

Le contrôle des comptes est assuré par un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, nommés par l'Assemblée générale. Le mandat des commissaires initiaux prend fin à l'issue de la réunion de l'Assemblée générale appelée à statuer sur les comptes du sixième exercice clos.

Les commissaires aux comptes sont choisis et exercent leurs missions dans les conditions définies par les articles L.225-218 et suivants du Code de Commerce. Sous peine de nullité de l'Assemblée générale statuant sur les comptes annuels du GCS, les commissaires aux comptes y sont convoqués.

Les comptes sont certifiés annuellement par les commissaires aux comptes

15. ASSEMBLEE GENERALE

15.1 Composition

L'Assemblée générale se compose de l'ensemble des membres du GCS.

Chaque membre dispose de **Z** représentants au sein de l'Assemblée générale.

15.2 Fonctionnement

L'Assemblée générale se réunit sur convocation du Président, au moins deux fois par an et aussi souvent que l'intérêt du GCS l'exige. Elle se réunit également de droit à la demande d'au moins 1/3 de ses membres, adressée au Président sur le fondement d'un ordre du jour défini.

L'Assemblée générale est convoquée par écrit huit (8) jours au moins à l'avance par le Président et, en cas d'urgence, quarante huit (48) heures au moins à l'avance. Toutefois, en cas d'accord et si tous les membres de l'Assemblée générale sont présents, celle-ci peut être tenue sans délai sur un ordre du jour déterminé à l'unanimité.

La convocation indique l'ordre du jour et le lieu de réunion. Sont joints à la convocation en vue de l'Assemblée générale annuelle statuant sur les comptes du GCS, les documents financiers de l'exercice écoulé.

L'Assemblée générale est présidée par le Président ou à défaut, par un membre de l'Assemblée générale désigné par celle-ci, en respectant un principe d'alternance entre les membres du GCS.

Le Président veille à l'émargement de la feuille de présence, à la vérification du quorum et à la rédaction du procès-verbal porté sur un registre coté et paraphé, tenu au siège du GCS. Il assure aussi le secrétariat de l'Assemblée générale. Il signe le procès-verbal de l'Assemblée générale.

15.3 Délibérations

L'Assemblée générale définit la politique et de la stratégie générale du GCS en fonction des orientations définies par les membres et étudiées par le Comité directeur.

Elle délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention constitutive, et notamment sur :

- 1) toute modification de la convention constitutive ;
- 2) l'adoption du budget prévisionnel annuel ;
- 3) l'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats ;
- 4) le bilan de l'action du Comité directeur ;

- 5) l'établissement et la révision du règlement intérieur du groupement ;
- 6) les modalités selon lesquelles les droits des membres sont fixés dans la convention constitutive du groupement ;
- 7) l'admission de nouveaux membres ;
- 8) l'exclusion d'un membre ;
- 9) l'élection, la nomination, le renouvellement et la révocation du Président ;
- 10) la prorogation, la dissolution ainsi que les éventuelles mesures nécessaires à la liquidation du GCS ;
- 11) le rapport d'activité annuel ainsi que les comptes financiers transmis au directeur général de l'Agence Régionale de Santé ;
- 12) les conditions dans lesquelles elle délègue certaines de ses compétences au Comité directeur ou au Président

L'Assemblée générale délibère également sur :

- 13) la fixation des participations respectives des membres aux charges du GCS ;
- 14) les emprunts et autres accords financiers, avals, cautions et garanties, participation et adhésion du GCS à des organismes extérieurs ;
- 15) la création et la suppression d'emplois destinés à être occupés par des personnels directement recrutés par le GCS ;

Tout ce qui n'est pas expressément réservé à l'approbation de l'Assemblée générale ou du Comité directeur dans la présente convention constitutive relève de la compétence du Président.

Les délibérations relatives aux modifications de la convention constitutive et à l'admission de nouveaux membres doivent être adoptées à l'unanimité des membres présents ou représentés. Dans les autres matières, sauf mention contraire de la convention constitutive, les délibérations sont adoptées si elles recueillent la majorité des voix des membres présents ou représentés.

Les délibérations concernant l'exclusion d'un membre sont valablement prises sans que puissent participer au vote les représentants du membre dont l'exclusion est demandée, sous réserve que la mesure d'exclusion soit adoptée par un nombre de membres représentant au moins la moitié des droits des membres du groupement.

15.4 Votes et quorum

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si les membres présents ou représentés représentent au moins la moitié des droits des membres du GCS. A défaut, l'Assemblée générale est à nouveau convoquée dans un délai de huit (8) jours et peut

valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents ou représentés. En cas d'urgence, ce délai est ramené à quarante huit (48) heures.

Les droits des membres sont représentés lors des assemblées générales par des voix délibératives réparties selon la répartition existante au sein du capital social et détaillée aux articles 4 et 7 ci-dessus.

Les délibérations de l'Assemblée générale sont prises à la majorité des droits des membres présents ou représentés.

Les délibérations concernant la modification de la convention constitutive, l'adhésion, le retrait et l'exclusion d'un membre, ne peuvent être prises qu'à l'unanimité. Toutefois, les délibérations relatives à une exclusion sont valablement prises sans tenir compte du vote des représentants du membre dont l'exclusion est demandée.

Le vote par procuration est autorisé. Aucun membre ne peut cependant détenir plus d'un mandat à ce titre.

15.5 Modes de consultation

Les décisions prises par l'Assemblée générale le sont, au choix du Président, soit en assemblée réunie au siège social ou en tout autre lieu indiqué sur la convocation, soit par consultation par correspondance, soit par téléconférence téléphonique ou audiovisuelle. Tous les moyens de télécommunication peuvent être utilisés dans l'expression des décisions des membres de l'Assemblée générale, pourvu qu'elles puissent être reproduites sur un support écrit. Les membres participant aux assemblées générales par correspondance, ou par l'un quelconque des moyens de télécommunication précités, sont réputés présents pour le calcul des quorums nécessaires.

Quel qu'en soit le mode, toute consultation de l'Assemblée générale doit faire l'objet d'une information préalable comprenant l'ordre du jour, le texte des résolutions et tous documents et informations permettant à ses membres de se prononcer en connaissance de cause sur la ou les résolutions présentées à leur approbation.

16. PRESIDENT DU GCS

L'Assemblée générale du GCS élit un Président en son sein parmi les personnes physiques ou les représentants des personnes morales du CHU et de l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe et Moselle. Les parties décident de prendre alternativement la présidence du groupement. La durée du mandat du Président est fixée à trois (3) années renouvelables. Le Président est révocable à tout moment par l'Assemblée générale.

Le mandat du Président est exercé gratuitement.

Le Président assure, notamment, dans le cadre de l'administration du GCS, les missions suivantes :

- représentation du GCS dans tous les actes de la vie civile et en justice, y compris lors des procédures d'urgence (référé, assignations à jour fixe) ;
- convocation de l'Assemblée générale ;
- préparation et exécution des décisions de l'Assemblée générale et, notamment, exécution du budget qui aura été adopté ;
- présentation des comptes annuels et présentation du rapport d'activité annuel adressé chaque année à l'Agence Régionale de Santé.

D'une manière générale, il est compétent pour régler toutes les affaires du GCS, autres que celles qui sont énumérées à l'article 15.3 ci-dessus et celles déléguées au Comité directeur énumérées à l'article 17 ci-dessous, et en assurer la gestion et la conduite générale.

Il est assisté dans ses missions par le Comité directeur.

Dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, il exerce son autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel relevant du CHU et de l'OHS et hiérarchique sur le personnel propre du GCS.

17. COMITE DIRECTEUR

17.1 Composition

L'Assemblée générale élit en son sein un Comité directeur composé d'un représentant de chaque membre fondateur et d'un représentant des membres actifs. Le président peut assister au Comité directeur sur son invitation.

Ce Comité directeur sera mis en place dès l'admission du premier membre actif.

17.2 Compétences

L'Assemblée générale confie au Comité Directeur l'examen et l'analyse de toute question sur lesquelles elle sera amenée à délibérer.

L'Assemblée générale délègue au Comité Directeur, les compétences suivantes :

- 1) le transfert du siège social du GCS en tout autre lieu de la même région ou dans toute autre région dans le ressort géographique de laquelle est située un établissement de santé membre du groupement ;
- 2) le choix du commissaire aux comptes ;
- 3) la participation aux actions de coopération mentionnée à l'article L. 6134-1 ;
- 4) les modalités selon lesquelles chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'objet du groupement ;
- 5) les conditions dans lesquelles peuvent être attribuées au président les indemnités de mission définies à l'article R. 6133-24 du code de la santé publique ;
- 6) le protocole définissant les modalités selon lesquelles sont réalisées les prestations médicales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6133-6 et précisant notamment les mesures visant à assurer l'information des patients et la continuité de leur prise en charge ; le cas échéant, les modalités de facturation et de paiement des actes médicaux mentionnés au premier alinéa de l'article L. 6133-6 ;

Il élabore et propose à l'Assemblée générale tout projet d'action éventuelle.

Il assiste le Président dans l'exercice de ses missions.

L'Assemblée générale exerce les compétences mentionnées ci-dessus avant la création du Comité directeur, qui sera mis en place dès l'admission du premier membre actif

17.3 Décisions

Les décisions du Comité Directeur sont prises à l'unanimité des membres présents ou représentés, elles sont consignées dans un procès verbal de réunion.

18. RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE

Le Président transmet chaque année au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé un rapport préalablement approuvé par l'Assemblée générale, retraçant ses activités.

19. REGLEMENT INTERIEUR

L'Assemblée générale établit un règlement intérieur opposable à chacun des membres du GCS. Toute modification du règlement intérieur doit être approuvée par l'Assemblée générale.

Le règlement intérieur a pour objet de préciser les modalités de fonctionnement du GCS qui ne seraient pas mentionnées dans la présente convention constitutive.

20. DISSOLUTION - LIQUIDATION

Le GCS est dissout de plein droit dans les conditions suivantes :

- si du fait du retrait ou de l'exclusion d'un ou plusieurs de ses membres, il ne compte plus qu'un seul membre ou s'il ne compte plus en son sein d'établissement de santé, conformément à l'article R.6133-8 du Code de la santé publique ;
- par décision de l'Assemblée générale, notamment du fait de la réalisation ou de l'extinction de l'objet du GCS ;
- par décision judiciaire.

La dissolution du GCS est notifiée au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé dans un délai de quinze (15) jours, après constatation par l'Assemblée générale.

La dissolution du GCS entraîne sa liquidation, dont l'Assemblée générale fixe les modalités en nommant un ou plusieurs liquidateurs. En fin de liquidation, les représentants des membres sont convoqués en une Assemblée générale de clôture pour statuer sur le compte définitif et sur le quitus du ou des liquidateurs.

21. DEVOLUTION DES BIENS

L'Assemblée générale arrête les règles relatives à la dévolution des biens du GCS, notamment en cas de liquidation de celui-ci conformément à l'article R.6133-8 du Code de la Santé Publique.

La dévolution des biens appartenant en propre au GCS interviendra selon la répartition des droits des membres. En revanche, les biens mobiliers ou immobiliers mis à disposition du GCS par l'un de ses membres restent sa propriété.

22. APPROBATION – MODIFICATIONS DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

La présente convention constitutive est conclue et entre en vigueur sous réserve de son approbation par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, qui en assure la publicité conformément aux dispositions de l'article R.6133-1-1 du Code de la santé publique.

La présente convention constitutive peut être modifiée dans les formes autorisées par la loi, c'est-à-dire par approbation des membres de l'Assemblée générale, statuant à l'unanimité. Toute modification fera l'objet d'un avenant transmis pour approbation au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et d'une publication conforme aux dispositions de l'article R.6133-1-1 du Code de la santé publique.

23. REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige ou de différend survenant entre les membres du GCS ou entre le GCS lui-même et l'un de ses membres à raison de la présente convention constitutive ou de son application, ceux-ci s'engagent – avant toute saisine juridictionnelle – à en soumettre le règlement à un conciliateur qu'ils auront préalablement désigné.

Dans les trois (3) mois de la date à laquelle la désignation du conciliateur est définitivement arrêtée entre les plaignants, celui-ci fera ses meilleurs efforts afin de dégager une solution amiable. Si cette conciliation débouche sur une telle solution, celle-ci sera soumise pour avis à l'Agence Régionale de Santé puis, pour approbation, à l'Assemblée générale.

Faute d'accord dans le délai de trois (3) mois précité, les juridictions compétentes pourront être saisies à l'initiative du plaignant le plus diligent.

Fait à Nancy, le

En autant d'exemplaires originaux que de membres plus quatre (4), dont un (1) conservé au siège du GCS, un (1) transmis au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et deux (2) pour les besoins des formalités de publicité.

Pour le CHU de Nancy

Pour l'OFFICE D'HYGIENE SOCIALE

Philippe VIGOUROUX

(Directeur général)

Jean – Pierre MERCIER

(Président)

Annexe 5 : Statistiques d'entrées et sorties des patients de court séjour gériatrique (secteur 1 et secteur 2) et de la PUOG

Résumé de filtrage

Période : Année complète 2011

Unité médicale: **SECTEUR 1**

Source PMSIPilot

Age moyen: 85,4 ans

Entrées	Séjours en nombre	Séjours en %
Mutation de MCO	255	66,41%
<i>dont UHCD</i>	90	23,44%
<i>dont Soins Continus de Gériatrie</i>	79	20,57%
<i>dont PUOG</i>	54	14,06%
<i>dont autres unités médicales CHU</i>	32	8,33%
Mutation de SSR	3	0,78%
Mutation de SLD	1	0,26%
Transfert de MCO	3	0,78%
Transfert de SSR	3	0,78%
Transfert de PSY	3	0,78%
Domicile	48	12,50%
Urgences (SAU)	64	16,67%
Domicile : Structure d'hébergement médicosociale	4	1,04%

TOTAL	384	100,00%
--------------	------------	----------------

Sorties	Séjours en nombre	Séjours en %
Mutation vers MCO	53	13,80%
<i>dont Soins Continus de Gériatrie</i>	26	6,77%
<i>dont autres unités médicales CHU</i>	17	4,43%
<i>dont Secteur 2</i>	10	2,60%
Mutation vers SSR	83	21,61%
Mutation vers SLD	1	0,26%
Mutation vers PSY	1	0,26%
Transfert vers MCO	3	0,78%
Transfert vers SSR	56	14,58%
Transfert vers PSY	1	0,26%
Domicile	108	28,13%
Domicile : Structure d'hébergement médicosociale	44	11,46%
Décès	34	8,85%

TOTAL	384	100,00%
--------------	------------	----------------

Résumé de filtrage

Période : Année complète 2011

Unité médicale: SECTEUR 2

Source PMSIPilot

Age moyen: 85,4 ans

Entrées	Séjours en nombre	Séjours en %
Mutation de MCO	263	68,31%
<i>dont UHCD</i>	89	23,12%
<i>dont Soins Continus de Gériatrie</i>	75	19,48%
<i>dont PUOG</i>	53	13,77%
<i>dont autres unités médicales CHU</i>	36	9,35%
<i>dont Secteur 1</i>	10	2,60%
Mutation de SSR	6	1,56%
Mutation de SLD	2	0,52%
Transfert de MCO	6	1,56%
Transfert de SSR	5	1,30%
Transfert de SLD	1	0,26%
Domicile	37	9,61%
Urgences (SAU)	54	14,03%
Domicile : Structure d'hébergement médicosociale	11	2,86%

TOTAL	385	100,00%
--------------	------------	----------------

Sorties	Séjours en nombre	Séjours en %
Mutation vers MCO	47	12,21%
<i>dont Soins Continus de Gériatrie</i>	26	6,75%
<i>dont autres unités médicales CHU</i>	18	4,68%
<i>dont Secteur 1</i>	3	0,78%
Mutation vers SSR	81	21,04%
Mutation vers SLD	3	0,78%
Transfert vers MCO	3	0,78%
Transfert vers SSR	65	16,88%
Domicile	89	23,12%
Domicile : Structure d'hébergement médicosociale	55	14,29%
Décès	42	10,91%

TOTAL	385	100,00%
--------------	------------	----------------

Résumé de filtrage

Période : Année complète 2011

Unité médicale: PUOG

Source PMSIPilot

Age moyen: 85,2 ans

Entrées	Séjours en nombre	Séjours en %
Mutation de MCO	243	37,50%
<i>dont UHCD</i>	221	34,10%
<i>dont autres unités médicales CHU</i>	13	2,01%
<i>dont Soins Continus de Gériatrie</i>	9	1,39%
Mutation de SSR	5	0,77%
Mutation de SLD	1	0,15%
Transfert de SSR	5	0,77%
Domicile	35	5,40%
Urgences (SAU)	353	54,48%
Domicile : Structure d'hébergement médicosociale	6	0,93%
TOTAL	648	100,00%

Sorties	Séjours en nombre	Séjours en %
Mutation vers MCO	165	25,46%
<i>dont Secteur 1</i>	54	8,33%
<i>dont Secteur 2</i>	53	8,18%
<i>dont Soins Continus de Gériatrie</i>	28	4,32%
<i>dont autres unités médicales CHU</i>	30	4,63%
Mutation vers SSR	54	8,33%
Mutation vers PSY	1	0,15%
Transfert vers MCO	11	1,70%
Transfert vers SSR	124	19,14%
Domicile	213	32,87%
Domicile : Structure d'hébergement médicosociale	76	11,73%
Décès	4	0,62%
TOTAL	648	100,00%

Annexe 6 : Carte des TSP de Lorraine

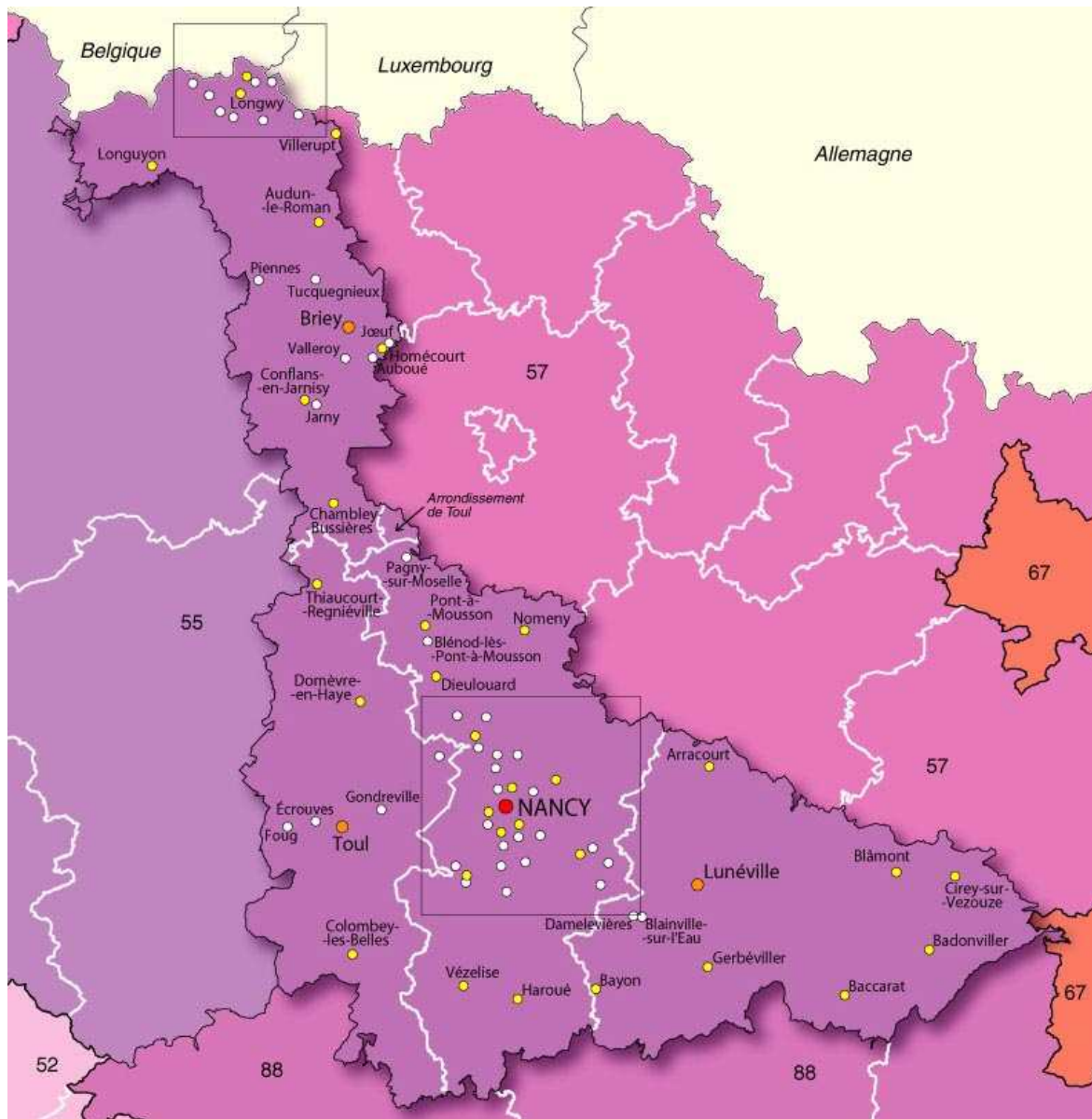
Territoires de Santé de Proximité



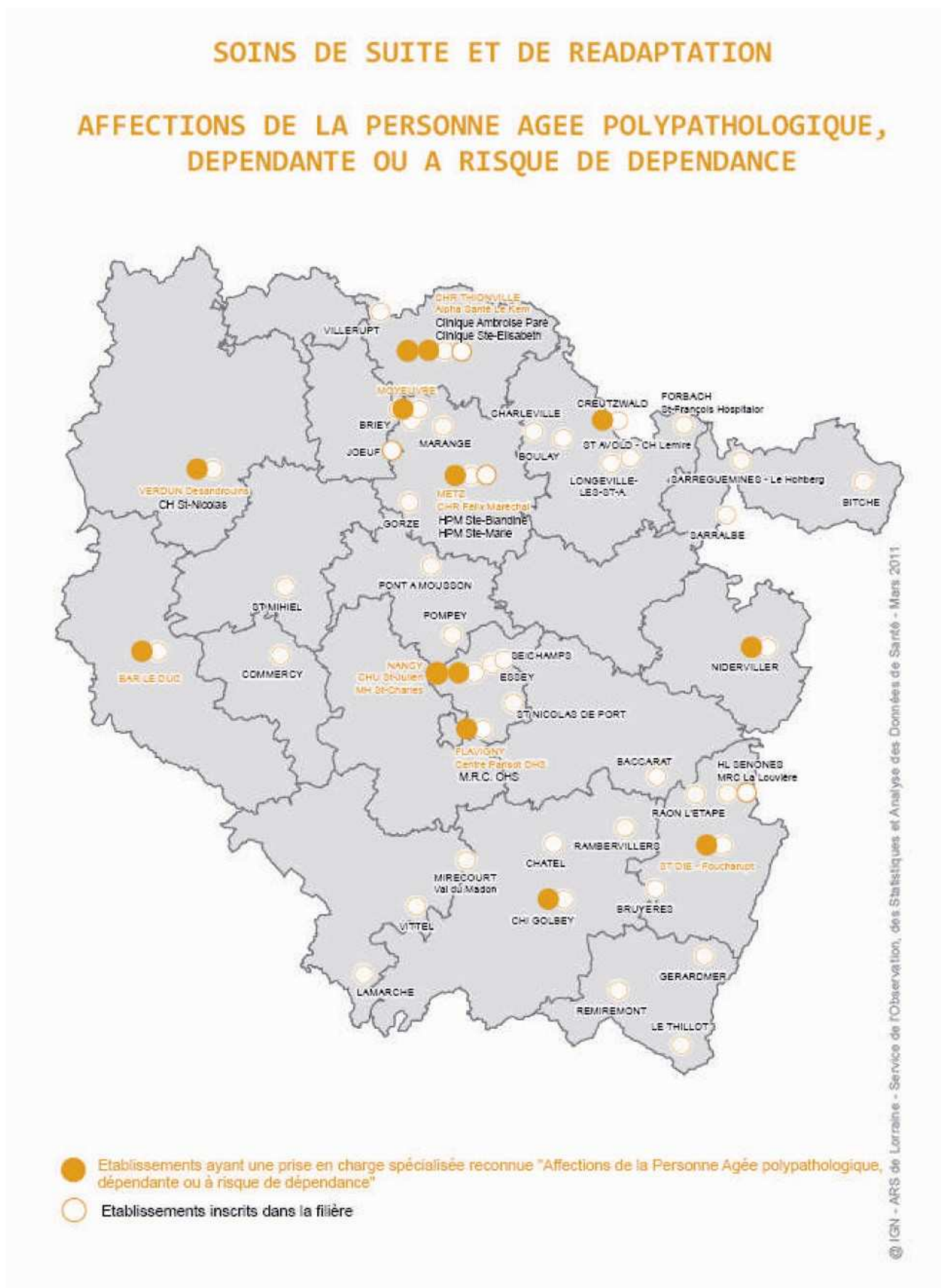
Sources : ARH Lorraine - DRASS Service Statistique

© IGN - DRASS de Lorraine - Service Statistiques

Annexe 7 : Carte de la Meurthe-et-Moselle

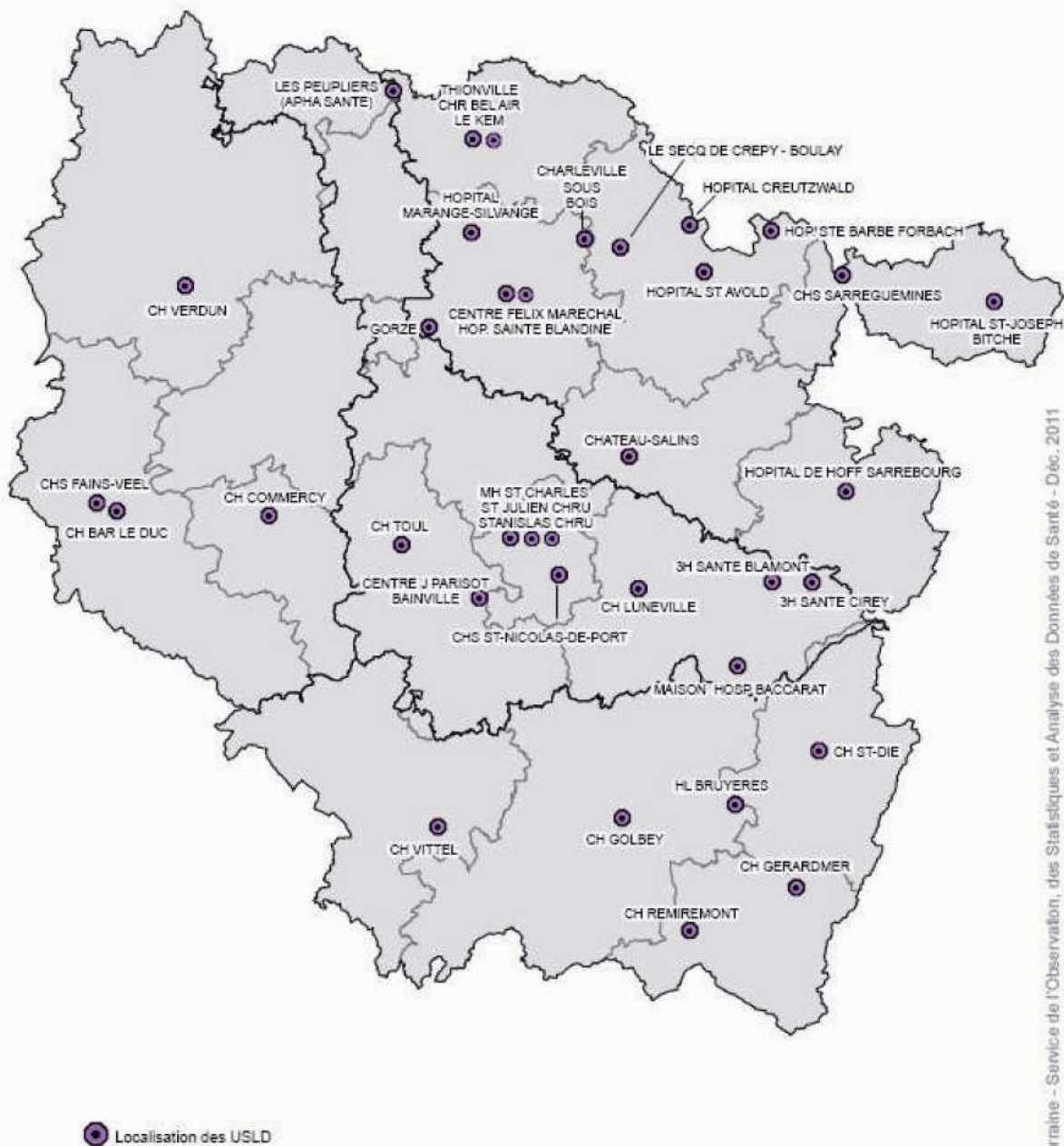


Annexe 8 : Carte des SSR « affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance » de Lorraine.



Annexe 9 : Carte des USLD de Lorraine

UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE Etat des lieux AU 31.12.2010



Source : FINESS au 31.12.2010 / SAE 2010

© IGN - ARS de Lorraine - Service de l'Observation, des Statistiques et Analyse des Données de Santé - Déc. 2011

Annexe 10 : Diagnostic territorial détaillé du TSP de Nancy

	TSP 16 Nancy	Recommandations	Simulation 2021 avec même nombre de lits	Simulation 2031 avec même nombre de lits
Population totale	297 254			
Plus de 75 ans	23 076		26 421	35 206
Nombre total d'établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique	2			
Nombre total de lits de court séjour gériatrique	79 (incl. les 7 lits de SC et les 12 de PUOG du CHU)			
Taux d'équipement court séjour gériatrique	3,4	1 à 3 lits ‰ + de 75 ans	3	2,2
Nombre d'établissements disposant d'une structure d'HDJ gériatrique	5			
Nombre de places d'HDJ gériatrique	37, dont 17 gérontopsychiatriques			
Nombre d'implantations d'HAD	2			
Nombre de places d'HAD	50, dont 14 HAD SSR			
Nombre total de SSR gériatriques	2 (1 public, 1 privé à but non lucratif)			
Nombre total de lits de SSR gériatriques	89 (44 publics, 45 privés à but non lucratif)			
Taux d'équipement SSR gériatrique	3,9	3 à 8 lits ‰ + de 75 ans	3,4	2,5 soit 17 lits à créer pour atteindre la borne basse des recommandations
Nombre de lits de soins palliatifs	39			
Nombre d'équipes mobiles de liaison gériatrique	1			
Nombre d'établissements dispensant une consultation mémoire	3			
Nombre d'établissements dispensant une consultation oncogériatrique	2			

	Nancy	Moyenne nationale	Recommandations	Simulation 2021 avec même nombre de lits	Simulation 2031 avec même nombre de lits	Besoin de lits ou places en 2021 pour atteindre la borne basse des recommandations	Besoin de lits ou places en 2031 pour atteindre la borne basse des recommandations
Population totale	297 254	Sans objet					
Plus de 75 ans	23 076	Sans objet		26 421	35 206		
%tage des + de 60 ans vivant à domicile	4,45	Sans objet					
Nombre total d'EHPAD	27	Sans objet					
Nombre total de lits d'EHPAD	2 529	Sans objet					2922
Nombre d'EHPAD publics (incluant ceux adossés à des CH)	2	Sans objet					
Nombre d'EHPAD privés habilités aide sociale	20	Sans objet					
Nombre de lits d'EHPAD privés habilités aide sociale	1439	Sans objet					
Nombre d'EHPAD privés non habilités aide sociale	5	Sans objet					
Nombre de lits d'EHPAD privés non habilités aide sociale	735	Sans objet					
Taux d'équipement EHPAD	109,6	91/1000	83 places % + de 75 ans	95,7	71,8		393 lits à créer
Nombre d'USLD	3	Sans objet					
Nombre total de lits d'USLD	196	Sans objet					246
Nombre d'USLD publiques (incluant celles adossées à des CH)	2	Sans objet					
Nombre d'USLD privées habilitées aide sociale	1	Sans objet					
Nombre de lits d'USLD privées habilitées aide sociale	60	Sans objet					
Nombre d'USLD privées non habilitées aide sociale	0	Sans objet					
Taux d'équipement USLD	8,5	6,4/1000	7 à 12 lits % + de 75 ans	7,4	5,6		50 lits à créer
Taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées (USLD + EHPAD)	118,1						
Nombre de places foyers logements	942	Sans objet					
Nombre de foyers logements	20	Sans objet					
Taux d'équipement en foyers logement	40,8						
Nombre total de structures non médicalisées	2	Sans objet					
Nombre de places en structures non médicalisées pour personnes âgées	34	Sans objet					
Nombre de places en accueil de jour	96	Sans objet					
Nombre de places en hébergement temporaire	38	Sans objet					
Nombre de bénéficiaires de l'APA	2 370	Sans objet					
Nombre de structures SSIAD	8	Sans objet					
Nombre de places de SSIAD	431	Sans objet				476	634
Taux d'équipement en places de SSIAD	18,7	20/1000	18 places % + de 75 ans	16,3	12,2	45 places à créer	203 places à créer
Nombre de places d'UCC	11	Sans objet					
Nombre de places d'UHR	16	Sans objet					

Annexe 11 : Tableau de dimensionnement de la filière gériatrique de Nancy et sa couronne

FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES

	SERVICES HOSPITALIERS DES MEMBRES DE LA FUTURE FILIERE				PARTENARIATS ou membres de la filière : à définir ?			PARTENAIRES AMBULATOIRES ET MEDICO-SOCIAUX	
	CHU Support / Recours	MH St Charles Proximité	OHS Proximité	St Nicolas de Port Proximité	CPN Proximité	Association Hospitalière Saint Eloi Neuves-Maisons	Pompey Proximité	Sanitaire	Médico-social
Court Séjour Gériatrique	40 lits 12 lits UPUOG 7 lits de soins continus	20 lits	-	-	Gérontopsychiatrie	-	-	Réseau Régional et territoriaux :	Tous les services du Conseil général 54:
Equipe Mobile de Gériatrie	Intra - CHU + Aux Urgences	-	-	-	-	-	-	Gérard CUNY	CLIC
Consultations	Gérontologique Mémoire CM2R Oncogériatrique	Gérontologique Mémoire	Rééducation Réadaptation Gériatrique (Florentin)	Gérontologique Mémoire	-	-	Gérontologique Mémoire	Sel et Vermois	MAIA
Hôpital de jour	5 places	5 places	10 places (Florentin)	5 places HDJ SSR Réadaptation gériatrique et gérontopsychiatrie	5 places Archambaut 10 places Pasteur	-	-		
HAD	-	-	HAD gériatrique (Florentin)	-	-	-	-	Plateforme SSIAD de Nancy	EHPAD
SSR	44 lits SSR Gériatrique (dont 11 lits UCC)	51 lits SSR Gériatriques (dont 6 lits de soins palliatifs)	Flavigny : 70 lits SSR Polyvalents (dont 13 de soins palliatifs) Bainville : 100 lits dont 20 de Neurologie (dont 10 pour AVC), 60 pour personnes âgées et 20 de polyvalents Florentin : 60 lits SSR locomoteur	50 lits SSR polyvalents (dont 5 lits de soins palliatifs)	-	30 SSR polyvalents	30 SSR polyvalents		14 conventions CHU
USLD	106 lits (dont 16 lits UHR)	60 lits	56 lits (Bainville)	30	-	-	-	Médecin Généraliste	8 Conventions ST-CHARLES
Dispositifs spécifiques Alzheimer	UCC 11 places UHR 16 places CM2R (Cf. Supra)	Dossier PASA en attente de notification	ESA Plate-forme aidants	Dossier PASA déposé le 01/07	Archambaut	-	-	Conseil de l'Ordre	
Autres	-	Accueil de jour 6 places Hébergement temporaire 1 place EHPAD 89 lits	SSIAD 137 places EHPAD 164 lits (dont 84 à Bainville et 80 à FOUG)	SSIAD 50 places 214 lits EHPAD	-	EHPAD 27 lits SSIAD 50 places	-	URPS	

Dans le cadre de leur projet d'établissement respectif, la Maison Hospitalière Saint-Charles à Nancy et l'Association Hospitalière Saint Eloi à Neuves Maisons fondent un partenariat privilégié qui leur permet de développer une stratégie partagée sur plusieurs axes dont celui des filières de prises en charge et des parcours patients.

THOMAS

Alexis

Décembre 2012

Filière des directeurs d'hôpital

Promotion 2011-2013

De la filière gériatrique intra-CHU aux coopérations territoriales : l'optimisation du parcours du patient gériatrique au CHU de Nancy et en Meurthe-et-Moselle sud

Résumé :

Alors même qu'il dispose d'une filière gériatrique interne complète, le CHU de Nancy connaît d'importantes difficultés d'aval, qui se traduisent par des durées moyennes de séjour largement supérieures à la moyenne nationale en court séjour gériatrique et en soins de suite et de réadaptation.

Le diagnostic territorial réalisé en Meurthe-et-Moselle sud et sur Nancy et sa couronne font apparaître un besoin de structuration et de coordination renforcées entre les acteurs, qui devra prendre la forme d'une coordination territoriale en SSR en Meurthe-et-Moselle sud et d'une filière gériatrique sur Nancy et sa couronne.

La coordination territoriale en SSR se fera en lien avec l'ARS car elle doit s'accompagner de reconversions de lits de MCO en lits de SSR dans certains établissements des territoires de santé de proximité voisins de celui de Nancy et sa couronne.

Quant à la filière gériatrique nancéienne, une méthodologie a été définie par la chef du pôle gérontologie et soins palliatifs du CHU de Nancy, la directrice de la filière gériatrique et l'élève directeur d'hôpital pour aboutir à la création de la filière en avril 2013. Un autre scénario est également possible, consistant à se greffer sur le projet du réseau gérontologique, Gérard Cuny dans le cadre de l'expérimentation issue de l'article 70 de la LFSS 2012.

Dans ces deux scénarii, la création d'un poste de médecin coordonnateur et la régulation des lits entre structures constituent les deux mesures opérationnelles les plus importantes.

Mots clés :

Filière gériatrique, coopération, convention, parcours patient, territoire, gériatrie, personnes âgées, filière d'aval, coopérations territoriales, fluidité, durée moyenne de séjour, sanitaire, médico-social, court séjour gériatrique, SSR, USLD, EHPAD

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