



**EHESP**

---

**Elève directeur d'hôpital**

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **décembre 2009**

---

**La mise en place des filières  
gériatriques hospitalières  
de l'hôpital Charles Foix**

---

**Emilie LEBEE**

---

# Remerciements

---

Mes remerciements les plus chaleureux vont tout d'abord à Madame Véronique DESJARDINS et à Yann LHOMME qui m'ont constamment guidée dans la démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières puis accompagnée dans la rédaction de mon mémoire.

Je remercie également tous les praticiens hospitaliers que j'ai pu rencontrer au cours de mes entretiens et qui m'ont beaucoup éclairée dans ma démarche : Olivier BOUILLANNE (hôpital Emile Roux), Olivier DRUNAT (hôpital Bretonneau), Amina LAHLOU (hôpital Charles Foix), Eric PAUTAS (hôpital Charles Foix), François PIETTE (hôpital Charles Foix), Pauline RABIER-LEBRUN (CHU de Bicêtre), Marc VERNY (groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière),

Merci à tous les responsables qui ont accepté de me recevoir pour des entretiens toujours enrichissants : Madame Isabelle LESAGE, directeur exécutif du GHU Est, Anne BERTHET et Isabelle DOUCERON dans le cadre des CTLC du territoire de santé 94-2, Aude BOUCAUMONT et Florence LASFARGUES de la Direction de la politique Médicale de l'AP-HP, Delphine PETITJEAN du CLIC7, Françoise LE BLANC du PPE CLIC 13<sup>e</sup> et Christine LEBEE, du PPE CLIC 18<sup>e</sup>.

Tous mes remerciements vont enfin aux membres de l'équipe de direction (passée et présente) de l'hôpital Charles Foix pour leur soutien : Stéphanie FORTE, Marie-Agnès GARO, Julie GRUNDLIGER, Marie-Hélène LAVOLLE-MAUNY, Vincent MICHALOUX, Marie-Cécile MOCELLIN, Dominique TROUVE, Laure WALLON ainsi qu'à Catherine GILLET pour ses relectures attentives.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>1 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, un enjeu d'avenir pour l'hôpital Charles Foix.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, une démarche encadrée par les pouvoirs publics.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 La création des réseaux de soins, premier pas vers la coordination de la prise en charge des patients âgés « gériatriques ».....	7
1.1.2 Les filières de soins, levier d'amélioration de l'action gérontologique .....	9
1.1.3 L'impulsion d'une démarche coordonnée au niveau régional.....	11
<b>1.2 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, une opportunité pour améliorer la prise en charge des patients « gériatriques ».....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Les filières hospitalières gériatriques comme réponse aux besoins de santé croissants des personnes âgées .....	14
1.2.2 Les filières gériatriques hospitalières pour limiter les dysfonctionnements du parcours du patient gériatrique hospitalisé.....	16
1.2.3 Les filières gériatriques hospitalières comme moyen de réduire les risques liés à l'hospitalisation des patients âgés .....	19
<b>1.3 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, un enjeu stratégique pour l'hôpital Charles Foix .....</b>	<b>22</b>
1.3.1 La définition de filières gériatriques hospitalières, un objet de négociation majeur pour l'hôpital Charles Foix. ....	22
1.3.2 L'importance pour l'hôpital Charles Foix de pérenniser ses filières de recrutement par l'ancrage de filières gériatriques hospitalières .....	26
1.3.3 Le développement des flux de patients dans le cadre de la mise en place des filières gériatriques hospitalières .....	28

<b>2 Les modalités de mise en place des filières gériatriques hospitalières de l'hôpital Charles Foix .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 La mise en place de dispositifs de coordination entre les établissements de santé membres de la filière. ....</b>	<b>32</b>
2.1.1 Le développement d'outils de partage d'information .....	32
2.1.2 L'accentuation des coopérations entre les acteurs hospitaliers .....	35
2.1.3 La diffusion de la culture gériatrique au sein des services non-gériatriques .....	37
<b>2.2 Le renforcement de l'offre de soins gériatrique .....</b>	<b>39</b>
2.2.1 La mise en place de services de SSR thématiques .....	39
2.2.2 La consolidation des prises en charge géronto-psychiatriques .....	42
2.2.3 L'élargissement de l'offre ambulatoire .....	44
<b>2.3 Le développement des liens avec les acteurs du territoire : .....</b>	<b>46</b>
2.3.1 La création d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière .....	46
2.3.2 L'intensification du réseau de partenariat avec les structures sociales et médico-sociales.....	48
2.3.3 La mise en oeuvre d'un réseau intégré de services gérontologiques .....	50
 <b>Conclusion .....</b>	 <b>53</b>
 <b>Bibliographie.....</b>	 <b>55</b>
 <b>Liste des annexes.....</b>	 <b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : agence régionale d'hospitalisation  
ARHIF : agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France  
ARS : agence régionale de santé  
AVK : anti-vitamines K  
CCAS : centre communal d'action sociale  
CEGAP : centre de conseil en évaluation gérontologique et en actions de prévention  
CHS : centre hospitalier spécialisé  
CHU : centre hospitalo-universitaire  
CLIC : centre local d'information et de coordination  
CNEH : centre national de l'expertise hospitalière  
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
DDASS : direction départementale de l'action sanitaire et sociale  
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins  
DMS : durée moyenne de séjour  
EPP : évaluation des pratiques professionnelles  
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses  
HAD : hospitalisation à domicile  
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé.  
DRDR : dotation régionale de développement des réseaux  
FAQSV : fond d'aide à la qualité des soins de ville  
FIQCS : fond d'intervention de la qualité et de la coordination des soins  
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques  
MCO : médecine chirurgie obstétrique  
ORL : oto-rhino-laryngologie  
PMT : projet médical de territoire  
PRISMA : programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie  
SAU : service d'accueil des urgences  
SROS : schéma régional d'organisation de l'offre de soins  
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile  
SSR : service de soins de suite et de réadaptation  
TAA ou T2A : tarification à l'activité  
USLD : unité de soins de longue durée  
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

## Introduction

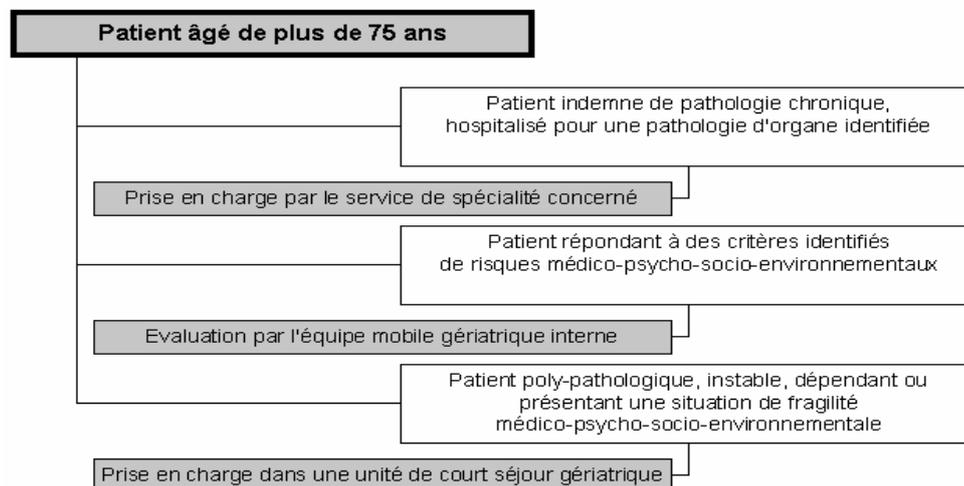
« Poser le problème de la vieillesse, en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et, plus encore, dans celle de demain ». C'est par ces termes qu'en 1962 le rapport Laroque, considéré comme précurseur en matière de politique de prise en charge des personnes âgées, pose le problème du vieillissement de la population française. Ce rapport explicite la complexité liée à l'accompagnement du vieillissement de la population : « le problème de la vieillesse est dominé par la nécessité de concilier d'une part l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, et d'autre part, leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation »<sup>1</sup>. Depuis plus de quarante ans, les politiques à destination des personnes âgées oscillent ainsi entre un accompagnement social et prise en charge sanitaire croissante du fait de l'augmentation des besoins de santé avec l'âge. A partir du constat selon lequel les besoins des personnes âgées sont multidimensionnels et nécessitent d'organiser la collaboration de nombreux intervenants, l'axe principal autour duquel les politiques de la vieillesse s'articulent est celui de la coordination des différentes initiatives. Pour assurer une prise en charge cohérente des personnes âgées tant à domicile qu'en institution, il faut harmoniser les actions des professionnels (médicaux, paramédicaux et sociaux), des gestionnaires de services (publics et privés), des décideurs en termes de planification, de tutelle et de financement (des secteurs de l'administration centrale et de l'administration décentralisée, des caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, mais aussi des collectivités territoriales c'est-à-dire les régions, départements, intercommunalités, et communes) ainsi que des législateurs.

La thématique de la « coordination » est ainsi devenue, depuis plus de vingt ans, l'objet de nombreux discours et pratiques dans le système de santé français. Le concept de la coordination est invoqué à la fois comme un manque par les patients, comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de santé par les hommes politiques et

---

<sup>1</sup> Rapport de la Commission d'étude sur le vieillissement dit rapport LAROQUE, 1962

comme l'un des objectifs des réformes introduites dans le système de santé<sup>2</sup>. De nombreuses initiatives ont été menées en matière de coordination des actions gérontologiques, principalement aux Etats-Unis et au Canada. Walter Leutz, professeur associé à l'université Brandeis de Boston est un spécialiste de l'intégration des services, principalement en matière de politiques de la vieillesse, qu'il définit comme un « travail d'interconnexion du système de soins (aigus, principalement médical et expert) avec les autres systèmes d'aide humaine (à long terme, d'éducation et d'aide social) dans l'objectif d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction et d'efficience) ». Walter Leutz identifie trois niveaux d'intégration : la liaison (transfert d'informations), la coordination (résorption des discontinuités entre services) et la pleine intégration (organisation centrale fournissant aux usagers d'un territoire l'ensemble du continuum de services requis). Il énonce plusieurs grandes « lois » régissant la mise en place de tels systèmes de coordination. Selon lui, « il est [ainsi] possible d'intégrer certains services tout le temps, tous les services à certains moments, mais il est impossible d'intégrer tous les services tout le temps ». Cette loi implique que, pour être efficaces, les dispositifs de coordination doivent être ciblés sur certaines catégories de personnes pour lesquelles le besoin de coordination est le plus indispensable. En matière de politique de la vieillesse, ce postulat demande d'identifier les patients nécessitant une prise en charge complexe. En effet, tous les patients de plus de 75 ans ne relèvent pas d'une prise en charge spécifique. Trois catégories de patients âgés sont identifiées par le Professeur Claude Jeandel :



La mise en place de dispositifs spécifiques pour ces patients dits « gériatriques » comme les filières gériatriques hospitalières telles que définies par la circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007 (cf. annexe 5), qui se concentrent sur la prise en charge de ces patients,

<sup>2</sup> ROBELET, SERRE, BOURGUEIL, 2005

permet d'atténuer le choc provoqué par le vieillissement massif de la population. En se concentrant sur la prise en charge des patients âgés fragiles, les filières gériatriques permettent la gradation des réponses apportées en fonction des besoins réels du patient. Selon les sources, les patients gériatriques, âgés et fragiles, constituent ainsi entre 15 et 50% de la population âgée.

L'hôpital Charles Foix, établissement gériatrique appartenant à l'Assistance-Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), est concerné au premier chef par la mise en place de telles filières gériatriques hospitalières. L'hospice des Incurables d'Ivry-sur-Seine a été ouvert en 1869, avec une capacité d'accueil de 2500 lits et a évolué au fil des ans jusqu'à devenir aujourd'hui le plus grand centre hospitalo-universitaire gériatrique d'Europe. Les différents services de Charles Foix, regroupés depuis 2007 en quatre pôles médicaux, constituent une filière gériatrique hospitalière complète à l'exception d'un service d'accueil des urgences. L'hôpital Charles Foix compte ainsi 100 lits de court séjour gériatrique, 260 lits de soins de suite et réadaptation gériatriques, 370 lits de soins de longue durée, 20 lits de géro-psycho-geriatrie et 8 lits de soins palliatifs. Le Centre d'évaluation gérontologique et d'action de prévention (CEGAP) compte 31 places d'hôpital de jour (3 places d'aigu, 18 places de SSR et 10 places de géro-psycho-geriatrie). C'est donc dans le cadre d'une offre gériatrique riche et ancienne que se situe la réflexion de l'hôpital Charles Foix sur son positionnement au sein des filières gériatriques hospitalières prévues par la circulaire du 28 mars 2007. Déjà intégré dans de nombreux dispositifs de coopération tant avec les établissements environnants qu'avec les acteurs du territoire dans le cadre du Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC), cet établissement doit néanmoins faire face au constat de dysfonctionnements dans les modes de prise en charge des patients âgés fragiles.

Il semble donc nécessaire de se demander pourquoi il est absolument indispensable que l'hôpital Charles Foix s'engage pleinement dans la démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières ? Quels problèmes soulèvent la mise en place effective de ces organisations sur le terrain ? Quelles orientations choisir dans ce cadre pour répondre au mieux aux besoins de santé des personnes âgées « gériatriques » ?

Nous verrons dans une première partie en quoi la démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières est un réel enjeu d'avenir pour l'hôpital Charles Foix. Fortement encadrée par les pouvoirs publics, la réflexion sur les modes de prise en charge des personnes âgées fragiles est en effet l'occasion d'identifier des dysfonctionnements dans les parcours des patients « gériatriques » et de redéfinir le positionnement stratégique de l'établissement sur son territoire.

Nous verrons ensuite comment cette démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières à Charles Foix permet de traduire dans les organisations des modèles de référentiels d'organisation des soins. Cette démarche implique d'importantes évolutions des pratiques, tant en matière de renforcement des coopérations entre les établissements membres de la filière, qu'en matière d'adaptation de l'offre de soins gériatriques et de développement des liens avec les acteurs du territoire.



# **1 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, un enjeu d'avenir pour l'hôpital Charles Foix**

La mise en place des filières gériatriques est une démarche dans laquelle l'hôpital Charles Foix doit pleinement s'engager car c'est un vecteur incontournable de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en situation de fragilité, au cœur de sa mission de santé publique.

## **1.1 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, une démarche encadrée par les pouvoirs publics**

La mise en place de filières gériatriques hospitalières par l'hôpital Charles Foix est une démarche de coordination de la prise en charge des personnes âgées en situation de fragilité. Elle est strictement encadrée par les pouvoirs publics.

### **1.1.1 La création des réseaux de soins, premier pas vers la coordination de la prise en charge des patients âgés « gériatriques ».**

Le développement des réseaux de prise en charge a été l'une des premières expériences mises en place à grande échelle du concept de coordination. Le terme de réseau, traduit de l'anglais « Health Maintenance Organizations », a été utilisé pour la première fois dans une circulaire datant du 4 juin 1991. Cette circulaire, relative à la mise en place des réseaux « ville-hôpital » dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), part du constat de la pluridisciplinarité de la prise en charge de cette pathologie et donc de la nécessité de formaliser les liens entre les différents intervenants. Elle a été suivie par une prolifération de textes concernant la prise en charge spécifique de diverses pathologies chroniques (diabète, etc.). C'est la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux » qui a donné un socle commun à cette multiplication de textes spécifiques en proposant une définition des réseaux et en fixant les règles, les outils et les financements nécessaires à leur développement. Les réseaux y sont décrits comme ayant « pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins

qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale ».

En 2001, lors du troisième congrès national des réseaux, Bernard Kouchner, alors Ministre délégué à la Santé, fait le bilan du fonctionnement des réseaux et regrette les « différents dispositifs de financement disparates et cloisonnés, ce qui oblige les promoteurs des réseaux à solliciter de multiples sources »<sup>3</sup>. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a représenté une véritable avancée dans l'histoire des réseaux de santé en récapitulant leurs modalités de financement. En effet, depuis cette date, les promoteurs de réseaux peuvent faire appel à des « subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'Assurance Maladie ainsi qu'à des financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ». En 2007, la loi de financement de la Sécurité Sociale substitue le FIQCS (Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins) au FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) et à la DRDR (dotation régionale de développement des réseaux).

Malgré cette simplification, les financements des réseaux de santé, qui ne sont accordés que pour des durées de trois ans renouvelables, limitent le développement d'actions pérennes, surtout dans le contexte actuel de déficit public. L'ampleur de l'action des réseaux de santé est également restreinte par sa dimension non-contraignante, dans la mesure où leur mise en place repose sur des initiatives locales. De ce fait, la réalité recouverte par le terme de réseau est très hétérogène. A cette difficulté s'ajoute celle de la rigueur des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, qui nécessite une implication personnelle forte des membres du réseau, implication qui ne fait l'objet de rémunérations que marginales.

Le développement des réseaux a néanmoins trouvé un terrain particulièrement favorable dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, qui est, par nature, globale. La gériatrie peut ainsi être définie comme « une demande très diversifiée, où l'offre est à adapter en fonction de nombreux facteurs concourant au soutien et au maintien de l'état de santé et où les solutions adaptées font appel à de multiples acteurs »<sup>4</sup>. Le

---

<sup>3</sup> KOUCHNER, 2001

<sup>4</sup> DRUNAT et al., 1998

vieillesse s'accompagne en effet du développement de pathologies liées au grand âge dont la prise en charge nécessite l'interaction de multiples interlocuteurs. Au-delà de cette dimension sanitaire, le maintien à domicile des personnes âgées implique également de nombreux acteurs, des médecins généralistes aux services d'aide à domicile dont l'action est étroitement intriquée, et auxquels s'ajoute tout le champ des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le principe de la coordination des actions autour de la personne âgée a été énoncé dès 1962 par le rapport Laroque, considéré comme précurseur d'une véritable « politique de la vieillesse ». Dans les années soixante-dix, le thème de la coordination est repris par les VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans qui cherchent à renforcer les actions locales en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Cette politique favorise des modes de prise en charge beaucoup plus sociaux que sanitaires, phénomène favorisé par la distinction marquée entre ces deux modalités d'intervention.

### **1.1.2 Les filières de soins, levier d'amélioration de l'action gériatrique**

Au début des années quatre-vingt-dix, le constat en matière de politique de la vieillesse est celui que « la coordination fait plus l'objet d'incantations que de réalisations effectives ou satisfaisantes »<sup>5</sup>. L'encouragement par le législateur à la mise en place des premiers réseaux gériatriques, suivie par celle des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en 2001 favorise une démarche de coordination au niveau local. Le réseau gériatrique trouve alors sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter. Le plus souvent sollicité par le médecin généraliste, le réseau permet l'articulation (contractualisée) autour de la personne âgée fragile (et son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie de secteur, associations d'aide et de soins aux personnes âgées, usagers et familles.

Si l'action des réseaux gériatriques concerne de fait le monde hospitalier, l'adaptation de l'hôpital à la prise en charge des personnes âgées reste variable. En effet, le patient gériatrique n'y bénéficie pas toujours d'un accueil adapté, et les établissements de santé restent avant tout constitués de services cliniques de spécialité, non gériatriques, où la complexité de la prise en charge de sujets poly-pathologiques et très dépendants est considérée comme un frein à une prise en charge optimale. Trop souvent, le patient

---

<sup>5</sup> LEGRAND, SCHLERET, 1992

gériatrique est perçu, comme « embolisant » le service, à une période où la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion. Cette perception se traduit parfois par des hospitalisations non pertinentes ou dans des services inadéquats, avec pour conséquence des sorties trop précoces. Pour résoudre cette problématique et offrir aux patients âgés une prise en charge adaptée ne se traduisant pas par une perte de chance, se sont développées depuis les années quatre-vingt-dix, en lien avec la démarche de reconnaissance de la gériatrie comme spécialité médicale, des modalités de prise en charge des patients âgés adaptées à leurs spécificités, comme les services de court-séjour gériatrique. Ces services « MCO » traitent les pathologies aiguës de leurs patients tout en prenant en charge les pathologies liées au grand âge, développant un savoir-faire reconnu. La circulaire du 28 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques incite les établissements de santé à mettre « l'accent sur l'individualisation de services de court séjour gériatrique, au moins, dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU) », ainsi qu'à créer des équipes mobiles gériatriques, des soins de suite et de réadaptation gériatriques et des consultations et pôles d'évaluation gériatriques. Cette incitation, qui s'accompagne d'une enveloppe financière dédiée, prend place dans l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), qui intègrent un volet spécifique consacré à la politique en faveur des personnes âgées. Le bilan qui en est fait par la DHOS au 31 décembre 2006 révèle cependant d'importantes disparités régionales des équipements dédiés à la prise en charge gériatrique (cf. annexe 2).

Avec la circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques hospitalières (cf. annexe 5), une étape supplémentaire est franchie dans la démarche de coordination et d'harmonisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles dans la mesure où les hôpitaux sont les structures qui semblent le plus à même de coordonner des dispositifs complexes, du fait de leur positionnement central dans les prises en charge et des moyens tant humains que financiers dont ils disposent. La circulaire du 28 mars 2007 décrit les filières de soins gériatriques hospitalières comme « constitu[ant] une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a[yant] pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées ». Les filières gériatriques hospitalières sont chargées de prendre en charge trois grands types de besoins : les hospitalisations non programmables, les hospitalisations programmables et les bilans à froid. Pour chacune des étapes du parcours du patient au sein d'un établissement de santé (court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, unité de

court séjour, services de soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée), un référentiel d'organisation des soins est détaillé en annexe, décrivant les moyens minimaux nécessaires à leur fonctionnement, moyens tant matériels qu'humains. Les filières gériatriques hospitalières reposent sur les établissements de santé, qu'elles lient par des conventions. La circulaire du 28 mars 2007 envisage également, dans son article cinq, les « partenariats avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile », reliant l'action des filières à celle des réseaux de santé préexistants.

A la différence de la réglementation concernant les réseaux de santé, la circulaire de 2007 endosse une dimension contraignante, qui en fait une des premières expériences de normalisation des prises en charge à l'échelle nationale. Les agences régionales d'hospitalisation sont en effet chargées de mettre en place les filières gériatriques hospitalières sur tous les territoires de santé composant le territoire national, ce qui signifie donc que tous les patients « gériatriques » français auront accès à une gamme de prises en charge complète et spécialisée puisque les territoires de santé maillent l'intégralité du territoire national. Les premiers bilans de l'expérimentation menée sur cinq territoires de santé d'Ile-de-France en 2008 montrent par ailleurs que la labellisation des filières par une commission ad hoc n'est pas automatique et que les exigences des référentiels de soins devront bien être respectées. La généralisation des unités gériatriques adaptées est donc à attendre dans les années à venir, provoquant un réel saut quantitatif et vraisemblablement qualitatif de la prise en charge des personnes âgées.

### **1.1.3 L'impulsion d'une démarche coordonnée au niveau régional**

Suite à la publication du SROS 3 en août 2006, l'Agence Régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) a publié un cahier des charges rappelant les éléments constitutifs du projet médical de territoire (PMT) pour les filières gériatriques. Il est en effet prévu que c'est à l'ensemble des acteurs des territoires de santé de s'organiser pour que l'offre de soins, telle qu'elle a été définie dans le SROS, ses annexes et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), réponde aux besoins de la population du territoire, dans le respect des dispositions du Plan Solidarité Grand Age de 2006 et de la circulaire du 28

mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Cette organisation doit être issue d'une large procédure de concertation.

La démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières revêt tout d'abord une dimension territoriale puisqu'elle s'appuie sur les territoires de santé arrêtés dans les schémas gérontologiques départementaux. Au sein de ces territoires, des filières gériatriques hospitalières doivent être identifiées, en tenant compte de l'organisation et des coopérations préexistantes, tout en veillant à répondre aux besoins du patient âgé « au plus près de son domicile ou de son lieu de vie ». En Ile-de-France, des comités thématiques locaux de concertation (CTLC) ont été mis en place pour chaque territoire de santé. Animés par un représentant de l'Assurance Maladie et un représentant de la DDASS spécialisé dans le secteur sanitaire, les CTLC regroupent les établissements de santé implantés sur le territoire, y compris l'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements et services médico-sociaux (EHPAD et SSIAD), les services d'aide à domicile, les professionnels libéraux, le CLIC, le(s) réseau(x) de santé existant(s), les associations d'usagers ainsi que les centres de santé. Selon le cahier des charges de l'ARHIF, ces réunions sur les territoires de santé « ont pour but de s'assurer que la prise en charge des patients âgés « gériatriques » est prévue et organisée de façon graduée et qu'il n'y a pas de points de rupture dans le maillage du territoire ». Le résultat de ces réunions de concertation prend la forme d'un document de synthèse harmonisé au niveau régional, contenant dans une première partie un état des lieux de la démographie et de l'offre de soins sur un territoire, une description des coopérations existantes et un diagnostic concernant le fonctionnement des établissements sur le territoire de santé et dans une deuxième partie des propositions d'actions visant à structurer et à optimiser la prise en charge des personnes âgées.

La démarche de mise en place des filières gériatriques par l'ARHIF revêt ensuite une forte dimension organisationnelle, sur la base des référentiels d'organisation des soins annexés à la circulaire du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques hospitalières « vers lesquels doivent tendre », selon le cahier des charges publié par l'ARHIF, les établissements de santé concernés. Organisées autour d'un établissement « support » « disposant sur site d'un court séjour, d'une équipe mobile et d'un pôle ambulatoire gériatrique, adossé sur site ou par convention, à une structure des urgences », les filières gériatriques hospitalières lient par une convention constitutive plusieurs établissements de santé. Un modèle-type de convention a été rédigé par l'ARHIF, détaillant précisément les modalités de coopérations ainsi que les structures minimales devant être regroupées dans une filière, qui sont précisément définies :

	<b>Critères minima d'implantation définis par la circulaire du 28 mars 2007</b>
Court séjour gériatrique	1 lit pour 1000 habitants de 75 ans et plus
Soins de suite et de réadaptation	3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus
Unité de soins de longue durée	6 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus
Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique	1 place pour 2000 habitants de 75 ans
Equipe mobile de gériatrie	1

Pour chacune des structures constituant la filière gériatrique hospitalière, des moyens de fonctionnement ainsi que des indicateurs de suivi annuels sont précisés. Les modalités de coordination entre les établissements membres sont encadrées, de la nomination d'un médecin gériatre coordinateur à la définition des « conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques ». Au-delà de la dimension hospitalière, la coordination avec la ville est prévue. Des « conventions-types relatives aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le cadre d'une filière de soins gériatrique » sont jointes à la circulaire et l'ARHIF incite fortement à leur entrée en vigueur progressive en remplacement des conventions de coopération préexistantes. La circulaire du 28 mars 2007 prévoit aussi qu'une « filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'HAD, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients ». La filière gériatrique hospitalière doit également collaborer avec les structures de coordination (CLIC ou réseaux de santé), notamment en matière de partage d'information et de gestion des cas complexes.

La démarche de mise en place des filières gériatriques revêt finalement une forte dimension contraignante pour les établissements de santé. En effet, les filières de prise en charge identifiées par les CTLC doivent être formalisées dans des conventions pour pouvoir être labellisées par une commission ad hoc. Les critères de labellisation ont été clairement énoncés par Roxane Simon-Prel, chargée de mission à l'ARHIF en charge des personnes âgées, dans le cadre de la revue de l'ARHIF publiée en mai 2009. Il faut qu'existe une filière complète telle que définie dans la circulaire, avec une équipe mobile « fonctionnelle », un aval assuré tant en intra-hospitalier qu'en coopération avec les EHPAD, et un pôle d'évaluation gériatrique constituant une véritable interface avec la ville. En Ile-de-France, huit territoires de santé avaient été désignés comme territoires expérimentateurs en octobre 2008. Sur les vingt-trois dossiers de filières gériatriques hospitalières déposés, dix n'ont pas été labellisés. Les principales raisons de non

labellisation ont été l'absence de signature d'une convention constitutive, le manque de développement ou d'activité de l'équipe mobile gériatrique et l'absence d'hôpital de jour d'évaluation gériatrique. La dimension contraignante de la démarche de labellisation des filières gériatriques constitue un vecteur de réorganisation fortement incitatif de l'offre de soins gériatriques sur un territoire de santé, qui pourra permettre à terme une harmonisation des structures à l'échelle nationale et le développement de modes de prise en charge qui ont fait leurs preuves, comme les équipes mobiles gériatriques internes.

## **1.2 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, une opportunité pour améliorer la prise en charge des patients « gériatriques »**

Au-delà de l'incitation réglementaire, la mise en place des filières gériatriques hospitalières est, pour l'hôpital Charles Foix comme pour le système hospitalier français, une opportunité de s'organiser pour faire face à l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées en France, mais aussi aux dysfonctionnements identifiés au cours du parcours hospitalier de ces populations spécifiques que sont les patients « gériatriques ».

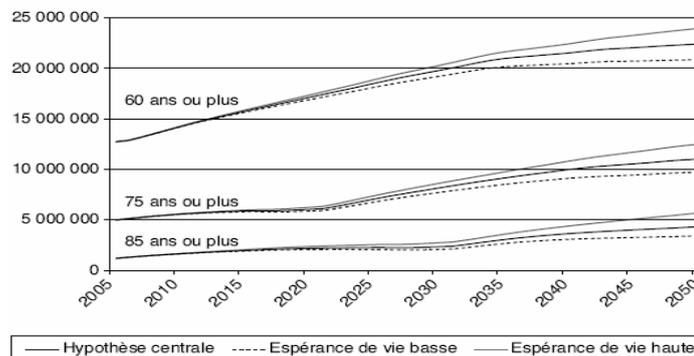
### **1.2.1 Les filières hospitalières gériatriques comme réponse aux besoins de santé croissants des personnes âgées**

L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un réel défi pour le système hospitalier français, tant dans son ampleur que dans les spécificités des besoins de santé des patients âgés. Ce défi justifie l'adaptation des modes de prise en charge existants par la mise en place des filières gériatriques hospitalières.

Le premier aspect du défi qui se présente pour le système hospitalier français est celui de la « vague démographique gériatrique »<sup>6</sup> qui s'annonce. Alors qu'entre 1970 et 2000, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans a augmenté de 9,1 à 12,1 millions, le scénario central des projections de population réalisées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), réalisé après le recensement de 2005, prévoit que la France comptera 22,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus en 2050, près de deux fois plus qu'en 2005 soit une augmentation de 80%. La croissance de la population âgée est encore plus marquée au sommet de la pyramide des âges puisque

les projections prévoient une augmentation de l'effectif des plus de 75 ans de 4,9 à 10,9 millions entre 2005 et 2050 et de 1,1 à 4,2 millions pour les 85 ans et plus.

### Nombre de personnes âgées de respectivement 60, 75 et 85 ans ou plus selon les hypothèses de mortalité



Champ : France métropolitaine.

Source : projections de population 2005-2050, Insee.

Le vieillissement de la population française est inéluctable, dans la mesure où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle. Les personnes qui atteindront 60 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2050 sont en effet déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement potentiel de la durée de vie dans les années futures ne fera qu'accentuer son ampleur. Même si l'espérance de vie se stabilise à son niveau de 2005 (soit 76,8 ans pour les hommes et 83,7 ans pour les femmes), le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmentera de 50% en 45 ans.

Le second élément justifiant l'adaptation rapide des modes de prise en charge gériatrique repose sur la spécificité des besoins de santé des personnes âgées. Le vieillissement a en effet pour corollaire une augmentation des besoins de santé, avec le développement de pathologies liées à l'âge. En ce qui concerne par exemple les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas, dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans<sup>7</sup>. Avec l'âge se développent les pathologies chroniques et les poly-pathologies : selon l'enquête décennale de l'IRDES, 94% des sujets de plus de 70 ans souffrent d'au moins deux maladies chroniques, 86% d'au moins trois. Parallèlement, le taux de recours à l'hôpital des plus de 75 ans augmente : en 2000, le nombre de séjours MCO des plus de 80 ans était de 7,8% du total des séjours enregistrés, en 2003 il était déjà de 9,1%. L'âge moyen

<sup>6</sup> JEANDEL, 2007

<sup>7</sup> Circulaire de 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

des patients à l'hôpital augmentera donc fortement et ce dernier devra traiter de plus en plus de pathologies chroniques ou de poly-pathologies très consommatrices en soins hospitaliers. Le professeur Claude Jeandel, médecin chef du service de médecine interne-gériatrie et du centre de traitement et de prévention des maladies du vieillissement du CHU de Montpellier insiste sur la spécificité de la prise en charge des patients âgés poly-pathologiques, pour lesquels une « approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de comorbidités (expertise gérontologique) et de la complexité médico-psycho-socio-environnementale des patients (accompagnement spécifique) » est indispensable.

La mise en place de filières hospitalières destinées à prendre en charge les patients âgés gériatriques se justifie donc par la nécessité de répondre de façon graduée aux besoins croissants de cette partie de la population.

### **1.2.2 Les filières gériatriques hospitalières pour limiter les dysfonctionnements du parcours du patient gériatrique hospitalisé**

La mise en place des filières gériatriques hospitalières repose sur une vision linéaire du parcours des patients âgés à l'hôpital et insiste particulièrement sur la coordination entre les différents maillons d'une hospitalisation. Cette vision vient du constat des dysfonctionnements fréquemment identifiés entre les étapes d'une prise en charge des patients âgés à l'hôpital. Une meilleure coordination des acteurs dans le cadre d'une filière gériatrique hospitalière semble pouvoir y remédier.

Le mode d'entrée des patients à l'hôpital est très significatif pour la prise en charge qui la suit. En 2002, le taux de recours aux urgences des patients âgés de plus de 75 ans a été estimé à 40%, contre 12% pour les 51-70 ans. En effet, selon le docteur Diane Pulvenis, médecin responsable du secteur personnes âgées à la direction de la politique médicale du siège de l'AP-HP, « 80% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 75 ans se déroulent en urgence, dans un contexte de crise » alors que seulement un tiers de patients plus jeunes est hospitalisé par un circuit d'urgence. En 2007, une étude prospective a été menée dans le service d'accueil des urgences du centre hospitalier Lyon Sud, étudiant les « passages inappropriés des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire ». Les résultats de cette étude montrent qu'entre 16 et 36% des passages aux urgences des personnes âgées de plus de 65 ans sont jugés médicalement inappropriés. Les hospitalisations pendant la journée sans caractère d'urgence sont évaluées à 14% de l'effectif, et sont en grande majorité (81%) adressés par des médecins de ville. Ils concernent surtout des patients très lourds,

qui subissent un taux important d'orientations inadaptées. Les auteurs de cette étude analysent ce phénomène comme le résultat d'une nouvelle perception des SAU, qui sont « devenus pour les médecins de ville et les familles un moyen pour faire hospitaliser leurs patients ou leur proche malgré les caractéristiques de l'activité et les conditions d'accueil qui en font souvent des lieux impropres à leur prise en charge ». Des admissions programmées et l'anticipation des décompensations potentielles permettent d'éviter ces passages néfastes pour les patients âgés fragiles. Un repérage des facteurs de fragilité (difficulté à la marche, chute, dénutrition, troubles cognitifs), accompagné de mesures adéquates, facilitées par la mise en place de liens de coopération au sein d'une filière gériatrique hospitalière, comme le renvoi systématique à une consultation gériatrique ou l'hospitalisation programmée dans un service de court séjour gériatrique, évite le passage par les urgences et augmente de façon significative les chances du patient concerné.

La question de l'orientation du patient à la suite de son passage au SAU est une question cruciale. Selon une étude menée en 2004 dans le SAU du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, l'impossibilité d'une hospitalisation (en court séjour ou en SSR) dans la structure souhaitée s'élève à 44% des cas. Ces impossibilités sont liées à un manque de place dans 95% des cas. Si le manque de places peut-être réel, l'impossibilité peut aussi être liée à des stratégies de chefs des services d'aval qui, soumis à d'importants critères d'efficacité, sélectionnent les patients qu'ils acceptent en fonction de leurs pathologies ou de l'intensité des soins qu'ils requièrent. Ces stratégies peuvent être limitées par la mise en place de réelles articulations, comme des staffs communs entre les services d'aigu et d'aval dans le cadre d'une filière gériatrique hospitalière fluide.

Selon Diane Pulvenis, en 2000, les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient 15% des séjours et 25% des journées d'hospitalisation dans les établissements de l'AP-HP. En court séjour, toutes les spécialités sont concernées par la prise en charge de personnes âgées, et sont fortement impactées par les spécificités de leurs besoins de santé. En raison de la durée allongée des séjours, souvent liée aux poly-pathologies, à la diminution des facultés de récupération des patients âgés et aux difficultés à trouver des lits d'aval, les patients âgés sont souvent qualifiés de « bed blockers » et acceptés avec réticence par les services de spécialité non gériatrique, surtout dans un contexte de tarification à l'activité où la maîtrise des DMS est primordiale. En 2004, le délai moyen d'acceptation d'une demande de transfert émanant d'un service de court séjour par un service de SSR était ainsi de douze jours en région parisienne. Ces phénomènes entraînent de fait le regroupement dans les services de court séjour gériatrique de personnes âgées très poly-pathologiques que les services non-gériatriques refusent de

prendre en charge. Cette concentration des patients les plus lourds dans les services de court séjour gériatrique risque, si le flux d'aval n'est pas organisé et donc que la DMS augmente fortement, de les exposer à d'importants déficits et, à terme, à une réduction de leurs moyens<sup>8</sup>. Ils constituent pourtant une amélioration reconnue de la qualité et de la continuité des soins pour les patients âgés, puisqu'ils limitent la multiplication des intervenants, qui entraîne souvent une perte de repères et d'information d'autant plus dommageables que le patient souffre de troubles cognitifs.

Dans les services de médecine physique et réadaptation (MPR), la proportion de personnes âgées n'est que de 17% des semaines d'hospitalisation. En soins de suite et de réadaptation, en revanche, deux tiers des semaines d'hospitalisation correspondent à des plus de 75 ans avec, dans un tiers des cas, une dépendance importante<sup>9</sup>. Actuellement, en France, 1639 établissements de santé ont une activité de SSR, soit 41% d'établissements publics, 35% d'établissements privés participant au service public (PSPH) et 24% d'établissements privés à but lucratif<sup>10</sup>, avec des disparités géographiques importantes par rapport au critère, fixé par la circulaire du 28 mars 2007, de trois lits de SSR gériatrique pour mille patients de plus de 75 ans. Or les SSR gériatriques constituent le « poumon de la filière de soins »<sup>11</sup> en servant de zone tampon entre les services de court séjour et le domicile. C'est généralement là que les sorties sont préparées, qu'il s'agisse d'organiser un retour à domicile ou une institutionnalisation. Avec la mise en place du futur système de tarification de cette activité, la pression concernant les DMS va se renforcer sur les lits de SSR, risquant là encore, si la fluidité de l'aval n'est pas organisée par des conventions particulières, de provoquer des déficits et donc des réductions de moyens. Pourtant, la mise en place d'un mode de sortie adapté est incontournable : actuellement, l'incidence des réhospitalisations à six mois des patients âgés de plus de 75 ans après une hospitalisation en service de SSR est évaluée à 43%, ce qui ne peut pas être considéré comme une donnée satisfaisante.

La qualité du parcours du patient à l'hôpital est également liée aux structures d'aval qui peuvent recevoir les patients une fois qu'ils ont reçu les soins aigus et la rééducation nécessaires. Le dimensionnement des lits de SLD ainsi que des places d'EHPAD est ainsi particulièrement influent sur la DMS des unités de SSR, tout comme l'importance du dispositif de maintien à domicile. Ainsi, si le nombre de places de SLD n'est pas suffisant, s'il n'y a pas assez d'EHPAD sur le territoire ou si ces derniers refusent d'accepter des

---

<sup>8</sup> GAUVAIN et al., 2007

<sup>9</sup> PULVENIS, 2000

<sup>10</sup> AQUINO, 2007

patients venant de l'hôpital, la saturation des lits de SSR est rapide. En Ile-de-France, le contexte actuel des modalités d'aval est marqué par la démarche de partition des USLD, issue des dispositions de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006. Dans ce cadre, les USLD redéfinies sont amenées à ne plus admettre que des personnes relevant d'une prise en charge sanitaire, ce qui suppose d'autres solutions locales pour les personnes âgées dépendantes. Cette démarche se traduit par la fermeture de lits de SLD au profit de lits d'EHPAD. Cependant, fermeture et ouverture ne coïncident pas temporellement, ce qui a pour conséquence la réduction des lits de SLD sans possibilité d'offrir une prise en charge adaptée aux patients et donc une « embolisation » de toute la filière en amont. L'importance des réhospitalisations, qui sont souvent liées à la complexité du maintien à domicile, s'explique donc en partie par le manque de places d'aval adaptées aux besoins des personnes âgées (SLD, EHPAD mais aussi accueil de jour, structures de répit, etc.). Il faut y ajouter les difficultés que rencontrent les structures d'aide à domicile à faire face à la demande et le manque de suivi après une hospitalisation. La mise en place de filières gériatriques hospitalières venant en soutien des services de maintien à domicile permet la réduction de ces réhospitalisations.

### **1.2.3 Les filières gériatriques hospitalières comme moyen de réduire les risques liés à l'hospitalisation des patients âgés**

Une étude sur la durée de séjour et l'orientation des personnes âgées de plus de 80 ans à la Pitié-Salpêtrière, menée un jour donné en 2004, a démontré que sur les soixante-cinq patients étudiés, quinze ont perdu leur autonomie motrice pendant l'hospitalisation alors qu'ils marchaient seuls, et dix, qui avaient une bonne autonomie cognitive, ont développé une perte modérée ou sévère<sup>12</sup>. L'hospitalisation elle-même peut donc malheureusement rendre un patient âgé dépendant. Les facteurs susceptibles d'induire la décompensation d'un état d'autonomie précaire sont nombreux mais ils peuvent être limités par la diffusion de la « culture gériatrique » au sein des maillons composant le parcours d'une personne âgée à l'hôpital.

---

<sup>11</sup> FHF, 2009

<sup>12</sup> VERNY et al., 2004

L'hospitalisation en elle-même peut comporter des risques pour les patients âgés fragiles. Des infections nosocomiales peuvent ainsi être contractées à l'occasion d'un acte réalisé pendant l'hospitalisation (intervention chirurgicale, ponction, mise en place d'un cathéter veineux, d'une sonde...), ou pendant l'hospitalisation de malades dont les défenses immunitaires sont très affaiblies. A cela s'ajoutent les infections iatrogènes : les personnes de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée et ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80 ans et plus<sup>13</sup>. Environ 10% des hospitalisations chez le sujet de plus de 70 ans sont liées en tout ou partie à un accident iatrogénique. Le taux d'événements iatrogènes augmente avec l'âge : il est deux fois plus fréquent après 65 ans qu'avant 45 ans. Surdosage et interactions médicamenteuses sont les principaux mécanismes en cause avec les médicaments prescrits quotidiennement chez le sujet âgé (AVK (anticoagulants), anxiolytiques, psychotropes, etc.)<sup>14</sup> et l'hôpital n'est pas exempt de tels accidents de prescription. Les pratiques en matière d'anesthésie en sont un exemple : alors que le bénéfice apporté par les bêta-bloquants chez les insuffisants coronariens a été clairement démontré et a eu un impact positif sur la pratique clinique, une sous-utilisation de ces traitements chez les patients âgés coronariens persiste (20 à 50% des 65 ans et plus ne bénéficient pas de bêta-bloquants en post-infarctus et ce, sans contre-indications retrouvées)<sup>15</sup>. La formation des praticiens hospitaliers aux spécificités de la prise en charge médicamenteuse des patients âgés semble donc nécessaire pour réduire les risques qu'ils encourent à l'hôpital.

Un des principaux risques liés à l'hospitalisation d'une personne âgée est lié à l'immobilisation du patient. En effet, la situation d'alitement, qui est très fréquente à l'hôpital, de l'attente sur un brancard aux urgences à la contention, a de graves répercussions sur l'organisme, répercussions qui s'amplifient avec l'âge. Si un trouble de la mobilité est déjà présent, vingt-quatre heures d'alitement suffisent pour que le patient âgé soit incapable de se lever du lit et de marcher seul en toute sécurité<sup>16</sup>. Les conséquences médicales d'une immobilisation prolongée sont majeures pour un patient âgé : thrombose veineuse, escarres, complications cardio-vasculaires, fonte musculaire et osseuse, etc. autant de complications qui concourent à une perte d'autonomie rapide des personnes âgées hospitalisées. Ainsi, l'immobilisation peut entraîner une incontinence alors que prendre le temps d'aider le patient à se rendre aux toilettes permet de maintenir autonomie et dignité. Pour limiter les risques liés à l'immobilisation, des modalités de prise

---

<sup>13</sup> DELPIERRE et LEGRAIN, 2005

<sup>14</sup> DUFOUR et al., 2005

<sup>15</sup> DELPIERRE et LEGRAIN, 2005

<sup>16</sup> DOIRON et DUPRAS, 2009

en charge simples existent, comme la verticalisation précoce des patients et le maintien de la marche au cours de l'hospitalisation. Elles doivent être le fait des kinésithérapeutes mais aussi des équipes soignantes, sensibilisées à ces problématiques, dès l'entrée à l'hôpital.

Un des autres risques pour le patient âgé au cours d'une hospitalisation est celui de la dénutrition et de la déshydratation. C'est un risque qui se réalise très fréquemment puisque seuls quelques jours d'apports insuffisants peuvent entraîner des carences nutritionnelles et perturber le processus de récupération. Ce phénomène est d'autant plus rapide à l'hôpital que 5 à 10% des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile ainsi que 45 à 50% des résidents en institution seraient dénutris. Ces taux peuvent ainsi dépasser 70% en milieu hospitalier, en particulier dans les services de SSR<sup>17</sup>. Du fait de la dénutrition protéino-énergétique, le risque de morbidité infectieuse augmente de deux à six fois : une spirale de la dénutrition s'engage et peut déboucher sur un risque d'escarres accru, de chute et finalement d'état grabataire. Là encore les méthodes de prise en charge existent (algorithmes de dépistage, Mini Nutritional Assessment (MNA), feuilles de surveillance alimentaire, etc.) et doivent être diffusées au sein des services prenant en charge les patients âgés.

L'explicitation de ces différents risques encourus par les patients âgés hospitalisés permet de mettre en évidence l'importance de la formation du personnel médical et paramédical sur les besoins des patients âgés de plus de 75 ans et sur une approche de soins adaptée. En effet, malgré la promotion de la gériatrie au rang de spécialité médicale en 2004, ces compétences restent encore concentrées dans les secteurs dits « gériatriques » des établissements. De même en ce qui concerne les professionnels paramédicaux, les spécificités des prises en charge des personnes âgées ne sont que peu enseignées dans les instituts de formation. Un des objectifs de la circulaire du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques hospitalières est justement la « diffusion de la culture gériatrique et la formation des personnels des établissements de santé voire celle des acteurs extérieurs à l'hôpital intervenant dans les prises en charge des personnes âgées ». L'amélioration de la qualité des prises en charge des personnes âgées à l'hôpital ne passera que par une sensibilisation de tous les acteurs aux spécificités du grand âge et par la diffusion et l'utilisation des outils qui ont démontré scientifiquement leur utilité, comme les tests cognitifs. Cette diffusion doit se faire à partir des centres de compétence

existants dans un établissement, c'est à dire le service de gériatrie et son équipe mobile, et se propager aux services non-gériatriques.

### **1.3 La mise en place des filières gériatriques hospitalières, un enjeu stratégique pour l'hôpital Charles Foix**

Si la démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières répond à des exigences réglementaires, organisationnelles et qualitatives fortes, elle endosse pour l'hôpital Charles Foix, spécialisé en gériatrie, une dimension stratégique en questionnant la légitimité de son action et de son implantation sur son territoire de santé.

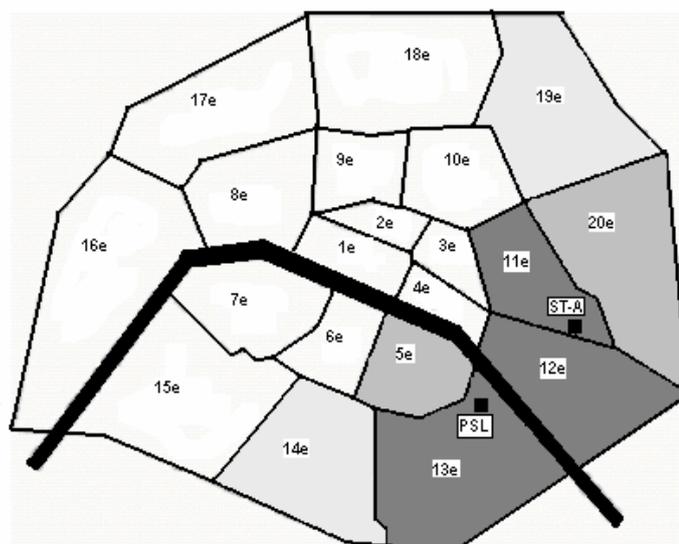
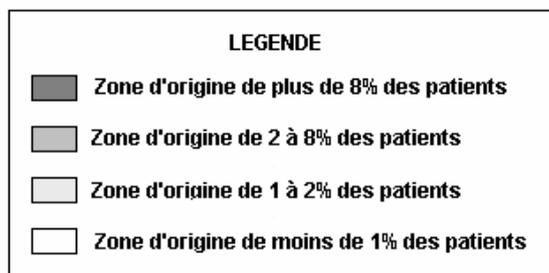
#### **1.3.1 La définition de filières gériatriques hospitalières, un objet de négociation majeur pour l'hôpital Charles Foix.**

L'hôpital Charles Foix est situé sur le territoire de la commune d'Ivry-sur-Seine, dans le département du Val-de-Marne (94), sur le territoire de santé 94-2. Il répond à un besoin de prise en charge de proximité pour la population val de marnaise : 46% des patients pris en charge entre 2005 et 2008 étaient originaires du Val-de-Marne. Cependant, pour des raisons principalement historiques, les patients qui sont pris en charge à Charles Foix proviennent également de Paris (75) à hauteur de 43,8%. Ces flux sont amenés à se renforcer avec la mise en place, en 2011, du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière – Charles Foix.

---

<sup>17</sup> BOURDILLON, 2004

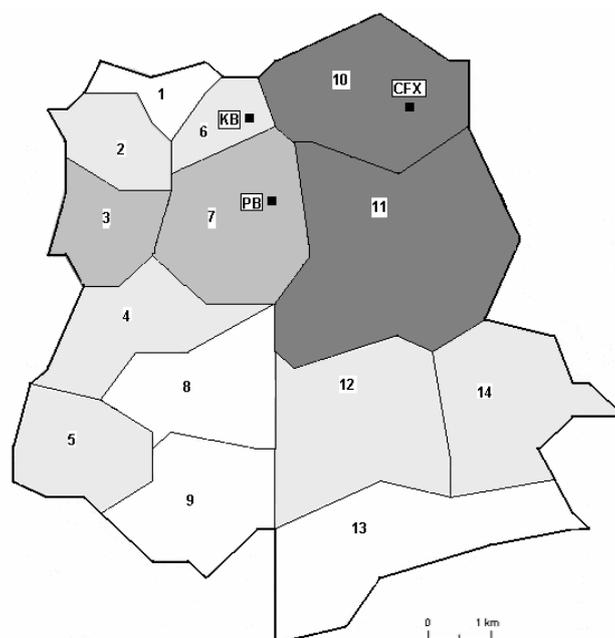
## Les filières de recrutement de l'hôpital Charles Foix



PARIS

**Territoire de santé 94-2**

1 : Gentilly	9 : Rungis
2 : Arcueil	10 : Ivry-sur-Seine
3 : Cachan	11 : Vitry-sur-Seine
4 : L'Hay les Roses	12 : Thiais
5 : Fresnes	13 : Orly
6 : Le Kremlin Bicêtre	14 : Choisy-Le-Roi
7 : Villejuif	
8 : Chevilly-Larue	



Données DIM 2005-2008

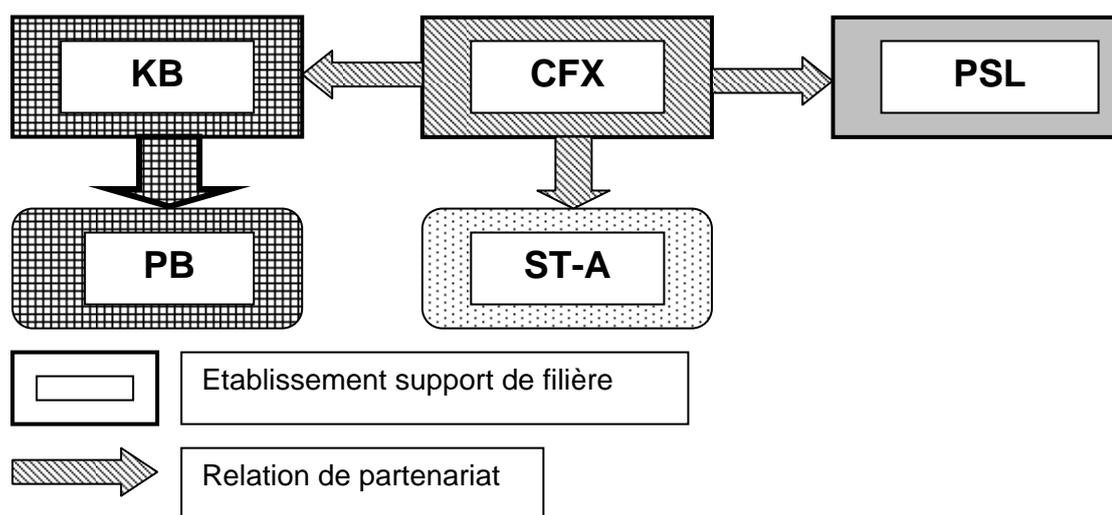
Du fait de la nature de ses activités, l'hôpital Charles Foix a développé d'importantes relations avec les établissements situés à proximité dont il assure l'aval : le CHU de Bicêtre, également situé dans le Val-de-Marne (24% des transferts en court séjour et en SSR à Charles Foix), le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (27% des transferts) et l'hôpital Saint-Antoine (35,6% des transferts).

Situé sur le territoire de santé 94-2, l'hôpital Charles Foix a naturellement développé d'importants échanges avec le CHU de Bicêtre, qui dispose d'une importante structure d'accueil des urgences drainant nombre de patients val de marnais. Cependant, la politique de mise en place de groupements hospitaliers développée par l'AP-HP n'a pas

prévu le regroupement de l'hôpital Charles Foix avec le CHU de Bicêtre. Il a en effet été décidé que l'hôpital Charles Foix soit regroupé en 2011 avec le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, situé sur le territoire de santé 75-2, avec lequel il mène également de nombreuses coopérations, et que le CHU de Bicêtre soit regroupé avec l'hôpital Paul Brousse. (cf. annexe 3)

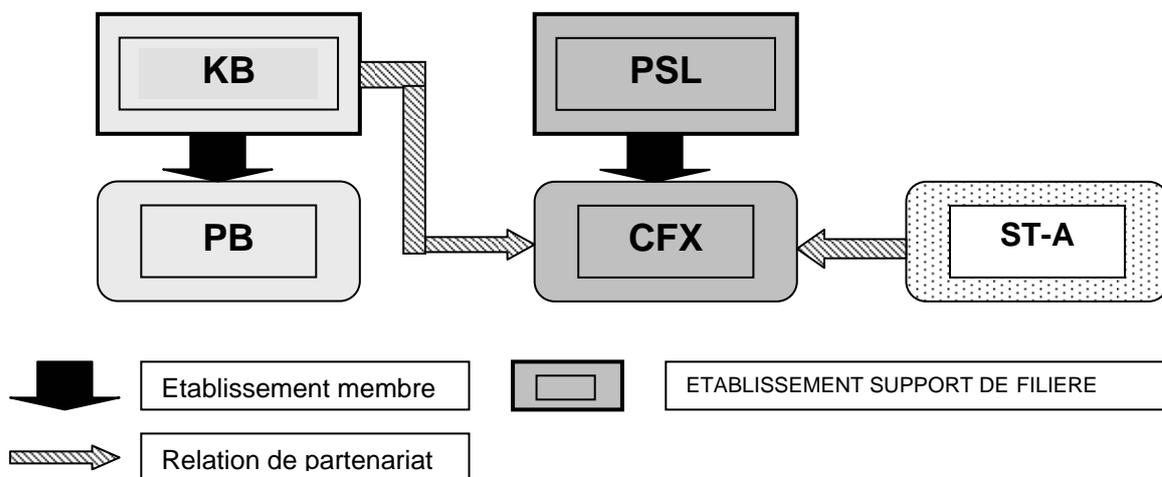
La réflexion sur la mise en place des filières gériatriques à partir du mois de mars 2009 s'est donc inscrite sur cet historique. En lien avec les responsables de la DDASS et de l'Assurance Maladie chargés d'animer les CTLC des territoires de santé 94-2 et 75-2 ainsi qu'avec les représentants de la direction de la politique médicale du siège de l'AP-HP, différents scénarios ont été envisagés afin d'offrir aux personnes âgées de ces deux territoires de santé la prise en charge la plus optimale et la plus respectueuse de leur lieu de résidence.

**Scénario n°1** : du fait du poids de l'hôpital Charles Foix en matière de prise en charge gériatrique, il a été envisagé qu'il forme une filière à lui seul sur le territoire de santé 94-2, relié par des conventions de partenariat au CHU de Bicêtre, au centre hospitalier de la Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital Saint-Antoine. Ce scénario a été rejeté car les flux de patients issus du Val-de-Marne et hospitalisés à l'hôpital Charles Foix sont similaires à ceux pris en charge au CHU de Bicêtre et à l'hôpital Paul Brousse. Les acteurs de ville impliqués sont également semblables (EHPAD, médecins généralistes, etc.). Il n'aurait donc pas été logique de créer deux filières hospitalières sur le territoire de santé 94-2.

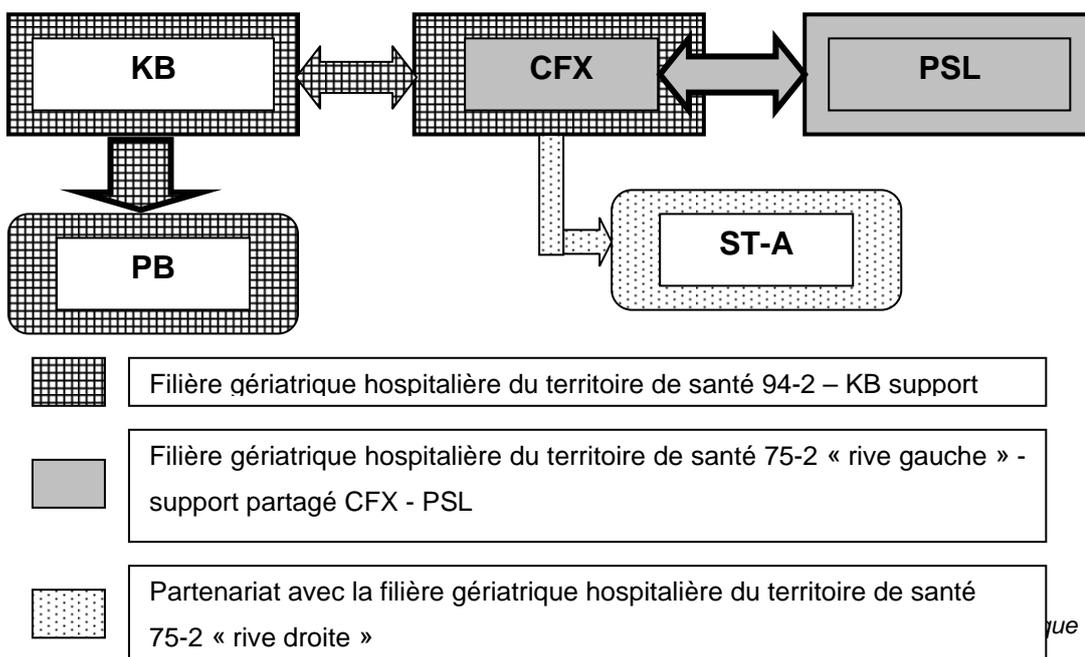


**Scénario n°2** : du fait de l'absence de service d'accueil des urgences au sein de l'hôpital Charles Foix, une autre solution a été envisagée selon laquelle il n'aurait été que partenaire de filières dont le CHU de Bicêtre pour le 94-2 d'une part et le groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière d'autre part auraient été les supports. Cette solution a

été rejetée, entre autres, du fait de l'importance du nombre de lits présentés par l'hôpital Charles Foix.



**Scénario n°3** : le scénario qui a été retenu est celui d'une association de l'hôpital Charles Foix à la filière formée par le CHU de Bicêtre et l'hôpital Paul Brousse sur le territoire de santé 94-2 et d'un partage de la fonction support entre l'hôpital Charles Foix et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière pour le territoire de santé 75-2, amenés à ne former qu'un groupe hospitalier en 2011. L'hôpital Saint Antoine, situé sur le territoire de santé 75-2 « rive droite » est associé à la filière 75-2 « rive gauche » en tant qu'établissement partenaire à un niveau qui variera selon le rythme de déploiement de l'activité de Rothschild. Cette solution de support partagée, qui avait déjà été expérimentée sur la filière gériatrique hospitalière Bichat-Bretonneau en 2008, a permis de calmer les appréhensions des représentants de la DDASS du 94-2 qui craignaient une diminution du nombre de prises en charge des patients val de marnais à Charles Foix et de rassurer le groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, partenaire légitime de l'hôpital Charles Foix du fait de la future constitution du groupe, quant aux liens qui relient les deux établissements.



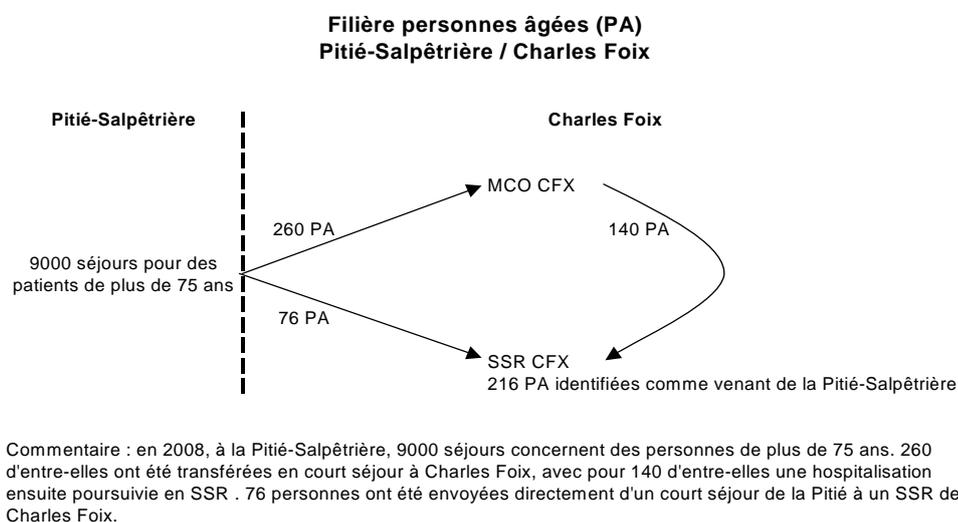
### **1.3.2 L'importance pour l'hôpital Charles Foix de pérenniser ses filières de recrutement par l'ancrage de filières gériatriques hospitalières**

Depuis la mise en place en 2005 de la tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux pour les activités MCO, le financement des établissements de santé publique est en partie fondé sur leur activité, celle-ci étant décrite par groupe homogène de séjours (GHS). L'hôpital Charles Foix est concerné par cette réforme au titre de son activité de court séjour qui représentait 32 067 journées d'hospitalisation en 2008. Il le sera prochainement au titre de son activité de soins de suite et de réadaptation (49 902 journées d'hospitalisation en 2008), pour laquelle un système de tarification est en cours d'élaboration.

La mise en place de la T2A a induit un profond renversement des logiques de financement à l'œuvre dans les hôpitaux, puisque les recettes découlent dorénavant principalement de l'activité réalisée en remplacement de la dotation globale. Ainsi, lors de la conception de leur état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), les établissements doivent anticiper l'activité qu'ils réaliseront afin d'évaluer le montant de leurs recettes potentielles. Cette activité est, selon Catherine Dupilet, experte au Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), « soumise à de multiples facteurs expliquant son évolutivité : taille et démographie de la population de la zone concernée, évolution des comportements de consommation hospitalière dans cette zone (part de marché de l'établissement, offre proposée), modifications des pratiques de prise en charge (hospitalisation classique ou ambulatoire, soins externes) ». Afin d'anticiper les évolutions potentielles des recettes d'un établissement, et donc ses marges d'action en matière de dépenses, il convient de développer une analyse très fine de son activité ainsi que de ses possibilités de développement.

L'hôpital Charles Foix, dans le contexte de la mise en place des filières gériatriques, s'est tout d'abord concentré sur l'analyse de son activité actuelle. Le bassin de recrutement de l'établissement a été identifié. Il repose sur deux territoires de santé distincts (94-2 et 75-2 « rive gauche »). Cette position, qui peut au premier abord paraître avantageuse dans la mesure où elle additionne deux flux de patients et donc potentiellement deux fois plus d'activité, semble devoir être analysée, dans le contexte de la première couronne parisienne, comme plutôt défavorable. En effet, chacun des deux territoires de santé présente une forte concurrence d'hôpitaux appartenant à l'AP-HP. Sur le territoire de santé 94-2, le groupe hospitalier Bicêtre-Paul Brousse offre d'ores et déjà une palette complète d'activités gériatriques. En plus de cette réelle concurrence en matière d'offre de prise en charge gériatrique sur ce territoire on observe que seulement 52% des

personnes âgées du territoire y sont hospitalisées. Il y a donc un taux de fuite de 48% vers les territoires de santé voisins (92-1, 94-1 et 72-2). La mise en place d'une filière gériatrique identifiée sur le territoire de santé 94-2 aura pour objectif un ancrage des flux de patients et un renforcement de l'offre gériatrique qui y est proposée. Sur le territoire de santé 75-2, la situation diffère dans la mesure où le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ne dispose pas de lits d'aval gériatrique. Mais là encore le recrutement de l'hôpital Charles Foix n'est pas garanti puisqu'il ne se situe pas géographiquement dans Paris même et que nombre de patients parisiens refusent de s'y faire hospitaliser du fait de la distance qu'ils ont à parcourir pour s'y rendre. Ce phénomène se répercute visiblement sur les données des transferts entre les deux hôpitaux et sera l'un des axes de développement de la filière et du futur groupe hospitalier en 2011, d'autant plus qu'il correspond à un réel besoin de lits d'aval des services d'aigu de la Pitié-Salpêtrière.



Une analyse du dimensionnement des structures existantes à Charles Foix a également été menée. Cette analyse repose sur des ratios de prise en charge ainsi que sur l'analyse des durées moyennes de séjour (DMS) dans les différents services, qui permettent d'identifier des « goulets d'étranglement » dans des filières de prise en charge. L'analyse de la circulaire du 28 mars 2007 permet d'identifier des ratios minimaux d'équipement pour assurer la fluidité de la prise en charge des patients âgés. Pour une population de 1000 habitants de plus de 75 ans, un lit de court séjour gériatrique, trois lits de SSR sont nécessaires et six lits de SLD sont indispensables. Avec 100 lits de court séjour, 260 lits de SSR (dont 140 effectivement ouverts) et 400 lits de SLD pour un bassin de recrutement qui peut être évalué à 30 000 personnes, l'hôpital Charles Foix se situe au-dessus de ces seuils. Il dispose ainsi de 3,3 lits de court séjour, de 4,6 à 8,6 lits de SSR en fonction du nombre de lits fermés et de 13 lits de SLD pour 1000 habitants de son

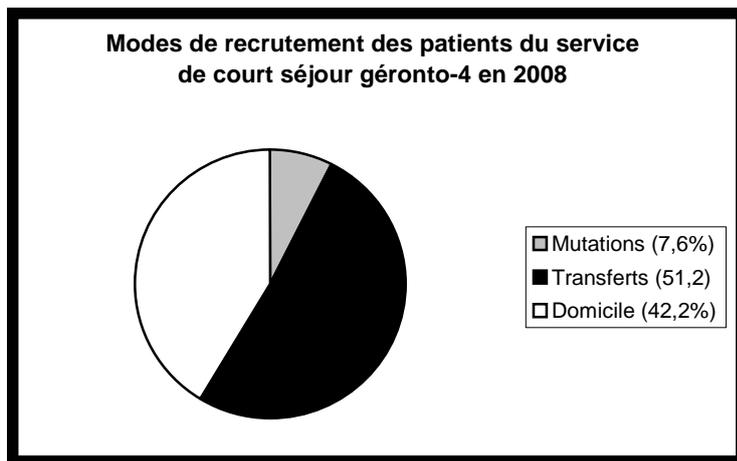
bassin de recrutement âgés de plus de 75 ans, ce qui répond largement aux exigences permettant un fonctionnement fluide d'une filière gériatrique hospitalière.

L'analyse de l'activité réalisée au sein des différents services de l'hôpital Charles Foix permet cependant d'identifier certains dysfonctionnements auxquels la mise en place de filières gériatriques devrait permettre de remédier. En effet, les données concernant les taux d'occupation ainsi que les DMS laissent entrevoir certaines difficultés, qui ne seront qu'accrues avec le passage à la T2A pour l'activité de SSR. Pour l'année 2008, le taux d'occupation dans les services de court séjour de l'établissement s'élevait à 94,7%. Il s'élève à 91% pour les huit premiers mois de 2009, avec une DMS qui se réduit légèrement, passant de 13,1 à 12,5 jours. Ces données correspondent aux objectifs fixés par la direction de la politique médicale de l'AP-HP, en lien avec les objectifs quantifiés de l'ARHIF. Par contre les services de soins de suite et de réadaptation présentent des données d'activités en dessous des données cibles alors que plus de quatre-vingt lits sont d'ores et déjà fermés. Le taux d'occupation en 2008 s'élevait à 78,4% et à 86,1% sur les huit premiers mois de 2009 alors que l'objectif fixé est à 95% de taux d'occupation. La spécificité du fonctionnement des services de SSR de Charles Foix, qui sont très fortement orientés vers la filière interne, puisque 82% des patients qui y sont transférés ou mutés proviennent d'un des services de court séjour de l'établissement, met en évidence un des axes légitimant la mise en place des filières gériatriques hospitalières, c'est à dire l'accroissement de l'activité de ces services par leur ouverture sur l'extérieur, d'une part pour leur assurer un taux d'occupation élevé et d'autre part pour répondre aux besoins de santé dans le contexte d'une pénurie de lits sur Paris intra-muros.

### **1.3.3 Le développement des flux de patients dans le cadre de la mise en place des filières gériatriques hospitalières**

Le développement de flux de patients dans le cadre de la mise en place des filières gériatriques se fait nécessairement par étapes successives. Après avoir acté les collaborations existantes et avoir recensé les diverses initiatives, la première phase consiste en la rédaction des conventions constitutives des filières, qui sont exigées dans le cadre de la démarche de labellisation mise en place par l'ARHIF. Du fait de sa double appartenance, l'hôpital Charles Foix a été impliqué dans la rédaction de deux de ces conventions, et cette dualité, si elle a pu être source de complexité du fait de la multiplication des négociations à mener, a aussi été riche d'initiatives puisque les deux démarches se sont complétées.

La convention constitutive de la filière gériatrique hospitalière du territoire de santé 94-2, sur demande de l'ARHIF, regroupe le CHU de Bicêtre et l'hôpital Paul Brousse, appartenant tous deux à l'AP-HP, le centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud de Villejuif ainsi que deux cliniques, celle des Tournelles de l'Haÿ-les-Roses et celle de Choisy-le-Roi. Ces établissements se sont appropriés relativement rapidement la démarche de mise en place de la filière puisque la réunion des différents interlocuteurs hospitaliers et de ville a été organisée à l'hôpital Charles Foix avant même la finalisation du bilan des CTLC par la DDASS du Val-de-Marne. Cette réunion a été l'occasion d'échanges riches avec les acteurs du domicile et d'une confirmation pour les représentants des établissements de santé de la volonté de mener un travail en commun. La convention de coopération est rédigée depuis le début du mois de septembre 2009, sur la base d'une convention type proposée par l'ARHIF. Elle prévoit l'organisation fonctionnelle de la filière (comité de coordination, cellule opérationnelle) ainsi que son cadrage (territoire, population, établissements concernés, indicateurs de suivi, etc.). Cette étape est surtout le fait des équipes administratives des établissements. L'implication des professionnels médicaux et paramédicaux des établissements de santé comme de la ville est prévue par le biais d'une réunion collective organisée dans le courant du mois d'octobre 2009 au CHU de Bicêtre. Ce sera de nouveau l'occasion d'échanges et de propositions. Comme chaque établissement aura d'ici-là nommé son référent médical pour la filière gériatrique hospitalière, une réunion de concertation est prévue pour approuver un plan d'action permettant à la convention de prendre vie. La nomination du coordinateur médical n'a pas encore été faite par le CHU de Bicêtre. Pour Charles Foix, un des gériatres chef de service a accepté de devenir référent pour la filière du territoire de santé 94-2. En effet, l'analyse de la provenance des patients pris en charge dans les lits de court-séjour de son service montre qu'ils proviennent majoritairement du CHU de Bicêtre. Le nombre de patients qui sont directement admis de leur domicile ou de leur EHPAD y est également le plus élevé de l'établissement, ce qui fait de ce chef de service le référent idéal pour cette filière. L'importance des relations interpersonnelles est en effet une donnée incontournable des relations entre médecins et l'existence de relations est une des meilleures garanties de la réalité du dispositif mis en place.

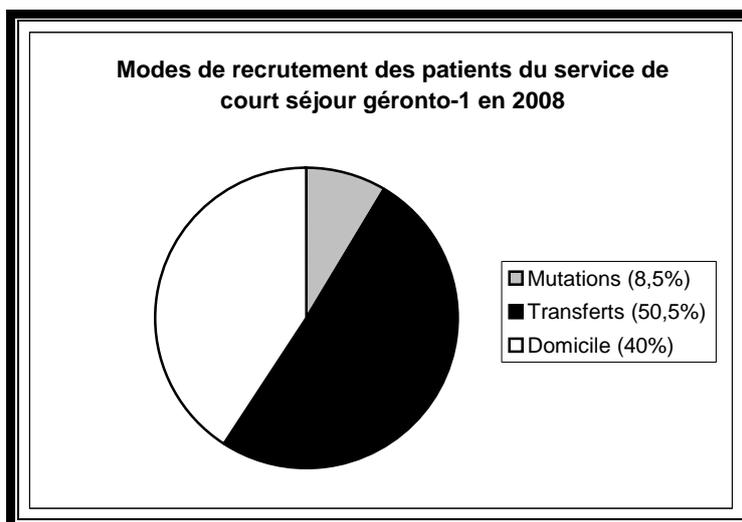


Parmi les 243 séjours issus de transferts :

- 10 % proviennent de la Pitié-Salpêtrière
- 2 % proviennent de l'hôpital Saint-Antoine
- 30,5 % proviennent du Kremlin Bicêtre

Sur le territoire de santé 75-2 « rive gauche », la démarche de concertation dans le cadre des CTLC a été très largement animée par le chef du service de gériatrie de la Pitié-Salpêtrière. Les réunions ont été organisées sur ce site et non pas dans les locaux de la DDASS, avec les acteurs de ville des 12<sup>e</sup> et 13<sup>e</sup> arrondissements, dans une démarche très tôt concertée. L'implication des responsables médicaux de l'hôpital Charles Foix n'a été que tardive et le positionnement de l'établissement reste délicat dans la mesure où les acteurs de ce territoire de santé ne sont ses interlocuteurs qu'à la marge ou de façon indirecte après le passage d'un de leurs patients à la Pitié-Salpêtrière. La décision de mettre en place un support partagé pour la filière hospitalière signifie néanmoins nécessairement une forte implication des acteurs de l'hôpital Charles Foix, implication d'autant plus incontournable que la mise en place de cette filière a lieu dans le contexte de la formation du groupe hospitalier Pitié-Charles Foix. La rédaction de la convention au mois de septembre 2009 est là encore un exercice partagé. Le choix de mettre en place un comité de coordination et une cellule opérationnelle a été fait. Grâce aux pistes d'actions mises à jour par le CTLC et aux innovations d'ores et déjà implantées sur l'un ou l'autre site, un plan d'action a pu être rapidement envisagé et sa mise en application est prévue dans le cadre du plan stratégique du futur groupe.

La mise en place de liens entre les différents professionnels est un des éléments clefs de la réussite de la filière mais aussi du groupe. Pour l'hôpital Charles Foix, le chef du service « géronto-1 » semble désigné pour être le référent en raison de la nature des liens qui unissent son service et ceux de la Pitié-Salpêtrière.



Parmi les 626 séjours issus de transferts :

- 27,5% proviennent de la Pitié-Salpêtrière
- 24,3% proviennent de l'hôpital Saint-Antoine
- 20,3 % proviennent du Kremlin Bicêtre

Le choix du coordinateur médical pour la filière 75-2 sera probablement un élément à négocier avec les médecins référents pour chacun des établissements. La fonction de coordination pourrait passer d'un établissement à l'autre tous les ans, mais la désignation d'un coordinateur unique pour les deux équipes médicales serait un élément très encourageant pour l'avenir de la filière et de la gériatrie au sein du groupe. Les rivalités entre professionnels médicaux des deux établissements laissent cependant craindre l'abandon de cette solution. Les tensions sont d'autant plus exacerbées que l'échéance de la constitution du groupe, prévue en 2011, approche. En effet, malgré l'implication du chef du service de gériatrie de la Pitié-Salpêtrière, il semble peu probable que les chefs de service de Charles Foix l'acceptent comme représentant unique des deux établissements. Une telle nomination serait ressentie comme une augmentation de l'emprise de la Pitié-Salpêtrière dans un contexte où la crainte d'une mainmise de cet établissement est omniprésente. La gériatrie est la spécialité des médecins de Charles Foix et il semble assuré qu'ils la revendiqueront comme telle lors des négociations sur la nomination du coordinateur de filière, négociations probablement révélatrices des relations qui se noueront dans le groupe et du poids qui sera accordé aux différentes parties. A terme, la constitution d'un pôle gériatrique au sein du groupe, commun aux deux établissements peut-être considérée comme le débouché naturel de la mise en place de la filière gériatrique hospitalière du 75-2. Dans un cadre institutionnel, les coopérations et complémentarités décidées dans la convention constitutive n'en prendraient que plus d'effectivité et les implications financières rendraient inévitables la fluidification des liens entre les différents services.

## **2 Les modalités de mise en place des filières gériatriques hospitalières de l'hôpital Charles Foix**

Pour rendre effective l'organisation des filières gériatriques hospitalières telles que prévues par la circulaire du 28 mars 2007, trois axes de développement doivent être promus par l'hôpital Charles Foix : le développement des coopérations avec les partenaires hospitaliers, l'élargissement de l'offre de soins gériatriques et le renforcement des liens avec les acteurs des territoires de santé.

### **2.1 La mise en place de dispositifs de coordination entre les établissements de santé membres de la filière.**

Dans son bilan des filières gériatriques déjà labellisées en Ile-de-France, Roxane Simon-Prel, chargée de mission à l'HRIF en charge des personnes âgées, des soins de suite et de la télémédecine en mai 2009, insiste tout particulièrement sur la « difficulté pour les professionnels des différentes unités de la filière gériatrique à formaliser leur organisation, leur fonctionnement, leurs engagements réciproques dans une convention constitutive », ce qui est pourtant l'une des conditions sine qua non de leur fonctionnement. L'hôpital Charles Foix doit donc travailler à la mise en place de modalités pratiques de coopération avec ses partenaires pour rendre effectives les filières gériatriques hospitalières qui les relient.

#### **2.1.1 Le développement d'outils de partage d'information**

Le fonctionnement d'une filière gériatrique hospitalière repose fondamentalement sur la fluidité de la circulation de l'information entre les différents maillons qui la forment, c'est à dire entre les différents services amenés à prendre en charge les patients âgés fragiles, au sein d'un même établissement et entre établissements. L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées passe effectivement par la fiabilisation des circuits de communication, pour que tous les acteurs sachent quel a été le parcours de leur patient avant qu'il n'arrive dans leur service et quelles actions ont été mises en place, de façon à éviter les redondances et les lacunes dans le dispositif. Les objectifs de l'optimisation de ce circuit de l'information sont pluriels.

Il s'agit tout d'abord de s'assurer que le système permet de prendre en charge tous les patients pour lesquels une expertise gériatrique est nécessaire et particulièrement des patients âgés présentant une fragilité, dans le sens d'un « syndrome clinique qui se développe sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des habitudes de vie, des changements des déterminants socioéconomiques au cours de l'avance en âge et des maladies »<sup>18</sup>. Roxane Simon-Prel insiste, dans le bilan des filières gériatriques qui ont déjà été mises en place en Ile-de-France, sur la difficulté à définir un profil-type PMSI de ces patients, qui permettrait d'automatiser le déclenchement d'une prise en charge adaptée, comme par exemple par le recours à l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière. Si une telle automatisation ne semble pas possible, des systèmes de vigilance peuvent être développés. Selon le modèle physiopathologique de la fragilité, certains critères permettent d'identifier les patients relevant d'une prise en charge gériatrique : la perte de deux activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), la prise d'une thérapeutique complexe, le besoin indispensable d'une aide à domicile, l'altération des fonctions supérieures et l'état thymique, l'état somatique altéré, l'instabilité posturale, les antécédents d'hospitalisation, l'isolement et l'âge élevé. La mise en place d'un système d'alerte à destination des SAU et des services non gériatriques pourrait donc prendre la forme d'une notice ou « check liste » rappelant ces critères sensibles de fragilité d'un patient âgé et invitant ces services à faire appel à l'équipe mobile gériatrique si un patient présentant au moins deux de ces facteurs de vigilance se présente.

En matière d'optimisation du circuit de l'information dans le cadre de la filière gériatrique hospitalière, il s'agit ensuite d'améliorer la transmission du compte-rendu des prises en charge qui ont été initiées par les différents services. En attendant la mise en place du dossier médical personnel, prévue en 2013 au niveau national et qui permettra de concentrer en un seul dossier l'ensemble des informations relatives à la prise en charge des patients par les différents professionnels de santé, des solutions alternatives doivent être développées au niveau local pour permettre la circulation sécurisée de ces données. L'hôpital Charles Foix, comme celui de la Pitié-Salpêtrière, dispose déjà, en interne, d'un dossier soignant informatisé et d'un dossier médical unique, ce qui permet la cohérence de la prise en charge au décours de la filière interne. Ces informations ne sont cependant disponibles qu'au cours d'un même séjour hospitalier. Pour y remédier, le service de gériatrie de la Pitié-Salpêtrière a systématisé la mise en ligne sur l'intranet sécurisé des

---

<sup>18</sup> GONTHIER et al., 2003

comptes-rendus d'hospitalisation grâce au logiciel Médiweb, qui peut intégrer les comptes-rendus, l'imagerie et l'ensemble des informations structurées liées à un patient, ce qui permet d'en disposer en cas de ré-hospitalisation et facilite la tâche des professionnels travaillant au SAU. La possibilité d'un partage de ces informations avec les autres établissements de santé de la filière doit être envisagée, particulièrement avec Charles Foix, pour aboutir à terme à la création d'une base de données partagée par les établissements, comportant des données synthétiques sur le parcours des patients ayant déjà été hospitalisés au sein de la filière. Au-delà de l'aspect médical, des fiches de liaison sociale ont déjà été créées par les services sociaux de Charles Foix et de la Pitié-Salpêtrière. Elles permettent de faire le point sur les démarches qui ont déjà été engagées et sur le suivi des dossiers incontournables comme les demandes d'admission à l'aide personnalisée pour l'autonomie (APA). Ces coopérations doivent être encouragées afin d'assurer la continuité des prises en charge et d'éviter des doublons pénibles pour le patient et coûteux pour la société.

L'amélioration de la transmission de l'information au sein de la filière gériatrique hospitalière implique enfin de renforcer les liens entre les établissements de santé. La fluidification du parcours des patients au sein de la filière gériatrique nécessite un renforcement des relations entre les différents services d'amont (SAU et services de court séjour) et d'aval (services de SSR et de SLD). Actuellement, ces liens reposent surtout sur des relations informelles basées sur la confiance : les médecins des « lits porte » appellent les services d'aval pour se renseigner sur les disponibilités en lits. En contactant directement les praticiens responsables des services d'aval, ils échangent sur la nature des pathologies des patients et la lourdeur de leur prise en charge, permettant à ces derniers de garder la maîtrise des entrées dans leur service. Le pôle court séjour – SSR de l'hôpital Charles Foix a mis en place un outil qui prend la forme d'un tableau présentant les lits disponibles par service : il est mis en ligne sur le site intranet de l'AP-HP et peut donc être consulté par les établissements partenaires. Le bilan qui a été fait du fonctionnement de cet outil est encore peu satisfaisant dans la mesure où les médecins partenaires préfèrent joindre directement leurs confrères au téléphone et où la mise à jour des disponibilités par les secrétaires hospitalières n'est pas systématique. Un travail de fiabilisation de cet outil a été engagé. Il doit s'accompagner d'une réflexion sur la possibilité de créer, comme c'est le cas à l'hôpital Emile Roux, dont le profil gériatrique est comparable à celui de Charles Foix, une fiche de demande de transfert standardisée, comportant toutes les informations relatives aux patients. Cette fiche est faxée à un médecin responsable des services d'aval pour tout l'établissement, qui décide de l'entrée d'un patient et de son affectation. Un changement de pratique des médecins responsables des structures d'aval doit également avoir lieu pour les amener à adopter

une posture plus active face à leurs taux d'occupation, par exemple en appelant eux-même les services de court-séjour pour recruter des patients au lieu d'attendre d'être sollicités.

### **2.1.2 L'accentuation des coopérations entre les acteurs hospitaliers**

Le bon fonctionnement d'une filière gériatrique hospitalière repose sur la coopération que les acteurs acceptent de mettre en œuvre. En effet, c'est de l'articulation entre les différentes unités et donc entre leurs responsables que la qualité et la fluidité du parcours des patients dépendent.

La relation entre les différents maillons constituant une filière gériatrique peut-être rendue difficile par la perception qu'ont les différents acteurs de leur rôle dans la filière. Le fonctionnement d'une filière repose sur l'idée de la fluidité du parcours des patients, ce qui signifie dans les faits la nécessité pour les services d'aval de prendre rapidement et massivement en charge les patients qui ont été soignés dans les services de court séjour. Ce fonctionnement, on ne peut plus rationnel au plan médico-économique, est souvent ressenti comme un manque de considération par les responsables des services d'aval, dont le rôle se limiterait à seconder les services de court-séjour. Pour modifier ce ressenti, il est nécessaire de faire connaître à l'ensemble des acteurs de la filière la fonction et les spécificités des différents maillons de la prise en charge, et de valoriser l'action des structures d'aval. Cela doit être fait par la direction des établissements de santé, mais aussi par l'ensemble des responsables médicaux des différentes structures. En réservant une place importante à la filière gériatrique dans le projet d'établissement et en communiquant autour des actions menées dans le journal interne, l'importance de tous les maillons du parcours des patients âgés peut être mise en valeur et participer à l'apaisement des craintes des différents secteurs. La mise en place de formations communes et d'échanges entre les professionnels est également un moyen de faire évoluer la perception qu'ont les différentes structures de leurs rôles réciproques. Les professionnels des deux établissements, Charles Foix et Pitié Salpêtrière, ont développé des compétences fortes en matière de prise en charge des personnes âgées. Des rencontres permettant des échanges sur des thèmes « gériatriques » valoriseraient les actions menées tout en mettant les équipes en contact. La promotion de la « bientraitance » est ainsi une thématique particulièrement développée à l'hôpital Charles Foix. Elle pourrait faire l'objet de collaborations avec les équipes de la Pitié-Salpêtrière.

Dans le contexte des filières gériatriques hospitalières de l'hôpital Charles Foix, les tensions entre les différents maillons de la prise en charge des patients âgés sont renforcées par un historique et un contexte prégnant. L'hôpital Charles Foix est en effet un établissement très ancien, dont l'image d'hospice continue à persister malgré les évolutions de la structure. Cette image marque les relations que peuvent entretenir les professionnels de Charles Foix avec leurs interlocuteurs, d'autant plus que ces derniers, principalement le CHU de Bicêtre et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière sont des établissements de grande taille et très renommés. S'ajoute paradoxalement à l'héritage de l'hospice des Incurables, celui d'un passé de précurseur en matière de recherche universitaire. En effet, au cours du XXe siècle, l'hôpital Charles Foix regroupait les grands noms de la gériatrie, du grand Professeur en neurologie qui lui a donné son nom au Professeur Jean Vignalou, un des précurseurs en matière de prise en charge ambulatoire des personnes âgées. Malgré cet héritage universitaire encore présent dans les esprits, et, malgré la persistance de la dimension universitaire dans l'établissement, les praticiens exerçant à Charles Foix éprouvent un sentiment de « déclassement » particulièrement sensible dans les relations entretenues avec les équipes médicales de la Pitié-Salpêtrière, où exercent beaucoup des plus grands professeurs français. Dans un contexte de regroupement en 2011, ces sentiments sont le vecteur de tensions qui peuvent altérer la qualité de la coopération entre les services. Là encore, l'implication de la direction des deux établissements est nécessaire pour valoriser les actions menées. Au-delà, la mise en place de prises en charge communes aux deux établissements peut-être l'occasion de dépasser les a priori existants et de collaborer autour des patients plutôt que sur la base d'une histoire révolue.

Une réflexion doit enfin être menée sur la coordination au sein de la filière. En effet, la circulaire du 28 mars 2007 prévoit la nomination d'un gériatre référent pour la filière. Ce coordinateur a un rôle de supervision sur le fonctionnement de la filière et de coordination avec les acteurs tant hospitaliers que de ville, mais n'est investi d'aucune forme d'autorité sur ses confrères. Or l'analyse du fonctionnement de filières gériatriques hospitalières d'ores et déjà labellisées avec les praticiens qui en sont responsables met en évidence l'importance du mandat qui doit être confié au coordinateur d'une filière gériatrique hospitalière, surtout au vu de l'indépendance généralement revendiquée par les praticiens hospitaliers. Le Professeur Olivier Drunat, fondateur de la filière Bichat-Bretonneau du territoire de santé 75-1, insiste ainsi sur la nécessité de tendre à investir le coordonnateur de filière d'une autorité réelle sur ses confrères pour lui donner le pouvoir d'impulser de réelles coopérations entre services. Sur les deux filières dont Charles Foix fait partie, la mise en place d'une cellule opérationnelle regroupant des représentants de la direction, des équipes médicales, soignantes et sociales est prévue. Elle sera sans doute à même

d'appuyer l'action du coordinateur pour impulser les évolutions nécessaires mais une réflexion doit être menée sur la possibilité de calquer la filière hospitalière sur d'autres structures existantes. La mise en place du groupe hospitalier Pitié-Charles Foix constituera une opportunité pour la filière du territoire de santé 75-2. Il est en effet nécessaire que cette réorganisation s'accompagne d'une réflexion sur l'organisation des structures médicales. Cette réflexion sera peut-être l'occasion de promouvoir la mise en place d'un pôle gériatrique unique en lieu et place des trois pôles existants sur les deux établissements, et donc de créer une structure de décision unique sur le modèle du gérontopôle du CHU de Toulouse. Créé en 2007, ce gérontopôle fédère des équipes de recherche et des cliniciens, afin de dynamiser la recherche, de développer des politiques de prévention et de fiabiliser les filières gériatriques. Une telle structure, de par son ampleur, est un des moyens à privilégier pour affirmer la place de la gériatrie au sein du groupe hospitalier et pour donner une réalité à la filière gériatrique en lui donnant une impulsion unique.

### **2.1.3 La diffusion de la culture gériatrique au sein des services non-gériatriques**

Le fonctionnement d'une filière gériatrique hospitalière ne peut pas reposer seulement sur la mobilisation des unités gériatriques dont les pratiques sont d'ores et déjà adaptées aux spécificités des patients âgés, par exemple en matière de préparation des sorties. En effet, la discussion avec les différents partenaires des établissements de santé, tant sur le territoire de santé 94-2 que sur celui du 75-2, a montré que les défaillances de la prise en charge ont généralement lieu au décours d'une hospitalisation dans un service non-gériatrique. Il s'agit donc de sensibiliser les professionnels de ces services aux spécificités de la prise en charge des patients âgés fragiles et de leur apporter l'expertise nécessaire quand ils en ressentent le besoin. Comme une systématisation de l'alerte indiquant l'entrée dans l'établissement d'un patient « gériatrique » n'est techniquement pas possible et qu'une intervention spécifique pour chaque patient âgé de plus de 75 ans n'est ni nécessaire ni réalisable en terme de moyens, le système doit reposer sur la sensibilisation des services non-gériatriques.

Cette sensibilisation doit tout d'abord être le fait de l'équipe mobile gériatrique (EMG). Tant le CHU de Bicêtre que le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière disposent d'une telle équipe, dont le rôle est d'intervenir dans le SAU et dans les services non-gériatriques qui lui en font la demande. Cette intervention peut avoir une étendue plus ou moins

importante selon les établissements mais repose sur des principes d'action partagés : une dimension d'évaluation du patient âgé, une dimension de conseil quant à la prise en charge à mettre en place et une dimension d'orientation au sein de la filière entre les différents services. Selon le rapport de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) « Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins » publié en 2005, plusieurs obstacles peuvent s'opposer à une action performante d'une EMG : la difficulté d'imposer une compétence différente à des pairs qui ne l'ont pas sollicitée, des effectifs trop limités pour répondre à des besoins extensifs et un manque de communication sur son action<sup>19</sup>. Etant donné les effectifs réduits des EMG du CHU de Bicêtre et du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, ces risques sont réels au sein des deux filières gériatriques hospitalières. Il s'agit donc de renforcer leur action, d'abord numériquement. Ce qui est facilité par les exigences de la circulaire du 28 mars 2007 qui impose des critères d'effectifs minimum. C'est ainsi que l'EMG du CHU de Bicêtre, qui n'était jusqu'alors constituée que d'un médecin, a pu recruter une infirmière spécialisée en gériatrie. La diffusion d'une plaquette récapitulant les modalités d'intervention des EMG et les coordonnées où les joindre peut permettre une meilleure connaissance des modalités de leur action au sein des établissements et donc un plus grand recours à leur expertise. Quant à la reconnaissance de la plus-value de leur action, elle doit être le fruit d'un travail à long terme, selon le rapport de l'IGAS. Cette reconnaissance passe principalement par la crédibilité qui leur est accordée du fait des compétences qui y sont concentrées et par un principe d'action intangible : celui de la non-concurrence puisque les EMG n'interviennent que sur demande du chef de service et que leur activité se traduit par des conseils et des recommandations mais jamais par une prescription. Cette non-substitution permet aux professionnels des EMG d'apporter des solutions sans empiéter sur les compétences des responsables médicaux des services. Si cette démarche s'accompagne de la remise très rapide d'un compte-rendu d'intervention au service demandeur pour qu'il puisse agir rapidement, le bénéfice est important tant pour le patient que pour le service.

C'est en ayant fait la preuve de leur compétence au quotidien et de la plus-value pour les services demandeurs d'avoir recours à leur expertise que les membres des EMG intra-hospitalières sont ensuite à même de diffuser les bonnes pratiques gériatriques au sein des services non-gériatriques sans provoquer de résistances contre-productives. Ce n'est que dans ces conditions que les services non gériatriques s'impliqueront dans la démarche de filière gériatrique : selon Roxane Simon-Prel, « l'implication de l'ensemble des services non-gériatriques d'un établissement dans l'élaboration du projet gériatrique

---

<sup>19</sup> ROUSSEAU et BASTIANELLI, 2005, rapport de l'IGAS

n'a été possible que lorsqu'une sensibilisation était déjà engagée au sein de l'établissement ». Pour l'EMG, la dimension de conseil aux professionnels des services non gériatriques prend alors tout son sens. Dans son sillage, toute une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) peut être engagée, permettant d'augmenter massivement la qualité des soins proposés aux patients âgés dans tout l'établissement. Dans un contexte de coopération inter-hospitalière, ces EPP peuvent réunir des personnels issus de plusieurs sites pour comparer les expériences et enrichir réciproquement les pratiques. De même, la diffusion de listes de vigilance aux équipes non gériatriques, permettant d'élargir le spectre des situations dans lesquelles il est fait appel à l'expertise de l'EMG devient alors plus efficiente dans la mesure où lesdits services sont conscients de l'intérêt pour le patient d'y avoir recours. Ces listes, si elles peuvent être considérées comme réductrices, permettent néanmoins de rappeler certains facteurs de risques permettant d'identifier des patients âgés fragiles et d'élargir le champ des patients bénéficiant d'une expertise par l'EMG.

## **2.2 Le renforcement de l'offre de soins gériatrique**

L'un des points forts de la démarche de labellisation des filières gériatriques hospitalières est d'inciter les établissements de santé à réfléchir à leur offre de soins gériatriques, en fonction des structures déjà existantes et des besoins exprimés par les acteurs de ville et les usagers. Sur les deux territoires de santé 94-2 et 75-2, différents projets de renforcement de l'offre de soins doivent ainsi être développés pour améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles.

### **2.2.1 La mise en place de services de SSR thématiques**

Dans le cadre de la réflexion sur la mise en place de la tarification à l'activité des services de SSR, une réflexion sur la réorganisation de ces services a été engagée à l'hôpital Charles Foix. Deux décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des services de SSR thématiques et à leurs conditions d'implantation ont été publiés. Ces décrets prévoient la mise en place de huit types de services de SSR pour remplacer les deux modalités qui existaient auparavant : les soins de suite et rééducation et les services de réadaptation fonctionnelle. Les thématiques des nouveaux services sont les suivantes : affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux,

affections cardio-vasculaires, affections respiratoires, affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens, affections hémato-oncologiques, affections des brûlés, affections liées aux conduites addictives, affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance, et autres prises en charge négociées dans le CPOM. Ces décrets affichent très clairement comme objectif de fluidifier la prise en charge des patients, en procédant à une évaluation médicale avant toute admission, en mettant en place une coordination territoriale de l'offre de soins et en les inscrivant dans les réseaux participant aux filières de prise en charge.

Pour l'hôpital Charles Foix, le développement de services de SSR thématiques s'inscrit donc en plein cœur de la démarche de mise en place des filières gériatriques hospitalières. En effet, le développement de services de SSR thématiques implique le renforcement des relations des services de Charles Foix avec les services de spécialité des établissements partenaires (le CHU de Bicêtre et le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière). La création de cinq types de SSR thématiques est envisagée : les SSR affections cardiovasculaires, les SSR onco-hématologiques, les SSR orthopédiques, les SSR post chirurgie digestive et les SSR pneumologiques. Pour chacun de ces projets, un binôme composé d'un gériatre de Charles Foix et d'un spécialiste issu d'un des établissements partenaires a été chargé de rédiger un cahier des charges décrivant précisément les malades pris en charge, leur circuit, les thèmes de recherche clinique envisagés ainsi que les moyens de fonctionnement nécessaires. La rédaction de ces documents a été l'occasion de réfléchir aux relations déjà existantes entre les établissements et aux modalités d'amélioration des flux de patients. Des outils de collaboration ont été définis, permettant de donner corps à la notion de filière de soins. Des formations communes des équipes à la prise en charge des patients ciblés ainsi que des staffs communs permettent de dynamiser les relations entre les services et de créer des solidarités de fait.

Deux unités de SSR thématiques fonctionnent depuis le début de l'année 2009 à l'hôpital Charles Foix : celle de SSR onco-hématologique et celle de SSR orthopédique. Le fonctionnement de l'unité de SSR orthopédique est un exemple réussi de la mise en place d'une filière de prise en charge fluide. Cette filière répond aux recommandations de la littérature internationale et s'inscrit dans une dynamique de rééducation précoce des patients ayant subi une opération orthopédique (essentiellement suite à des fractures du col du fémur, de la rotule et du bassin). Elle relie actuellement un des services de SSR de l'hôpital Charles Foix à celui de chirurgie orthopédique du CHU de Bicêtre mais une extension de son activité au service de chirurgie orthopédique du groupe hospitalier Pitié-

Salpêtrière est en cours de négociation, en lien avec la création d'une unité péri-opératoire gériatrique dans cet établissement. Actuellement, les patients sont admis en SSR ortho-gériatrique trois jours après leur opération, ce qui permet de réduire la DMS du service de chirurgie de cinq jours en moyenne. Ce transfert rapide est rendu possible par le passage une fois par semaine d'un gériatre dans le service de chirurgie et par l'instauration de contacts téléphoniques réguliers. La rééducation orthopédique dans le service de SSR est assurée par la présence d'un médecin de médecine physique et par la disponibilité du chirurgien. Il est prévu que ce dernier reprenne le patient en cas de complication post-chirurgicale. L'admission en SSR thématique de façon précoce après l'opération permet d'une part la mise en place d'une rééducation précoce et adaptée aux capacités d'un patient âgé et d'autre part la gestion des éventuelles pathologies « gériatriques » par des équipes formées à leur prise en charge. L'intérêt d'un tel service dans le cadre des filières gériatriques de l'hôpital Charles Foix est multiple. Il lui permet de s'assurer un flux de patients issus de services de spécialité, auxquels il apporte une réelle plus-value en terme de prise en charge, augmentant ainsi les chances d'un retour à domicile réussi. Ce service permet également de réduire la DMS du service de chirurgie orthopédique et donc l'efficacité de cette structure, dont l'activité peut se concentrer sur son « cœur de métier » : la chirurgie. Il permet également au service de SSR et à ses équipes de développer un savoir-faire réel et de promouvoir la recherche sur des sujets comme le bilan de l'ostéoporose. Le développement des liens avec l'unité péri-opératoire gériatrique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière permettra d'augmenter le nombre de patients pouvant être pris en charge en SSR orthopédique en assurant une stabilisation de leur état général avant de les transférer, ce qui permettra de réduire la DMS dans le service de SSR.

Le développement de telles prises en charge s'inscrit bien dans la dynamique de la démarche de mise en place des filières gériatriques dans la mesure où il s'appuie sur les complémentarités des services entre établissements et crée des solidarités de fait entre les professionnels, le tout avec pour objectif d'apporter une réelle plus-value à la prise en charge des patients. Le développement des autres projets de services de SSR thématiques à Charles Foix est encore en cours de négociation. En effet, deux options se profilent : celle de créer des services de SSR thématiques qui, de fait, seront ouverts à des patients de tous âges et celle de créer des services de SSR gériatriques à orientation spécialisée. Ce choix ne pourra être fait qu'une fois que les tarifs qui s'y appliqueront seront connus. Si le tarif du SSR gériatrique est généreux, des prises en charge doublement spécialisées (gériatrie et une autre spécialité) pourront être mises en place. S'il ne l'est pas, le choix se portera plutôt vers des SSR spécialisés non-gériatriques qui

seront obligatoirement ouverts à des patients de tous âges. Au vu de la lourdeur des pathologies des patients âgés fragiles et de leur plus faible capacité de récupération, un risque existe alors que les prises en charge thématiques soient réservées aux patients plus jeunes et que les patients « gériatriques » soient limités aux seuls services de SSR gériatrique, sans accès possible à des prises en charge spécialisées.

### **2.2.2 La consolidation des prises en charge géronto-psychiatriques**

La circulaire du 28 mars 2007 insiste sur la dimension transversale que doivent avoir les filières gériatriques hospitalières. Un des aspects développés est celui de la prise en charge des problèmes psycho-gériatriques et de l'articulation avec les structures psychiatriques de secteur. La prise en charge des troubles psychiatriques des patients âgés est une des thématiques sur lesquelles les CTLC des territoires de santé 94-2 et 75-2 ont beaucoup insisté. En effet, les acteurs de la ville constatent des décompensations psychiatriques de la personne âgée en nombre significatif. Les médecins généralistes font également état de patients psychotiques sans soin au domicile et les EHPAD de 10 à 15% de personnes âgées hébergées présentant des pathologies psychiatriques qui ne sont pas ou plus suivies en psychiatrie. Au nombre de ces patients s'ajoute celui des patients psychiatriques vieillissants, pour lesquels des modes de prise en charge adaptés doivent également être envisagés. La prise en charge des patients psychiatriques âgés pose plusieurs questions. La principale est moins celle de la réponse à apporter à la crise, qui doit être le fait des urgences psychiatriques, que celle de l'amont (prévenir la crise) et de l'aval (quelle prise en charge proposer après la crise). L'état des lieux en matière de prise en charge des patients âgés souffrant de pathologies psychiatriques met donc en relief de graves lacunes dans la filière de prise en charge.

L'hôpital Charles Foix apporte d'ores et déjà une réponse à cette thématique avec son unité de psychiatrie du sujet âgé, qui propose trois types de prise en charge : une prise en charge en hospitalisation aiguë dans une unité de dix-neuf places et une prise en charge ambulatoire avec dix places d'hôpital de jour et environ mille deux cent consultations par an. Cette structure a une vocation départementale voir inter-départementale mais ses effectifs sont limités, ce qui a pour conséquence des délais d'obtention de rendez-vous longs, d'autant plus que les sollicitations viennent des personnes âgées, mais aussi des EHPAD et des professionnels de santé. Le public qui y est pris en charge est composé aussi bien de psychotiques vieillissants que de personnes âgées sans antécédent psychiatrique. Sur le territoire de santé 94-2, cette offre est complétée par celle du centre

hospitalier spécialisé (CHS) Paul Guiraud situé à Villejuif. Le positionnement de cet établissement en matière de prise en charge psychiatrique du sujet âgé est reconnu comme quantitativement insuffisant, ce à quoi s'ajoute l'affectation de ses moyens majoritairement sur la prise en charge intra-hospitalière alors que les trois-quarts de sa file active sont constitués de personnes résidant à leur domicile. Aucun CHS n'est implanté sur le territoire de santé 75-2.

Pour améliorer la filière de prise en charge des patients âgés gériatriques souffrant de troubles psychiatriques, plusieurs solutions sont envisageables. Le CHS Les Murets va ainsi mettre en place une USLD géronto-psychiatrique. Cette structure aura vocation à prendre en charge des patients relativement jeunes, principalement issus des services même du CHS et ayant mis en échec plusieurs placements en EHPAD. La création de ces unités au sein même des CHS permet de maintenir le lien avec le secteur psychiatrique et d'apporter une réponse sécurisante aux patients comme aux personnels. Une telle création n'est pas envisageable à l'hôpital Charles Foix mais le renforcement des liens avec les CHS de proximité dans le cadre des filières gériatriques hospitalières est une orientation qui a été encouragée par l'ARHIF. Une autre piste d'action permettant d'améliorer la prise en charge des patients âgés psychiatriques dans le cadre des filières gériatriques hospitalières est la création d'une équipe mobile géronto-psychiatrique, chargée de donner des avis psychiatriques dans les unités gériatriques hospitalières et dans les EHPAD. Le chef du service de psychiatrie du sujet âgé de l'hôpital Charles Foix a, sur incitation des représentants de la DDASS du Val-de-Marne et de l'Assurance Maladie, développé un projet de création d'une telle équipe. Ce projet a pour objet de constituer une équipe susceptible de se rendre au chevet des patients âgés en institution ou dans des lieux de soins psychiatriques afin d'évaluer leurs besoins. La gestion de la crise n'est pas envisagée, pas plus que la mise en place d'un suivi psychiatrique. Grâce au travail en groupe et aux formations avec les intervenants professionnels du lieu de résidence, l'équipe mobile géronto-psychiatrique permet la mise en place de modes de prise en charge plus adaptés aux patients âgés psychiatriques et donc d'améliorer la qualité de leur accompagnement. Le recours à cette équipe permet aux équipes de EHPAD de ne pas rester seules face à des patients difficiles qui les mettent en situation d'échec et de trouver des solutions adaptées à chaque résident. Le développement de liens de partenariats avec les EHPAD et les CHS en matière de prise en charge psychiatrique est un des aspects de la mise en place des filières gériatriques hospitalières qui, en développant les actions communes et la diffusion d'une expertise, participe effectivement à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

### 2.2.3 L'élargissement de l'offre ambulatoire

L'hôpital Charles Foix dispose d'un hôpital de jour depuis 1971, année où le professeur Robert Moulias créa cette structure, unique en son genre à l'époque. Devenu le Centre de Conseil en Evaluation Gérontologique et en Actions de Prévention (CEGAP), cette structure regroupe trente et une places d'hôpital de jour dont trois places d'aigu, dix-huit places de SSR et dix places de géronto-psychiatrie. A ces places s'ajoutent de nombreuses consultations spécialisées en ophtalmologie, ORL, dermatologie, rééducation, psychiatrie, etc. L'éventail des prises en charge proposées est large et se spécialise progressivement, en lien avec la mise en place des services de SSR thématiques. Actuellement, le CEGAP regroupe un hôpital de jour « troubles de la marche et de l'équilibre », un hôpital de jour « mémoire », un hôpital de jour de soins bucco-dentaires et nutrition, un hôpital de jour de médecine gériatrique, un hôpital de jour de géronto-psychiatrie, un hôpital de jour « troubles du sommeil », un hôpital de jour de dermatologie et plaies chroniques et un hôpital de jour d'éducation thérapeutique aux anti-vitamines K (AVK). Malgré cette offre diversifiée, l'activité de ces hôpitaux de jour reste insatisfaisante : alors que 6 147 journées avaient été réalisées en 2006, seules 5 928 l'ont été en 2008.

La prise en charge au sein des hôpitaux de jour comporte pourtant trois dimensions principales qui en font une interface incontournable au sein des filières gériatriques hospitalières et le vecteur d'une plus-value démontrée en matière de prise en charge des patients âgés. La première mission est d'évaluer les problèmes médicaux et sociaux d'une personne âgée en perte d'autonomie. Pour ce faire, les professionnels de l'hôpital de jour ont recours à des techniques d'évaluation gériatrique standardisée (EGS) qui font interagir des compétences techniques et humaines, médicales et paramédicales qui ne sont que rarement regroupées en un même lieu, hormis à l'hôpital. La seconde mission des hôpitaux de jour gériatriques est de conseiller et d'orienter la personne âgée et son entourage, afin d'éviter que le maintien à domicile ne devienne source de difficultés, d'anticiper les hospitalisations ou de prévenir les placements par exclusion. En collaboration avec le médecin traitant, qui continue d'assurer le suivi médical du patient, l'hôpital de jour constitue donc une plate-forme au croisement de la prise en charge au domicile et de l'hospitalisation. Les apports de la prise en charge d'un patient âgé fragile par un hôpital de jour sont multiples. Du fait de leur situation en dehors de l'hôpital, les hôpitaux de jour permettent de ne pas couper les patients de leurs habitudes de vie et donc de les évaluer dans leur milieu habituel, sans rupture. Le principe d'une prise en charge « intermittente » permet de faire durer l'observation sur plusieurs semaines et

donc de constater les modifications dans le comportement du malade. Cela permet aussi d'adapter la prise en charge aux besoins d'un patient en modulant le dispositif proposé. Dans ce système, les aidants et la famille sont particulièrement investis, ce qui permet à la fois de bénéficier de leur expertise sur les comportements du patient et de leur faire bénéficier d'un accompagnement (éducation thérapeutique ou aide aux aidants).

Les hôpitaux de jour, du fait de leur organisation et de leur rôle, constituent donc un carrefour de compétences et une structure de recours centrale pour les partenaires de ville sur un territoire de santé. L'étude du positionnement du CEGAP de l'hôpital Charles Foix laisse entrevoir de nombreux axes d'amélioration à mettre en œuvre dans le cadre de la démarche de mise en place de la filière gériatrique hospitalière. La faiblesse de l'activité par rapport au potentiel existant sur le bassin de population est un indicateur important de la difficulté des hôpitaux de jour de Charles Foix à jouer leur rôle sur le territoire. Le questionnaire de satisfaction que l'établissement a distribué aux médecins généralistes du territoire montre que seuls trois des huit hôpitaux de jour de l'établissement leur sont connus. Ces trois structures sont les plus médiatisées : hôpital de jour mémoire, de médecine gériatrique et de géronto-psychiatrie. Les autres peinent à trouver leur recrutement alors que leur offre de prise en charge répond à de réels besoins de santé publique. Ce phénomène peut s'expliquer par le positionnement « en retrait » du CEGAP, qui a plus l'image d'une structure hospitalière qu'ambulatoire. Un effort est fait pour communiquer aux médecins généralistes et aux coordinateurs d'EHPAD les nouvelles offres de prises en charge ainsi que le document unique permettant de faciliter leurs prescriptions. Mais le lien avec les structures de coordination sur le territoire est inexistant. La mise en place de relations fortes avec le CLIC ou les réseaux permettrait au CEGAP de jouer un rôle central dans la démarche de maintien à domicile des personnes âgées fragiles. A la fois experts et recours, ces hôpitaux de jour pourraient développer des liens forts avec les centres de soins comme avec les Centres de santé municipaux pour garantir à tous les patients âgés qui y sont reçus une prise en charge rapide et de qualité. Une telle évolution nécessite une forte volonté de la part des responsables des hôpitaux de jour et un réel investissement des médecins qui y interviennent. La nomination d'un nouveau cadre paramédical pour le CEGAP sera peut-être l'occasion de dynamiser cette activité et de lui donner sa pleine mesure au sein des filières gériatriques hospitalières de Charles Foix.

## **2.3 Le développement des liens avec les acteurs du territoire :**

Les filières gériatriques hospitalières, si elles concernent au premier chef les établissements de santé, reposent aussi sur une forte articulation avec les acteurs de la prise en charge des personnes âgées fragiles des territoires de santé. Il est donc nécessaire de renforcer les échanges avec ces acteurs pour mettre en place des filières gériatriques hospitalières optimales.

### **2.3.1 La création d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière**

La circulaire du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques hospitalières prévoit, dans sa troisième annexe relative aux équipes mobiles gériatriques, que de telles équipes peuvent être créées à titre expérimental pour intervenir en dehors de l'hôpital. Cette intervention peut avoir lieu : « au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise ». Cette modalité d'intervention répond à un besoin exprimé lors des CTLC des territoires de santé 94-2 et 75-2 par les acteurs de la ville, qui font état de la difficulté que rencontrent leurs patients pour avoir accès aux consultations hospitalières ou aux hôpitaux de jour gériatriques. En effet, si le service rendu par ces structures est démontré, des questions logistiques comme le mode de transport ou d'accompagnement des patients peu autonomes sont posées. La nécessité d'une évaluation sur le lieu de vie est également soulignée, particulièrement pour les patients souffrant de troubles du comportement.

Suite à la parution de la circulaire du 28 mars 2007, une expérimentation a été menée pour évaluer la pertinence de l'intervention d'équipes mobiles gériatriques externes en EHPAD, en terme d'amélioration de la connaissance des acteurs et de partage de savoir-faire. Trois équipes mobiles extra-hospitalières ont ainsi été créées au sein de l'AP-HP, rattachées à trois hôpitaux : l'hôpital Bretonneau-Bichat, l'hôpital Broca-Cochin-Hôtel Dieu et l'hôpital Européen G. Pompidou. Les objectifs de ces équipes sont, selon le professeur Olivier Drunat, président de la commission médicale d'établissement de l'hôpital Bichat-Bretonneau, de développer des liens entre les secteurs médico-sociaux et sanitaires en facilitant les relations entre les hôpitaux et les EHPAD, de limiter les passages par les urgences et les hospitalisations inutiles et de permettre le partage des connaissances, de l'hôpital vers les EHPAD mais également du médico-social vers le

sanitaire. Les équipes mobiles gériatriques extra-hospitalières ont ainsi quatre grands types de missions : une mission d'animation sur un territoire, une mission d'expertise et/ou d'intervention sur site, sur demande du médecin traitant ou du médecin coordinateur d'EHPAD, une mission de régulation des flux de patients et une mission de veille sanitaire et médico-sociale. Au regard des premiers bilans tirés de ces expérimentations, l'activité extra-hospitalière paraît répondre à des besoins avérés liés au fonctionnement des filières de patients âgés. Mais plusieurs problèmes se posent : le principal, pour les hôpitaux de l'AP-HP, est celui du financement, dans la mesure où les moyens prévus pour leur fonctionnement dans la circulaire du 28 mars 2007 ne sont pas effectifs après deux ans d'expérimentation. Au vu du contexte financier actuel, le financement par le seul établissement de santé semble difficilement soutenable et compromet l'avenir des équipes mobiles externes. Cet enjeu est d'autant plus prégnant que la demande d'intervention est forte et que ces interventions sont très coûteuses en temps pour des équipes déjà réduites. La question des limites du champ de compétence de l'équipe mobile se pose également. Sont exclues en principe les situations d'urgence mais la légitimité de l'intervention se pose néanmoins. Le positionnement de l'équipe mobile en cas de manquements graves dans le système de prise en charge d'un EHPAD doit être défini. De même, s'il s'agit en principe de « faire avec », le glissement vers le « faire à la place de » est extrêmement rapide en cas de manque de personnel au sein de la structure demandeuse.

Au vu de ce bilan, l'élargissement de cette expérimentation semble compromis malgré les besoins exprimés par les partenaires de l'hôpital Charles Foix dans le questionnaire de satisfaction qui leur a été soumis. En effet, les professionnels ayant répondu à ce questionnaire, principalement des médecins, ont approuvé, dans leur majorité, l'idée d'une équipe mobile qui pourrait intervenir au domicile ou en EHPAD. Pour répondre à ces besoins en lien avec la création de la filière gériatrique hospitalière, des solutions alternatives peuvent être envisagées. L'équipe mobile interne du CHU de Bicêtre envisage ainsi de s'ouvrir davantage sur la ville en mettant en place un système de préparation des sorties des patients hospitalisés en court-séjour. Ce système prévoit que, pour chaque patient « fragile » dont le maintien à domicile n'est pas assuré, le patient soit accompagné par un infirmier et un ergothérapeute à son domicile. Si le logement est adapté et que des équipes d'aide à domicile sont mobilisées de façon à permettre un retour à domicile réussi, le patient reste chez lui. Si en revanche, l'organisation du domicile n'est pas propice, le patient est de nouveau hospitalisé dans l'attente d'une solution plus adaptée. Cette organisation, mise en place par l'hôpital Broca-Cochin-Hôtel Dieu, a pour résultat d'augmenter le nombre de retours à domicile réussis dans la mesure où une sortie n'est possible que quand un dispositif coordonnant l'ensemble des acteurs

nécessaires à son succès a été mis en place. Une réflexion sur la pertinence d'un tel système pour les services de court-séjour de Charles Foix est en cours. De tels dispositifs y existent déjà pour les sorties des services de soins de suite et de réadaptation, facilités par des délais bien plus longs qui permettent une meilleure organisation.

### **2.3.2 L'intensification du réseau de partenariat avec les structures sociales et médico-sociales**

Un des objectifs fixés aux filières gériatriques hospitalières par la circulaire du 28 mars 2007 est d'« organiser au niveau de [leur] territoire d'implantation des partenariats avec les acteurs de la prise en charge médico-sociale notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile ». Pour ce faire, un modèle type de convention relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un EHPAD est prévu. Il doit progressivement remplacer les conventions prévues dans le cadre des Plans bleus. Le bilan tiré des premières filières gériatriques hospitalières, publié dans le numéro spécial gériatrie de mai 2009 de la revue de l'ARHIF est que « la mobilisation des secteurs libéraux et médico-sociaux est inégale selon les territoires de santé et l'historique ». La mise en place de conventions de partenariat effectives est en effet souvent rendue difficile par une méfiance réciproque malgré l'intérêt que les différentes parties pourraient y trouver.

Les conventions de coopération entre EHPAD et établissements de santé ont un contenu précisément défini par la circulaire du 28 mars 2007, contenu repris en Ile-de-France par l'ARHIF, qui a diffusé un modèle adapté aux établissements de la région. Ces conventions ont plusieurs volets. Le premier est celui de l'organisation des « modalités d'admission des résidents des établissements médico-sociaux au sein de la filière ». Cette organisation implique la mise en place de modes de communication définis : un numéro d'appel unique diffusé aux médecins coordinateurs d'EHPAD et leur permettant de joindre directement leurs confrères hospitaliers pour définir les modalités d'une hospitalisation programmée ou un mode de recours direct à la filière pour avis afin d'éviter les transferts aux urgences en cas de décompensation. Ce numéro peut aussi servir de support à un système de demande d'expertise, par le biais duquel le médecin coordinateur d'EHPAD ou le médecin traitant de la personne âgée peuvent contacter un gériatre de l'hôpital pour lui demander son avis sur l'état clinique d'un patient et sur les suites à donner à sa prise en charge. Le second aspect envisagé par les conventions types est celui des modalités de retour des résidents en établissement médico-social après une hospitalisation. Il s'agit là d'une dimension problématique car, du fait des

exigences actuelles d'activité, il n'est pas possible pour un EHPAD de garder un lit pour un de ses résidents hospitalisé plus d'une semaine. Pour pouvoir reprendre le patient, il faut qu'un autre lit se « libère », ce qui ne coïncide pas forcément avec les DMS de plus en plus courtes des établissements de santé. Le retour en EHPAD peut également être compliqué par l'état de santé du résident après son séjour à l'hôpital : au vu des ratios de personnel para-médical imposés actuellement en EHPAD et de l'absence de permanence médicale, il leur est très difficile d'accepter le retour de patients à la prise en charge trop « lourde ». C'est particulièrement cette difficulté qui handicape les relations entre EHPAD et établissements de santé, ces derniers hésitant à accepter des patients d'EHPAD dont ils savent qu'ils n'auront probablement ensuite plus la possibilité d'être réintégrés dans leur lieu de résidence. Ces difficultés peuvent être aplanies par l'engagement ferme des deux structures à accepter réciproquement leurs patients et donc à créer un climat de confiance. Une autre solution est de développer l'intervention de l'HAD en EHPAD, pour accompagner leurs équipes dans les soins nécessaires après une hospitalisation. L'hôpital Charles Foix a prévu une autre modalité de coopération en permettant à deux EHPAD associatifs de se construire sur un de ses terrains en échange de la réservation de 70% de leurs places à des patients issus de l'hôpital.

La circulaire du 28 mars 2007 prévoit également la mise en place de « modalités et outils de partage des informations médicales » ainsi que de partenariats. Il est probable que ces deux derniers aspects pourront favoriser les deux premiers relatifs aux flux de patients. La discussion avec des gériatres chefs de services montre en effet l'importance fondamentale des relations interpersonnelles dans la mise en place des liens formant la base d'une filière de prise en charge. Le développement concerté d'outils comme des fiches de liaison type et la mise en place de formations communes au personnel des établissements est une occasion de tisser des liens et d'améliorer la connaissance réciproque des acteurs. Une fois la confiance instaurée, des relations de partenariat peuvent être développées de façon effective, au bénéfice de tous et surtout des patients.

Des conventions de coopération avaient déjà été signées dans le cadre du plan canicule par l'hôpital Charles Foix, le CHU de Bicêtre et l'hôpital Paul Brousse avec des EHPAD implantés sur le territoire de santé 94-2. Ces conventions seront progressivement remplacées par une nouvelle convention cadre adaptant le modèle type de la circulaire du 28 mars 2007. Une réflexion est également engagée sur la pertinence de signer des conventions de coopération avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et avec les services d'aide à domicile. Leur importance est en effet centrale dans la démarche de maintien des patients à domicile et dans celle de fluidification des filières de

prise en charge à l'hôpital. Si des actions de coordination ont déjà lieu, surtout du fait du service social de Charles Foix qui agit très dynamiquement en lien avec les partenaires de ville pour préparer les sorties des patients, la signature de conventions encadrant ces relations pourrait apporter une plus-value à la prise en charge des patients. Une des limites identifiées à la signature d'une telle convention est celle du respect de la libre concurrence dans un secteur où les initiatives privées se développent rapidement et où les contrôles restent limités. La mise en place d'une convention cadre avec les services respectant certains standards de prise en charge est cependant envisagée, sans critère d'exclusivité mais avec un engagement réciproque à améliorer la préparation des sorties d'hospitalisation et le suivi des patients une fois rentrés à leur domicile. Une telle convention peut en effet prévoir un système d'alerte par lequel le service d'aide à domicile prévient ses interlocuteurs hospitaliers et de ville (le médecin traitant) d'une dégradation de l'état fonctionnel d'un patient afin d'enclencher un système d'aides plus poussées.

### **2.3.3 La mise en oeuvre d'un réseau intégré de services gérontologiques**

Selon Walter Leutz, il existe trois niveaux d'intégration, l'intégration étant définie comme «un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs ». Ces trois niveaux d'intégration sont les suivants : la liaison, la coordination et l'intégration complète. La liaison, qui correspond aux CLIC, correspond au niveau le plus faible de l'intégration. Il s'agit pour les organisations, qui restent indépendantes, de définir des modes de collaboration pour répondre au besoin des personnes. L'intégration complète est le système le plus abouti puisqu'il prévoit qu'une seule organisation fournit à ses usagers le continuum de services dont ils auront besoin. La coordination est un modèle qui met en place des solutions aux problèmes de discontinuité à l'intérieur du système de soins. Elle repose sur une mutualisation des compétences au-delà des champs d'action traditionnels (sanitaire et médico-social).

Le projet pilote PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) France est mis en oeuvre depuis 2005 par la direction générale de la santé et par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Trois lieux d'implantation expérimentaux ont été choisis : le vingtième arrondissement de Paris, Mulhouse – Illzach, le sud de l'Essonne (zone de l'Etampois). Sur chacun de ces trois territoires, des outils et dispositifs communs aux différents intervenants autour des patients âgés fragiles ont été développés. Il s'agit tout d'abord d'outils de coordination

entre les décideurs et gestionnaires au niveau régional ou local de façon à unifier la vision stratégique de ce qui doit être fait au niveau du territoire. Il s'agit ensuite de la mise en place d'une porte d'entrée unique à l'ensemble des structures. Cette porte d'entrée prend la forme d'un service d'accueil chargé de réaliser un « triage » des patients répondant aux critères de prise en charge définis sur la base d'un instrument d'évaluation unique, couplé à un système de gestion basé sur les incapacités des personnes et à un dossier clinique informatisé permettant la communication entre les institutions et les cliniciens pour le suivi des patients. Ce service dispose également d'une ligne « info santé » fonctionnant en continu. Un gestionnaire de cas (« case manager ») est également nommé. Son rôle est de procéder à une évaluation exhaustive des besoins de la personne et des démarches à faire. C'est donc le correspondant unique de la personne âgée et de ses aidants (chaque gestionnaire gérant de quarante à cinquante dossiers). Il est impliqué dans tout le processus de prise en charge mais ne réalise pas d'actes techniques ni de nursing. Il coordonne et anime également les équipes. Pour chaque personne âgée, un plan de services individualisés est réalisé. Ce dernier découle de l'évaluation globale et résume les services prescrits et les objectifs visés. Il est établi lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire.

Les deux territoires de santé sur lesquels l'hôpital Charles Foix est implanté disposent de structures de liaison sous la forme des CLIC. Chacun de ces CLIC a un système de gestion des cas complexes plus ou moins abouti, qui repose sur des réunions mensuelles au cours desquelles des situations individuelles posant problème aux professionnels sont abordées. L'équipe d'assistants sociaux de l'hôpital y participe quand le patient concerné y a été pris en charge. La mise en place des filières gériatriques hospitalières est l'occasion de réfléchir à l'articulation de l'action des CLIC avec celle des professionnels hospitaliers. En effet, si la mise en place d'un système de coordination au sens du projet PRISMA semble difficilement envisageable tant qu'une généralisation de ce mode d'organisation n'est pas décidée par les pouvoirs publics, des dispositifs tendant vers l'intégration peuvent être étudiés, sur le modèle de ce qui est actuellement à l'œuvre sur le territoire de santé 75-1 autour des hôpitaux Bichat-Bretonneau. Le CLIC du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris a été créé en 2000 en tant que plate-forme gérontologique. Son statut est celui d'un établissement public hospitalier puisqu'il est adossé à l'hôpital gériatrique Bretonneau. Ce positionnement lui permet d'avoir des liens privilégiés avec les équipes hospitalières tant médicales que sociales (la responsable du CLIC travaille également à mi-temps pour l'hôpital Bretonneau). Un système de partage de données a ainsi été mis en place, qui permet aux professionnels de l'hôpital d'avoir accès aux dossiers de suivi du CLIC, données d'autant plus riches que cette structure met pleinement en œuvre ses compétences de niveau 3, c'est à dire d'accompagnement

individuel des personnes âgées. Ainsi, pour chaque personne âgée en ayant besoin, un plan d'accompagnement individualisé est mis en place. Les aides proposées peuvent être administratives (par exemple une aide à l'obtention de l'APA), liées à l'offre de soins ou au maintien à domicile (dont le soutien aux aidants). Les dispositifs envisagés sont régulièrement réévalués en lien avec les personnes âgées et leur famille jusqu'à ce que le dossier soit considéré comme traité. Le CLIC se charge ainsi de l'évaluation de la situation, effectue les premières démarches, s'occupe de la mise en œuvre des aides avant de passer le relais au professionnel qui prend ensuite la situation en charge. Ce système, qui repose sur une forte coopération entre l'équipe du CLIC et l'hôpital, pourrait être encouragé avec les CLIC des territoires de santé de l'hôpital Charles Foix. Des réunions organisées en commun avec le CLIC7 du Val-de-Marne sont d'ores et déjà prévues. La nomination de coordinateurs de filière identifiés devrait pouvoir permettre de donner une nouvelle impulsion à ces coopérations et d'envisager la mise en place d'une gestion de cas approfondie et partagée.

## Conclusion

Dans un article publié en 1998 dans la Revue de gériatrie<sup>20</sup> était fait le constat suivant : « au sein d'un réseau de soins ville-hôpital, l'efficience, la cohérence et la synergie des prestations offertes par la filière hospitalière sont les meilleurs garants d'une meilleure qualité de vie dans l'établissement mais aussi au domicile des personnes âgées ». Plus de dix années plus tard, la synergie entre réseaux et filières gériatriques hospitalières n'est encore qu'un objectif. Si la linéarité des organisations prévues par la circulaire du 27 mars 2008 peut sembler restrictive par rapport à la complexité des besoins des personnes âgées dites « gériatriques », elle n'en constitue pas moins une avancée réelle en matière de qualité des prises en charge offertes à ces patients particuliers. Cette amélioration sera d'autant plus marquée que l'articulation des filières gériatriques hospitalières avec les réseaux et autres structures de coordination sera favorisée, pour atteindre à terme un système intégré de prise en charge, où chaque patient n'aurait qu'un interlocuteur chargé de suivre son dossier et de le conseiller dans les méandres du système sanitaire et social français.

Pour l'hôpital Charles Foix, la mise en place des filières gériatriques est une opportunité à saisir, dans la mesure où il se situe à un tournant de son évolution. En effet, la fusion avec le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière entraînera un bouleversement de l'équilibre qui est actuellement le sien, entre le Val-de-Marne et Paris. Si des relations fortes n'ont pas été créées d'ici là avec les autres structures du 94-2, il est à prévoir que la situation de l'hôpital Charles Foix risquera d'être fragilisée, surtout si le groupe hospitalier Bicêtre-Paul Brousse développe une politique concertée de prise en charge des personnes âgées avec, à terme, un regroupement de toutes les activités gériatriques sur le site de Paul Brousse. La mise en place de filières gériatriques hospitalières efficaces est donc un des enjeux principaux qui se présentent aujourd'hui à l'hôpital Charles Foix et qui demandera l'implication de tous ses professionnels dans une démarche coordonnée visant à améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles des territoires de santé 75-2 et 94-2.

---

<sup>20</sup> DRUNAT et al., 1998

---

## Bibliographie

---

### Articles publiés dans des revues et périodiques :

ARGOUD (D.), 2008, La décentralisation de la politique vieillesse. Vers une accentuation des inégalités, GERONTOLOGIE ET SOCIETE, N:123, p. 201-212

BENOIT (M.), VELLAS (B.), 2007, Les filières de soins gériatriques : diversité et coordination des offres de soins (éditorial), L'ANNEE GERONTOLOGIQUE tome 1, serdi, p. 14-15

BERTRAND (A.), 2007, Filières gériatriques, TECHNOLOGIE ET SANTE, 2007/04, N:61, p 1-43

COUTURIER (P.), Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives, 2004, REVUE DE GERIATRIE (LA), 2004/11, V:29, N:9, p. 703-712

DELPierre (S.), LEGRain (S.), 2005, Les médicaments du sujet âgé et les risques avec l'anesthésie

DOIRON (A.), DUPRAS (A.), 2009, Comment survivre à son hospitalisation, LE MEDECIN DU QUEBEC, volume 44, numéro 1

DRUNAT (O.), FARALDI (O.), BESSEY (D.), LUTZLER (P.), 1998, Filières de soins gériatriques, REVUE DE GERIATRIE (LA), 1998/06, V:23, N:6, p. 527-533

DUBOIS (M.), LORTHIOIS (J.), MANSOUR (S.), FLEURY (M.), BALLOUCHE (N.), BLANC (P.), GAUVAIN (J.B.), 2008, Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie?, GERONTOLOGIE ET SOCIETE, N:126, p. 91-103

DUFOUR (C.), DESOBRY (P.), PLAQUET (O.), 2005, Les médicaments à risque iatrogénique chez le patient âgé

FILLOL (C.), ITTAH-DESMEULLES (H.), BOURDILLON (F.), LAMBERT (J.), VERNY (M.), BOUCHON (J.P.), 2006, Durée de séjour et orientation des personnes hospitalisées

âgées de 80 ans et plus dans un CHU parisien, REVUE DE GERIATRIE (LA), 2006/06, V:31, N:6, p. 405-413

FORETTE (F.), 2007, La gériatrie, médecine du XXIème siècle (éditorial), L'ANNEE GERONTOLOGIQUE tome 1, serdi, p. 11-12

FOURNIER (P.), 2002, Réseaux et coordination : la collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile. 2002/03, N:100,

GAUVIN (J.-B.), SKOWRONSKI (V.), BLANC (P.), FLEURY (M.), DUPRIEZ (F.), BALLOUCHE (N.), MARCELLIN (E.), BOSIO (N.), DOBIGNY (N.), LEMONNIER (J.-Y.), 2004, Court séjour gériatrique : force et fragilité au sein de la filière, REVUE DE GERIATRIE (LA), 2004/11, V:29, N:9, p 693-702

GAUVIN (J.-B.), FLEURY (M.), DUBOIS (M.), BALCON (S.), SULTANIM (O.), LORTIHOIS (J.), JENN (J.), CONSTANS (T.), CHEVANNE (D.), 2007, Le court séjour, intégré dans la filière gériatrique, L'ANNEE GERONTOLOGIQUE, tome 1, serdi, p.97-111

GENTRIC (A.), 2007, La gériatrie hospitalière en établissement public : la gériatrie et les urgences, GEROSANTE

GONTHIER (R.), BLANC (P.), FARCE (S.), STIERLAM (F.), 2003, Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins, PSYCHOLOGIE ET NEUROPSYCHIATRIE DU VIEILLISSEMENT, Volume 1, Numéro 3, p. 187-96

HEBERT (R.), RAICHE (M.), DUBOIS (M.F.), DUBUC (N.), ROKHAYA GUEYE (N.), BLANCHETTE (D.), DURAND (T.), TOUSIGNAN (M.), 2008, Les impacts du réseau intégré de services PRISMA, GERONTOLOGIE ET SOCIETE, N:124, p. 15-48

HONNORAT (C.), 2002, Filières et Réseaux

JEANDEL (C.), 2007, De la justification d'une organisation en filière de soins gériatrique en trois points (éditorial), L'ANNEE GERONTOLOGIQUE tome 1, serdi, p. 24-27

LAHLOU (A.), Filière de soins gériatriques : l'état des lieux dans trois hôpitaux européens

LE BOULER (S.), 2006, Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, La Documentation française - Horizons stratégiques, n° 1, p. 82 - 96

LE MASNE (A.) d'après DUPILET (C.), Préviation externe d'activité : le PMSI, un outil stratégique dans le cadre de la T2A, 2005, revue du SNPHAR

LEGRAND (M.), SCHLERET (Y.), 1992, La coordination : des procédures, un processus, Les Cahiers de l'ACTIF.

LION (A.), EPP en Gériatrie/Gérontologie Modes d'entrée pour les Médecins, 2007, REVUE DE GERIATRIE (LA), vol.32, n 10, p. 56

PETITOT (C.), CHAPUIS (F.), TOUZET (S.), FOURNIER (G.), BONNEFOY (M.), 2008, Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective, REVUE DE GERIATRIE (LA), 2008/10, V:33, N:9, p. 761-769

PIETTE (F.), MISCHLISH (D.), EXTRA (J.), JEANDEL (C.), 2008, La consultation de prévention à 70 ans, GERONTOLOGIE ET SOCIETE, N:125, p. 145-154

PUILVENIS (D.), 2001, L'hospitalisation des personnes âgées, constats et perspectives

RAINFRAY (M.), 2007, La filière de soins gériatrique (éditorial), L'ANNEE GERONTOLOGIQUE, tome 1, serdi, p. 19-21

ROBELET (M.), SERRE (M.), BOURGUEIL (Y.), 2005, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES, 2005/01-03, p. 233-259

SAMOUR (A.M.), CASSOU (B.), 2008, Quel bilan de santé pour les personnes âgées ? L'expérience du Centre de gérontologie Sainte Périne (AP-HP). GERONTOLOGIE ET SOCIETE, N:125, p. 155-165

SIMON-PREL (R.), 2008, Filières gériatriques en Ile-de-France, REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE numéro spécial Hôpital expo, 2008/03-04, N:521, p. 76-78

SIMON-PREL (R.), 2009, Perspectives et évolutions en gériatrie en Ile-de-France et La démarche de labellisation des filières gériatriques, REVUE DE L'ARHIF (LA), numéro spécial gériatrie, p. 1-7

STRUBEL (D.), LAPIERRE (M.), 2007, Les hôpitaux de jour gériatriques, GEROSANTE

TAJAHMADY (A.T.), MOREAU (C.), BOURDILLON (M.C.), VERNY (M.), BODDAERT (J.), RIOU (B.), BOUCHON (J.P.), 2005, Évaluation de l'adéquation entre la capacité d'accueil d'un service de court séjour gériatrique et la demande induite par les urgences pour les patients âgés de 80 ans et plus : étude prospective sur 149 patients, REVUE DE GERIATRIE (LA), 2005/11, V:30, N:9, p. 651-661

VALENTIN (C.), VEDEL (I.), MULLER (F.), SAFAR (H.), DENIS (B.), BAGARAGAZZA (E.), TEILLET (L.), DE STAMPA (M.), 2007, Facteurs de risque de réhospitalisation des personnes âgées fragiles vivant au domicile et sortant d'unités de SSR, L'ANNEE GERONTOLOGIQUE, tome 1, serdi, p. 19-21

VERMOREL (M.), GUETAT (P.), BOLLIET (J.-M.), JAMOT (M.), MADJLESSI (A.), et al., 2009, Filières de soins. Dossier, REVUE HOSPITALIERE DE France, N:526, 2009/01-02, N:526, p. 36-48

VETEL (J.M.), 2007, La filière gériatrique... le point de vue du SNCG, L'ANNEE GERONTOLOGIQUE, tome 1, serdi, p. 19-21

#### Ouvrages :

BOURDILLON (F.), 2004, Traité de santé publique, Flammarion

DUCREUX (J.-C.), CAUSSE (D.), 2007, Guide annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière, Fédération hospitalière de France

JOLLY (D.), LESAGE (I.), et al, 1998, Quelle politique de santé pour le grand âge ?, Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, Médecine-Sciences Flammarion

LEUTZ (W.N.), 1999, Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Quarterly, p. 77-110

Rapports :

JEANDEL (C.), PFITZENMEYER (P.), VIGOUROUX (P.), avril 2006, UN PROGRAMME POUR LA GERIATRIE, 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

Le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit rapport LAROQUE, 1962

PAILLERETS (F.), 1999, Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville

Rapport PRISMA France sur l'intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action, 2008, sous la responsabilité de SOMME (D.) et SAINT-JEAN (O.)

ROUSSEAU (A.-C.), BASTIANELLI (J.-P.), Inspection Générale des Affaires Sociales, 2005, Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, La Documentation française, 2005/05. 131-145

Références juridiques :

Bilan par la DHOS de la mise en œuvre de la filière de soins gériatrique au 31 décembre 2006

Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

Circulaires DGS n° 74bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

Circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Circulaire de la DHOS n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Circulaire de la DHOS n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques hospitalières

Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des services de SSR thématiques

Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation des services de SSR thématiques

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, article 46

Plan Solidarité Grand Age, 2006

#### Conférences :

Participation à deux tables-rondes pendant le forum FHF dans le cadre de gérontexpo le 28 mai 2009 :

- La structuration d'une filière : enjeux de la loi Hôpital Patients Santé Territoires et des Agences Régionales de Santé
- La personne âgée ou handicapée dans le parcours de soins : retours d'expériences de coordination

#### Sites internet :

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

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

[www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)

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

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Planning des entretiens et actions menées

Annexe 2 : Bilan de la DHOS au 31 décembre 2006 des équipements dédiés à la prise en charge gériatrique

Annexe 3 : carte des établissements appartenant à l'AP-HP

Annexe 4 : cartographie du territoire desservi par l'hôpital Charles Foix

Annexe 5 : Circulaire DHOS-02 no 2007-117 du 28 mars 2007

**Annexe 1 :**  
**Programme des réunions et entretiens sur la filière gériatrique**

Date	Horaire	Interlocuteur	Thème	Implication
26/03		Réunion à la DDASS 94-2	Filières gériatriques – état des lieux	Lecture du compte-rendu
02/04		Réunion à la DDASS 94-2	Psychiatrie – état des lieux	Lecture du compte-rendu
21/04	9h30-12h30	Réunion à la DPM	Filières gériatriques de proximité	Participation à la réunion avec VD et CS
28/04		Réunion à la DDASS 94-2	Psychiatrie – état des lieux	Lecture du compte-rendu
05/05		Réunion à la PSL	L'amont de l'hospitalisation dans la filière gériatrique du 75-2	Lecture du compte-rendu
07/05	9h30-12h30	Réunion à la DDASS 94-2	Liaison filière gériatrique et urgences	Participation à la réunion avec YL et CS
11/05	14h-16h	COFIL CLIC7	COFIL	Participation au COFIL avec MCG
14/05	13h30-15h30	Réunion à la PSL	L'hospitalisation en court séjour dans la filière gériatrique du 75-2	Participation à la réunion avec FP
03/06	10h-10h30	Mme Pelletier, cadre du service social	Bilan de l'activité de service social des patients en matière de filière gériatrique	Entretien
04/06	20h-22h	Réunion à la PSL	L'aval de l'hospitalisation dans la filière gériatrique du 75-2	Participation à la réunion
08/06	12h30-14h	A. Boucaumont de la DPM	Bilan sur l'activité des équipes mobiles gériatriques externes mises en place à titre expérimental par des établissements de l'AP-HP	Entretien
08/06	14h30-16h30	Réunion organisée par la DPM	Filières gériatriques de proximité	Participation à la réunion avec YL et CS
09/06	14h30-15h	P. Colin, cadre du CEGAP	Bilan de l'activité ambulatoire et intégration dans la filière	Entretien

10/06		Réunion à la DDASS 94-2	Urgences psychiatriques	Lecture du compte-rendu
11/06	9h30-11h	CLIC7	Filière gériatrique de CFX et territoire de santé 94-2	Entretien
12/06	14h-16h	DIM (J. Tardy, P. Rufat)	Approche statistique des filières de prise en charge de CFX	Réunion de travail avec YL
16/06	14h-17h	Réunion à la DDASS 94-2	Filières gériatriques et psychiatrie	Participation à la réunion
17/06	9h30-11h	PPE - CLIC Paris 13e	Filière gériatrique de CFX et territoire de santé 75-2	Entretien
23/06	14h-15h	A. Bertet et I. Douceron, animatrice des CTLC 94-2	Positionnement de CFX sur le territoire de santé 94-2 et dans la démarche de négociation des filières gériatriques hospitalières	Réunion de travail avec YL
26/06	9h30-12h	Réunion à la DDASS 94-2	Synthèse CTLC Psychiatrie	Participation à la réunion avec YL
26/06	12h-14h	Réunion à la PSL	Synthèse des travaux sur la filière gériatrique du 75-2 sud	Participation à la réunion avec VD, YL
Juillet - août	Rédaction, diffusion aux partenaires de ville et synthèse d'un questionnaire relatif à la qualité des prises en charge de l'hôpital Charles Foix			
02/07	11h-12h	M. Gosnat, Député - maire d'Ivry-sur-Seine	Rencontre avec le maire d'Ivry-sur-Seine	Réunion de travail avec YL et AL
02/07	19h – 21h	Acteurs du territoire de santé	Première réunion de présentation de la démarche de la mise en place d'une filière gériatrique hospitalière sur le 94-2 à Charles Foix	Organisation logistique
08/07		Réunion à la DDASS 94-2	Synthèse CTLC Gériatrie	Lecture du compte-rendu
04/08	14h-15h	I. Lesage, directeur exécutif du GHU Est	Vision stratégique des filières gériatriques	Entretien
06/08	10h – 11h30	A. Lahlou	Positionnement et propositions du pôle SLD sur les filières gériatriques	Entretien

septembre	Rédaction des conventions constitutives des filières 94-2 et 75-2 en lien avec les responsables des établissements partenaires			
02/09	10h30-12h	F. Lasfargues de la DPM	Filières gériatriques et stratégie AP-HP	Entretien
03/09	11h – 12h30	O. Drunat, président du CCM de l'hôpital Bretonneau	Exemple de la filière gériatrique de Bretonneau	Entretien
04/09	14h-15h	F. Piette	Positionnement et propositions du pôle CS/SSR	Entretien
07/09	15h – 17h	O. Bouillanne, gériatre chef de service à l'hôpital E. Roux	Visite de l'hôpital gériatrique E. Roux et entretien avec le chef du service de gériatrie	Visite et entretien avec AL
18/09	14h – 15h	M. Verny, chef du service de gériatrie à la PSL	Modalités de collaboration CFX - PSL	Entretien
24/09	10h – 10h30	Commission de surveillance	Point d'étape sur l'avancement des filières	Présentation
25/09	15h – 16h	P. Rabier-Lebrun, médecin responsable de l'EMG	Modalités de collaboration CFX - BCT	Entretien
30/09	19h – 21h	BCT : DAM, Mme Rabier-Lebrun, PB : directrice CFX : VD, EL, EP	Réunion de la cellule opérationnelle de la filière 94-2 et adoption de la convention et d'un plan d'actions	Organisation et animation
02/10	16h - 18h	PSL : DAM et M. Verny CFX : VD, MHL, EL et EP	Réunion de la cellule opérationnelle de la filière 75-2 et adoption de la convention et d'un plan d'actions	Organisation et animation
09/10	11h – 11h30	Comité technique local d'établissement	Point d'étape sur l'avancement des filières	Présentation
19/10	16h – 18h	CFX : VD, MHL, EP, EL, BCT : DAM, Mme Rabier-Lebrun,	Réunion de la cellule opérationnelle de la filière 94-2 en vue de la mise en place de partenariats dans le cadre de la	Organisation et animation

		PB : directrice PGV : M. Bérard, directeur de la stratégie Directeurs des cliniques des Tournelles et de Choisy	convention constitutive de la filière gériatrique hospitalière du territoire de santé 94-2	
21/10	19h – 21h	Acteurs du territoire de santé	Deuxième réunion de mise en place d'une filière gériatrique hospitalière sur le 94-2, au Kremlin Bicêtre	Organisation logistique

Abréviations :

AL : Amina Lahlou, médecin chef du pôle Soins de Longue Durée et relations avec les EHPAD

CFX : Charles Foix

CS : Claude Sebban, président du comité consultatif médical

DAM : directeur des affaires médicales

DPM : direction de la politique médicale du siège de l'AP-HP

EL : Emilie Lebée

EP : Eric Pautas, gériatre de Charles Foix pressenti pour être le médecin référent pour les filières gériatriques hospitalières de l'établissement

FP : François Piette, médecin chef du pôle Court Séjour – Soins de Suite et de Réadaptation

MHL : Marie-Hélène Lavolle, Directrice adjointe chargée des Affaires médicales et de la stratégie de l'hôpital Charles Foix à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009

PGV : CHS Paul Guiraud Villejuif

PSL : Pitié-Salpêtrière

VD : Véronique Desjardins, Directrice de l'hôpital Charles Foix

YL : Yann Lhomme, Directeur adjoint chargé des Affaires médicales et de la stratégie de l'hôpital Charles Foix jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2009

## Annexe 2 :

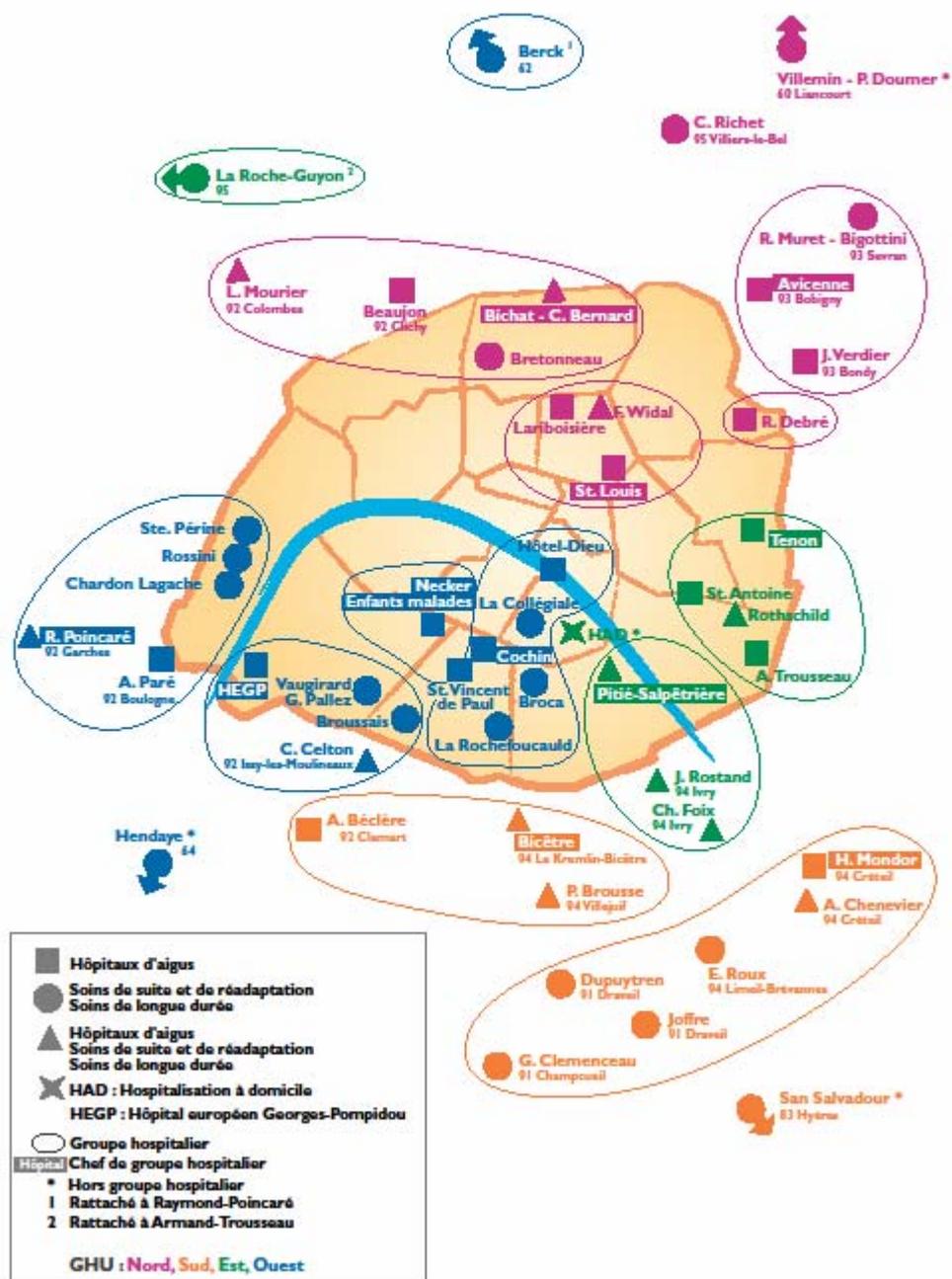
**Bilan de la DHOS au 31 décembre 2006 des équipements dédiés à la prise en charge gériatrique**

Région	Population de 75 ans et + (INSEE 2005)	Ratio lits de CSG recensés/ pop de + de 75a (pr 1000 hbts)	Ratio places d'HDJG recensées/ pop de + de 75a (pr 1000 hbts)	Ratio lits de SSRG recensés/ pop de + de 75a (pr 1000 hbts)
<b>ALSACE</b>	118 330	1.72	1.30	6.13
<b>AQUITAINE</b>	298 117	0.89	0.07	3.66
<b>AUVERGNE</b>	134 081	0.49	0.29	2.88
<b>BASSE-NORMANDIE</b>	128 243	0.71	NC	NC
<b>BOURGOGNE</b>	159 142	0.53	0.21	3.58
<b>BRETAGNE</b>	274 191	1.38	0.09	2.85
<b>CENTRE</b>	227 522	1.14	0.14	2.14
<b>CHAMPAGNE-ARDENNES</b>	106 800	1.20	0.05	1.98
<b>CORSE</b>	25 581	1.09	0	NC
<b>FRANCHE-COMTE</b>	91 098	0.59	NC	NC
<b>HAUTE-NORMANDIE</b>	131 467	1.70	0	2.27
<b>ILE-DE-FRANCE</b>	694 433	1.43	0.32	6.61
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b>	236 442	0.63	0.14	1.59
<b>LIMOUSIN</b>	87 561	0.66	0.02	NC
<b>LORRAINE</b>	175 246	2.04	0.27	5.59
<b>MIDI-PYRENEES</b>	264 426	1.10	0.09	1.49
<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b>	273 145	1.09	0.02	5.09
<b>PACA</b>	442 510	1.01	0.03	1.25
<b>PAYS-DE-LA-LOIRE</b>	282 653	1.07	0.09	NC
<b>PICARDIE</b>	130 385	1.39	0.15	2.30
<b>POITOU-CHARENTES</b>	174 468	0.73	0.11	1.21
<b>RHONE-ALPES</b>	442 066	0.87	0.19	3.02
<b>Moyenne nationale :</b>		1.10	0.17	3.43
<b>Ratio issus du Plan Solidarité Grand Age :</b>		<b>1</b>	<b>0.50</b>	<b>3</b>

### Annexe 3 :

## Carte des établissements de l'AP-HP et des futurs groupes hospitaliers

### Les groupes hospitaliers



#### Annexe 4 :

### Cartographie du territoire desservi par l'hôpital Charles Foix (document réalisé à l'attention d'Isabelle Lesage, directrice exécutive du GHU Est)

L'hôpital Charles Foix présente une filière interne particulièrement forte, puisque 82% des patients hospitalisés en SSR proviennent des services de court séjour de l'établissement (*partie n°1 : les filières hospitalières existantes*).

L'analyse de l'origine géographique des patients pris en charge (*partie n°2 : un recrutement géographique double*) s'appuie donc principalement sur les données du recrutement des services de court séjour.

La synthèse sur la population des territoires de santé desservis par Charles Foix (*partie n°3 : données démographiques*) se concentre également sur les aires géographiques identifiées comme étant celles d'où proviennent majoritairement les patients hospitalisés à Charles Foix.

#### 1) Les filières hospitalières existantes

D'après les données DIM 2008 communiquées par la DPM.

#### Transferts et mutations en court séjour à Charles Foix :

Etablissement d'origine	Transferts en CS à CFX	Transferts et mutations en CS à CFX
Bicêtre	25.09 %	22.38 %
Charles Foix	-	10.82 %
Pitié Salpêtrière	24.25 %	21.63 %
Saint Antoine	37.22 %	33.19 %
Saint Louis	2.71 %	2.41 %

#### Transferts et mutations en SSR à Charles Foix :

Etablissement d'origine	Transferts en SSR à CFX	Transferts et mutations en SSR à CFX
Bicêtre	17.06 %	3.06 %
Charles Foix	-	82.05 %
Pitié Salpêtrière	44.71%	8.03 %
Saint Antoine	25.29 %	4.54 %
Mondor-Chenevier	4.12%	0.47 %

## Transferts en court séjour et en SSR à Charles Foix :

Etablissement d'origine	Transferts en CS et SSR à CFX
Bicêtre	23.99 %
Charles Foix	-
Pitié Salpêtrière	27.05 %
Saint Antoine	35.59 %
Mondor-Chenevier	3.62 %

## 2) Un recrutement géographique double

### Origine géographique des patients pris en charge en court séjour à Charles Foix :

(données DIM de 2005 à 2008)

Département d'origine	Nombre de patients	Pourcentage
94 : Val de Marne	3750	46 %
75 : Paris	3569	43.8 %
92 : Hauts de Seine	176	2.2 %
93 : Seine Saint Denis	173	2.1 %
91 : Essonne	132	1.6 %
77 : Seine et Marne	115	1.4 %
95 : Val d'Oise	25	0.3 %
78 : Yvelines	16	0.2 %
Province	176	2.2 %
Territoires d'Outre Mer	13	0.2 %
Total	8145	

Au vu des flux de patients existant actuellement, Charles Foix répond à un besoin existant sur les deux territoires, celui du 75-2 auquel il est naturellement affilié du fait de son appartenance au futur Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière – Charles Foix et celui du 94-2 du fait de son implantation locale forte dans le département.

- **Entre 2005 et 2008, 3 569 patients hospitalisés en court séjour à Charles Foix étaient originaires de Paris :**

<b>75001</b>	<b>75002</b>	<b>75003</b>	<b>75004</b>	<b>75005</b>	<b>75006</b>	<b>75007</b>	<b>75008</b>	<b>75009</b>	<b>75010</b>
18	6	59	44	195	27	25	5	33	45
<b>75011</b>	<b>75012</b>	<b>75013</b>	<b>75014</b>	<b>75015</b>	<b>75016</b>	<b>75017</b>	<b>75018</b>	<b>75019</b>	<b>75020</b>
648	906	986	103	60	36	53	37	113	170

Les arrondissements les plus représentés dans le recrutement de Charles Foix sont les 13<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> arrondissements, qui représentent 77% du recrutement parisien.

- **Entre 2005 et 2008, 3 750 patients hospitalisés en court séjour à Charles Foix étaient originaires du Val de Marne, dont 2 829 (soit 75.4%) des communes composant le territoire de santé 94-2 :**

Arcueil	Rungis	Ivry sur Seine	Cachan	L'Hay les Roses	Gentilly	Fresnes	Le Kremlin Bicêtre	Orly	Thiais	Vitry sur Seine	Chevilly Larue	Choisy Le Roi	Villejuif
80	10	660	229	116	68	115	147	58	92	878	64	113	199

De manière plus générale, on observe que seulement 52% des personnes âgées du territoire y sont prises en charge. Il y a donc un taux de fuite de 48% vers les territoires 92-1, 94-1 et 72-2.

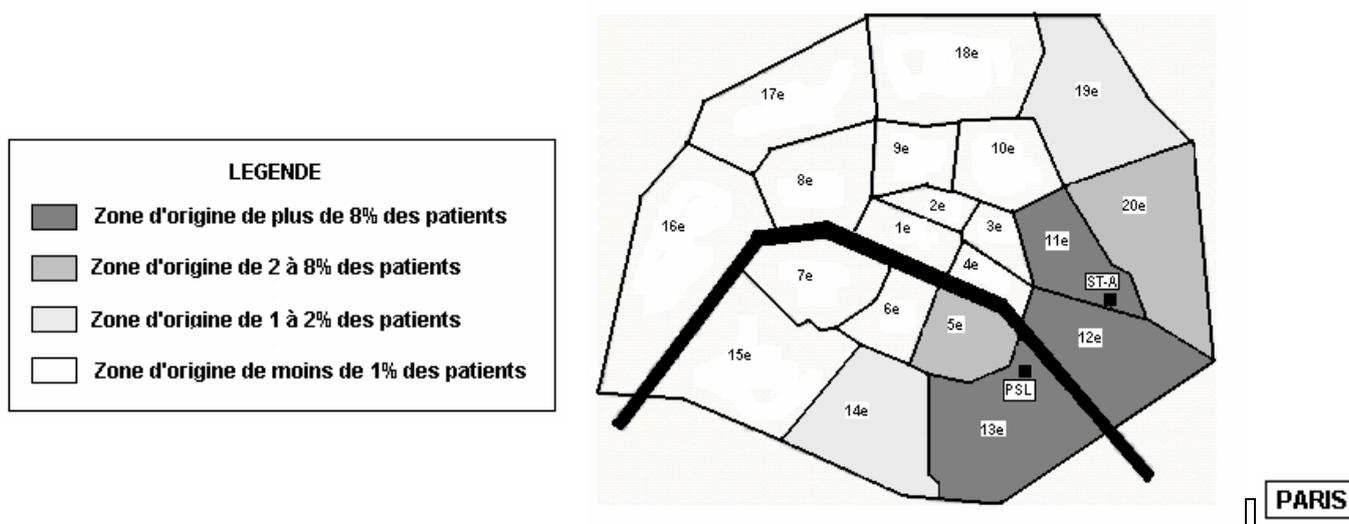
- **Evolution des filières de recrutements des services de court séjour de Charles Foix :**

	2005	2006	2007	2008	total
Paris	637	893	1099	940	3569
Val de Marne	562	970	1104	1114	3750

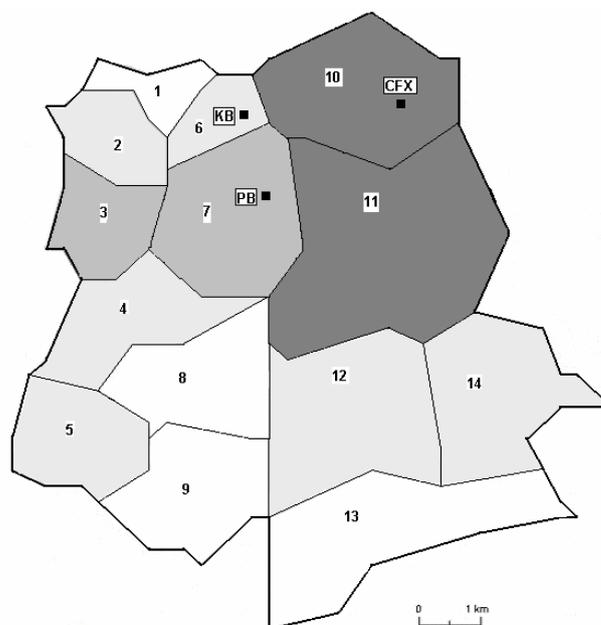
La légère diminution du nombre de séjours entre 2007 et 2008 est liée à la fermeture de 10 lits de court séjour pour des problèmes de recrutement infirmier. Cette diminution a exclusivement porté sur le recrutement parisien. Le nombre de séjours ré-augmente toutefois au cours de l'année 2009 du fait de la baisse de la DMS.

**Filières de recrutement de l'hôpital Charles Foix**

(Données DIM de 2005 à 2008 pour les patients hospitalisés en court séjour à Charles Foix)



Territoire de santé 94-2	
1 : Gentilly	9 : Rungis
2 : Arcueil	10 : Ivry-sur-Seine
3 : Cachan	11 : Vitry-sur-Seine
4 : L'Hay les Roses	12 : Thiais
5 : Fresnes	13 : Orly
6 : Le Kremlin Bicêtre	14 : Choisy-Le-Roi
7 : Villejuif	
8 : Chevilly-Larue	



### 3) Données démographiques

#### - Territoire de santé 75-2 :

Données issues du recensement 2006 de l'INSEE :

Population totale 75-2 :	640 178	
75 ans et plus :	46 093	7,2 %

Les zones de recrutement principales de la filière Pitié-Salpêtrière – Charles Foix sur le territoire de santé 75-2 sont principalement le 13<sup>e</sup> arrondissement, zone d'implantation de la Pitié-Salpêtrière ainsi que le 5<sup>e</sup> arrondissement et la partie sud du 12<sup>e</sup> arrondissement. Le bassin de population âgée de plus de 75 ans desservi par Charles Foix sur ce territoire de santé peut donc être évalué à environ 20 000 personnes.

Code département	Population totale en 1999	Population totale en 2005	Population de 75 ans et plus en 1999	Population de 75 ans et plus en 2005 (estimation)	Population de 75 ans et plus en 2011 (estimation)
<b>75005</b>	58 841	61 475	4 974	5 208	5 453
<b>75012</b>	136 662	138 400	12 039	12 183	12 336
<b>75013</b>	171 577	181 300	12 302	12 991	13 718

#### - Territoire de santé 94-2 :

Selon les données du recensement 2006 de l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans vivant sur le territoire de santé 94-2 s'élevait à 25 000 personnes en 2006 et s'élèvera à plus de 30 000 personnes en 2010 :

Population	Territoire de santé 94-2			
	Dernier RPG 2006		Projection 2010	
<b>Population totale</b>	445 380		419 990	
<b>75 ans et plus</b>	24 804	5,6%	30 613	7,3%

Les zones de recrutement principales de CFX sont les communes d'Ivry-sur-Seine et de Vitry-sur-Seine :

	Population de 75 ans et plus en 2006	Population de 75 ans et plus en 2011 ( <i>estimation</i> )
<b>Ivry-sur-Seine</b>	3 247	3 458
<b>Vitry-sur-Seine</b>	4 716	4 881

## **Annexe 5 : Circulaire DHOS-02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative aux filières gériatriques hospitalières**

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012, présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille est destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique dans le respect du libre choix des personnes en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé.

Dans cet objectif le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de soixante-quinze ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent polyopathologiques et fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes âgées de plus de soixante ans.

Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance.

L'axe 3 du Plan solidarité grand âge propose les mesures permettant la poursuite de cette politique.

Ces mesures visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les dispositions de la présente circulaire viennent conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire du 18 mars 2002 et cherchent à dynamiser les démarches entreprises en ce sens dans le cadre de la mise en oeuvre des volets des SROS III consacrés aux personnes âgées.

### **1. Généraliser et renforcer les dispositions de la circulaire du 18 mars 2002**

La filière de soins gériatriques 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.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

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 réhospitalisation.

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.

## **2. Inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins**

Une filière de soins gériatriques revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins.

En ce sens la valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes âgées. Elle doit ainsi contribuer à fournir le juste niveau de prise en charge en rappelant le rôle essentiel joué par le médecin traitant et celui de premier niveau d'hospitalisation assuré par les hôpitaux locaux en cohérence avec le projet médical de territoire. Les réseaux de santé « personnes âgées » peuvent aussi venir très utilement compléter l'organisation territoriale en filière et favoriser la mise en place d'une réelle coordination des professionnels.

Le Plan solidarité grand âge vise à impulser un engagement fort des communautés hospitalières afin qu'elles contribuent activement, en collaboration avec les partenaires concernés, à une organisation en filière avec le souci de résultats concrets et lisibles pour les usagers.

Dans le prolongement et en application des SROS III, cette reconnaissance donnera lieu à la définition de plans d'actions dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé contribuant à la filière, sur la base des référentiels d'organisation des soins relatifs à la filière gériatrique dans son ensemble et à chacune de ses composantes (cf. annexes).

Plutôt que de se limiter au seul constat statique et réducteur d'un taux d'équipement ou d'un ratio d'encadrement conforme aux préconisations, le plan d'action contractualisé prendra en compte l'aspect dynamique de la démarche de création ou d'amélioration d'une filière, en considérant la situation initiale de l'équipement et les actions mises en oeuvre pour structurer l'offre de soins, afin d'assurer une prise en charge graduée de qualité aux patients âgés et atteindre ainsi progressivement les cibles mentionnées dans les référentiels.

A noter que ces cibles concernent à la fois les locaux, les équipements et les personnels ne constituent en aucun cas des normes opposables.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que vous serez amenés à négocier avec les établissements de santé devront ainsi préciser, pour chaque établissement de santé concerné, ses missions au sein d'une filière de soins gériatriques, les actions programmées, le calendrier de mise en oeuvre et les modalités d'évaluation.

Vous devrez fournir pour le 1<sup>er</sup> décembre de chaque année un état des lieux des filières de soins gériatriques. Ce bilan a vocation à être articulé avec le dialogue de gestion annuel au cours duquel est examinée la mise en oeuvre du contrat passé entre l'Etat et l'ARH et à faire l'objet d'un suivi dans le cadre du tableau de bord prodige.

Je vous demande de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé.

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de cette circulaire.

## **> ANNEXE I**

### **FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES**

#### ***Référentiel d'organisation des soins***

##### **1. Préambule**

La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées.

##### **2. Zone de couverture**

Les ARH sont chargées de définir le territoire d'implantation des filières de soins gériatriques en fonction des caractéristiques de chaque région et du découpage territorial retenu dans les SROS III en tenant compte de l'offre gériatrique existante et de l'organisation territoriale du secteur médico-social arrêté dans les schémas gérontologiques.

La région doit être couverte en totalité par plusieurs filières des soins gériatriques.

Une filière doit s'attacher à prendre en charge en priorité les personnes âgées résidant sur son territoire d'implantation.

### 3. Missions

Sans prétendre à l'exhaustivité, trois grandes catégories de besoins ont pu être identifiées que la filière doit être en mesure de prendre en charge :

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

Au-delà de ces trois grandes catégories, il convient d'ajouter l'obligation pour la filière d'être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation demandeur dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière mais qu'il ne comporte pas en propre de compétence gériatrique. Cette obligation doit pouvoir être mise en oeuvre à toutes les phases du séjour, y compris préalablement à une hospitalisation programmée.

Au sein de la filière gériatrique les soins palliatifs doivent être mis en oeuvre pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cette prise en charge doit s'appuyer sur le dispositif mis en place dans les régions en matière de soins palliatifs, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles et l'unité de soins palliatifs.

Afin de répondre aux besoins des personnes prises en charge par la filière gériatrique, il est nécessaire que ses différents éléments comportant de l'hospitalisation complète disposent de lits identifiés, qu'il s'agisse d'unité de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée.

Une bonne articulation territoriale entre les réseaux de santé « personnes âgées », de soins palliatifs et le cas échéant les réseaux de cancérologie est en outre indispensable.

La filière doit également organiser l'accompagnement et les soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Il apparaît clairement que la filière gériatrique ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent et qu'elle revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins. L'accompagnement de la sortie d'hospitalisation doit notamment contribuer à réduire les taux de réhospitalisations précoces.

La filière a également vocation à prendre en charge les problèmes psychogériatriques.

Elle doit de surcroît s'articuler avec les structures psychiatriques pour la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées afin de proposer un dispositif

gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles composées de professionnels de la psychiatrie susceptibles d'intervenir à la demande au sein de la filière. Ce dispositif doit par ailleurs être associé à de petites unités de g rontopsychiatrie, au sein des établissements psychiatriques, destinées à prendre en charge en milieu spécialisé et pour des durées courtes, les personnes présentant une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires.

Les partenaires de la filière sont multiples et de compétences diverses. Le rôle d'expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes peut favoriser des partenariats et par suite l'organisation de réseaux de santé « personnes âgées » associant notamment les hôpitaux de jour, les professionnels de ville et les établissements médico-sociaux. Elle joue un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels des établissements de santé voire celle des acteurs extérieurs à l'hôpital intervenant dans les prises en charge des personnes âgées.

#### 4. Organisation

Puisqu'une structure de soins donnée de la filière contribue à plusieurs missions et qu'une mission donnée nécessite en règle générale l'intervention successive de plusieurs « maillons », il est recommandé qu'une filière gériatrique comprenne les structures de soins suivantes :

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

Une filière de soins gériatriques implique un ou plusieurs établissements de santé quel que soit le statut ou la catégorie de l'établissement. La mission de chacun d'entre eux, au sein de la filière, dépend du type de structures de soins dont il dispose.

Pour chaque filière, le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres sont formalisés par convention. Cette dernière prévoit une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre. Cette coordination peut être commune avec celle du réseau de santé « personnes âgées ». **La convention précise notamment les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques, les délais cible en termes de prise en charge, les procédures de transfert. Elle définit les supports d'informations médicales communes (notamment fiches de liaison médicale et infirmière).** Elle garantit également l'accès des patients gériatriques aux spécialités non gériatriques dont la psychiatrie.

##### L'établissement de santé support de la filière :

C'est l'établissement qui comporte le court séjour gériatrique.

Outre le court séjour gériatrique, il doit comporter une équipe mobile et une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

Il doit disposer d'une structure des urgences ou être conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure.

Il peut lui-même disposer de soins de suite et de réadaptation gériatrique ainsi que de soins de longue durée.

Les autres établissements, membres de la filière de soins gériatriques :

Ces établissements dont les hôpitaux locaux disposent au minimum de lits de SSR gériatriques ou de SLD.

Il est vivement recommandé que l'établissement de santé support de la filière passe convention avec d'autres établissements publics ou privés du territoire d'implantation de la filière disposant de structures prenant en charge des personnes gériatriques, afin de fédérer ces établissements au sein de la filière. La convention devient en outre obligatoire lorsque l'établissement de santé support ne dispose pas en propre de l'intégralité de l'offre de soins gériatrique.

Les hôpitaux locaux :

Les hôpitaux locaux, au sein de la filière, participent à la prise en charge des patients en amont dans leurs lits de médecine au titre d'une immédiate proximité et d'une prise en charge de premier niveau ne justifiant pas d'une hospitalisation en court séjour gériatrique et en aval à l'issue d'une hospitalisation dans l'établissement de santé support de la filière, au sein de leurs lits de SSR ou de SLD.

**5. Partenariats et articulation avec les réseaux de santé « personnes âgées »**

Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile.

Partenariat avec l'HAD :

L'HAD est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à leur domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur la base d'indications protocolisées.

Partenariat avec les médecins traitants :

L'équipe gériatrique de la filière est l'interlocuteur direct des médecins traitants. Elle répond à toutes leurs demandes concernant l'admission, le séjour et la sortie du patient. Elle collabore avec lui pour mettre en place les dispositifs permettant le retour du patient à domicile ou en établissement médico-social.

Afin de mettre en oeuvre ou d'améliorer ce partenariat, le médecin gériatre organisateur de la filière prévoit au moins une fois par an une réunion d'échange avec les médecins traitants du territoire.

Partenariat avec les acteurs médico-sociaux :

L'établissement de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes élargissent à la filière de soins gériatriques le champ des conventions prévues dans le cadre des Plans bleus. Ces conventions doivent définir :

- les modalités d'admission des résidents des établissements médico-sociaux au sein de la filière ;

- les modalités de retour des résidents en établissement médico-social après une hospitalisation ;
- les modalités et outils de partage des informations médicales ;
- les partenariats envisageables : formations communes, modalités d'accès à l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, modalités d'intervention à titre expérimental de l'équipe mobile gériatrique au sein de l'établissement médico-social.

Une coopération peut également se mettre en place au sein de GCS ou de GCSM.

Des partenariats avec les structures médico-sociales pour personnes handicapées vieillissantes sont susceptibles d'être développés.

Partenariat avec les structures de coordination :

La filière de soins gériatriques doit élaborer, avec les structures de coordination (CLIC ou coordination gérontologique, réseaux de santé), des procédures de prise en charge et de partage d'informations notamment pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés dans la filière. A ce titre la collaboration avec les SSIAD est recommandée.

## **6. Une démarche progressive dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**

L'ARH contractualise avec les établissements de santé membres d'une filière de soins gériatriques dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur les missions que ceux-ci s'engagent à assurer pour la filière, les actions programmées, le calendrier de mise en oeuvre et les modalités d'évaluation. Les objectifs fixés à ce titre par l'ARH aux établissements de santé doivent se référer aux référentiels d'organisation des soins des différentes structures de soins de la filière qui représentent l'optimum à atteindre.

Les ARH fournissent à la DHOS chaque 1<sup>er</sup> décembre un état des lieux des filières.

## **> ANNEXE II**

### **COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE**

#### ***Référentiel d'organisation des soins***

##### **1. Définition**

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques (cf. note 1) , généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

L'unité de court séjour gériatrique répond à trois fonctions :

- assurer une hospitalisation directe ;
- assurer, le cas échéant, une hospitalisation après passage aux urgences ;

- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement ;
- assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.

L'unité de court séjour gériatrique dispose d'un savoir faire gériatrique permettant une approche globale des patients, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérontologique.

## 2. Missions

- assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences ;
- procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale ;
- établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;
- traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées ;
- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation ;
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

## 3. Place dans la filière

Le court séjour gériatrique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière.

Mode d'entrée des patients :

L'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier.

L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes.

Cette admission peut être programmée.

Les patients peuvent aussi être admis par le biais de la structure des urgences.

Mode de sortie :

La préparation de la sortie est réalisée le plus tôt possible au cours du séjour dès qu'il est légitime de s'interroger sur l'avenir du patient. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé.

Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées ».

Recours à des avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

## 4. Implantation

Elle répond au critère suivant : offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

L'implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure des urgences ou ayant conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure, afin de privilégier la qualité du plateau technique du fait de l'intrication fréquente des pathologies et de la nécessaire mise en oeuvre de stratégies de prise en charge validées.

## 5. Moyens de fonctionnement

Dimensionnement :

Le court séjour gériatrique doit disposer au minimum de 20 lits.

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions, un court séjour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluri disciplinaire composée d'au moins :

- deux équivalents temps plein de médecin gériatre ;
- douze équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aide soignants ;
- du temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social.

Une permanence médicale, infirmière et aide soignante est assurée 24 heures sur 24.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

Coordination du court séjour gériatrique :

Elle est assurée par un gériatre. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie ou d'un PU-PH de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Locaux et équipement :

Les courts séjours gériatriques disposent des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique, et notamment :

- des chambres à un ou deux lits équipées en vide et en oxygène et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un cabinet de toilettes avec WC, douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant ;
- des espaces de circulation équipés de mains courantes ;
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...).

Le court séjour gériatrique doit garantir l'accessibilité à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient.

Il doit pouvoir accéder en urgence au plateau technique dans les mêmes conditions que les autres spécialités.

## 6. Indicateurs annuels de suivi

- nombre de séjours ;
- index de performance (durée moyenne de séjour observée rapportée à la durée moyenne de séjour nationale par GHS) ;
- composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein ;
- composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein ;
- répartition des modes d'entrée (nombre de séjours avec admission directe, nombre de séjours après passage par la structure des urgences, nombre de séjours programmés, nombre de séjours non programmés...);
- répartition des modes de sortie ;
- pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les soixante jours suivant la sortie.

## > ANNEXE III

### ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE

#### *Référentiel d'organisation des soins*

#### 1. Définition

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ».

Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

#### 2. Missions

Missions de soins :

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées ») ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

Il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le

court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe.

En fonction du contexte local, il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique :

- assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. Ces consultations sont destinées à effectuer une première évaluation médico-psychosociale pour repérer les incapacités potentielles à brève échéance, proposer un ajustement des traitements en cours, un plan de soins et, éventuellement, un plan d'aide, anticiper les limites du maintien à domicile et programmer, si nécessaire, une hospitalisation en court séjour gériatrique, en SSR gériatriques ou en hôpital de jour.
- intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

Autre mission :

- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

### **3. Place dans la filière**

L'équipe mobile gériatrique est adossée à un court séjour gériatrique. Elle peut constituer une interface entre, d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux et les intervenants au domicile.

Modalités d'intervention de l'équipe mobile :

L'équipe mobile intervient sur appel du service hospitalier et, le cas échéant, dans le cadre d'une expérimentation, de l'établissement médico social, des intervenants à domicile, du CLIC ou du réseau de santé « personnes âgées ».

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

Les patients sont adressés par leur médecin traitant aux consultations avancées des hôpitaux locaux.

Pour préparer la sortie du patient, l'équipe mobile intervient en collaboration avec le CLIC et/ou le réseau de santé « personnes âgées ». En tout état de cause la sortie du patient s'effectue sous la responsabilité du médecin du service d'hospitalisation, selon les recommandations émises par l'équipe mobile gériatrique dans son projet d'accompagnement de la sortie.

Recours aux avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

### **4. Implantation**

L'équipe mobile de gériatrie est installée au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique.

## 5. Moyens de fonctionnement

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions intra-hospitalières il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire comprenne au minimum :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- un équivalent temps plein d'infirmier ;
- un équivalent temps plein d'assistante sociale ;
- du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.

Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement.

Lorsque l'équipe mobile effectue une consultation avancée, cette dernière doit au minimum disposer d'un temps de gériatre et de secrétariat. Elle doit pouvoir faire appel à un psychologue et/ou un personnel paramédical et social.

L'ensemble de l'équipe doit être formé spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique.

Coordination de l'équipe mobile de gériatrie :

Elle est assurée par un gériatre de la filière gériatrique. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

## 6. Indicateurs de suivi annuel

Nombre d'évaluations réalisées (en intra par service hospitalier et en extra hospitalier).

Pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués par l'équipe mobile en intra-hospitalier.

Composition de l'équipe médicale en équivalent plein temps.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent plein temps.

## > ANNEXE IV

### UNITÉ DE CONSULTATIONS ET D'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

#### *Référentiel d'organisation des soins*

#### 1. Définition

L'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques.

Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique.

La consultation mémoire labellisée, lorsqu'elle existe, lui est intégrée.

## 2. Missions

Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée ;

Etre un recours pour le médecin traitant après repérage de problèmes durant la consultation de prévention dispensée aux personnes âgées de 70 ans et plus ;

Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées ;

Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gériatrique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur ;

Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques ;

Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...) ;

S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour ;

Participer à l'organisation du soutien au domicile ;

Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

## 3. Place dans la filière

Modalités d'accès :

Le patient est adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant. La consultation gériatrique fonctionne en lien étroit avec l'ensemble des acteurs du soutien à domicile et notamment le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées ».

L'accès à l'hôpital de jour est conditionné par une consultation ou l'avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'hôpital de jour.

L'accès à la consultation ou à l'hôpital de jour est également ouvert aux médecins généralistes et/ou aux coordonnateurs des hôpitaux locaux en lien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

Les objectifs attendus en termes de gain thérapeutique d'une prise en charge en hôpital de jour gériatrique sont déterminés et régulièrement réévalués.

Recours aux avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

Relation avec le médecin traitant

Afin d'assurer la liaison avec le médecin traitant, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique adresse le jour même au médecin traitant un compte rendu complet mentionnant les résultats de l'évaluation gériatrique, les diagnostics retenus, les orientations thérapeutiques et modalités de prise en charge issus de la réunion de concertation pluriprofessionnelle.

#### 4. Implantation

Elle répond aux critères suivants :

- disposer au minimum d'une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique au sein de l'établissement de santé, siège d'un court séjour gériatrique ;
- offrir au moins 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

#### 5. Moyens de fonctionnement

Dimensionnement :

Il est recommandé que l'hôpital de jour comporte au minimum cinq places.

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- 1,5 équivalent temps plein d'infirmiers et 0,5 équivalent temps plein d'aide soignant
- temps de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire.

Les consultations sont assurées par les médecins de la filière de soins gériatriques.

Les consultations mémoire respectent le cahier des charges annexé à la circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique et à la prise en charge des patients gériatriques.

Coordination de l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique :

Elle est assurée par un gériatre. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Equipement :

La structure comprend des locaux d'accueil, de consultations et de rééducation.

L'accès au plateau technique (laboratoire et imagerie) est organisé soit sur le site, soit par conventionnement. Cet accès concerne la radiologie standard, l'échographie doppler veineux et artériel, l'échocardiographie, TDM, IRM, les analyses biologiques complétées éventuellement par les explorations fonctionnelles respiratoires, les endoscopies digestives, bronchiques et les explorations urodynamiques.

#### 6. Indicateurs annuels de suivi

File active des consultations par type de consultation.

File active de l'hôpital de jour.

Nombre de nouveaux patients en consultation par type de consultation.

Nombre de nouveaux patients en hôpital de jour.

Nombre d'évaluations médico-psycho-sociales réalisées.

Nombre de bilans gériatologiques réalisés pour les résidents des EHPAD.

Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein.

## > ANNEXE V

### **SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES ÂGÉES POLYPATHOLOGIQUES DÉPENDANTES OU À RISQUE DE DÉPENDANCE (SSR GÉRIATRIQUES)**

#### *Référentiel d'organisation des soins*

#### **1. Définition**

Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les SSR gériatriques prennent en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD...), ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale, soit directement du domicile dans une approche programmée.

Les SSR gériatriques formalisent toutes les coopérations nécessaires à la mise en oeuvre de leurs missions.

#### **2. Missions**

Une double mission :

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées ;
- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique, en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.

Mais aussi :

- prévenir l'apparition d'une dépendance ;

- maintenir ou redonner de l'autonomie ;
- assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans des domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer ;
- assurer l'information et le soutien des aidants ;
- assurer le maintien de la socialisation de la personnes âgée ;
- assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

### **3. Modalités de prise en charge**

Les patients sont pris en charge dans des unités assurant essentiellement une activité de SSR gériatriques.

Les modalités de prise en charge répondent aux critères de bonnes pratiques dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les étapes clés sont :

- assurer ou réévaluer le bilan médico-psycho-social ;
- rédiger un projet thérapeutique personnalisé (plan de soins, plan d'aide) et assurer sa réévaluation périodique ;
- accompagner l'acceptation de la perte d'autonomie ;
- accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en collaboration avec le patient et son entourage.

### **4. Place dans la filière**

Les SSR gériatriques assurent la prise en soins des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation en court séjour, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent notamment d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour.

L'articulation des SSR gériatriques avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées au sein de la convention constitutive de la filière.

Mode d'entrée des patients :

L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après l'accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

L'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical et d'une fiche d'orientation comportant des données médico-psycho-sociales et une évaluation de l'autonomie.

Mode de sortie :

La préparation de la sortie est réalisée très en amont au cours du séjour. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé.

Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées » et les proches du patient.

Recours à des avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités, y compris la psychiatrie.

## **5. Implantation géographique**

Elle répond aux critères suivants :

- offrir au minimum 1 000 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques,
- offrir au maximum 2 600 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques.

## **6. Moyens de fonctionnement**

Dimensionnement :

Une unité de SSR gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits. Ces lits sont regroupés, ils peuvent constituer une unité au sein d'une structure de SSR.

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions, une unité de SSR gériatriques devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- huit équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aides soignants ;
- temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social.

Une présence infirmière et aide soignante est assurée 24 h sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

Coordination des soins de suite et de réadaptation gériatriques :

Elle est assurée par un gériatre. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Locaux et équipements :

Les SSR gériatriques devraient disposer des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique :

- des chambres à un ou deux lits équipées en vide et en oxygène et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...)

disposant d'un cabinet de toilette avec WC, douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant ;

- des espaces de circulation équipés de main courante ;
- des locaux de rééducation : kinésithérapie, ergothérapie, rééducation d'incontinence, psychomotricité... ;
- des locaux polyvalents de consultations, entretiens, éducation ;
- un lieu de réception des familles ;
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...) ;
- des lieux de convivialité (salons, salles à manger...).

Certaines unités doivent être adaptées à la prise en charge de patients déments en état de crise.

Les SSR gériatriques disposent sur place ou par convention avec un autre établissement de santé d'un plateau technique d'imagerie ou de biologie.

## 7. Indicateurs annuels de suivi

Nombre de journées réalisées en hospitalisation complète.

Nombre de journées réalisées en hospitalisation partielle.

Nombre d'admissions en hospitalisation complète.

Nombre d'admissions en hospitalisation partielle.

Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein.

Répartition des modes d'entrée.

Répartition des modes de sortie.

Pourcentage de ré-hospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie.

## > ANNEXE VI

### **CONVENTION TYPE RELATIVE AUX MODALITÉS DE COOPERATION ENTRE UN ETABLISSEMENT DE SANTE ET UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LE CADRE D'UNE FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES**

Entre :

- nom de l'ES (établissement de santé), représenté par

Et :

- nom de l'EHPAD, représenté par

Vu l'article L. 6134-1 du code de la santé publique ;

Vu l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles,

Il est convenu ce qui suit :

Exposé des motifs (ou Préambule) :

Afin d'assurer aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé, il convient, conformément aux dispositions prévues par le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, de formaliser les obligations réciproques des établissements de santé et des EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Article 1<sup>er</sup>

#### *Objet de la convention*

La présente convention a pour but de décrire de façon opérante les engagements réciproques ou partagés de l'ES et de l'EHPAD afin de :

- faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique ;
- en faisant bénéficier les résidents de l'EHPAD de bilan de santé, notamment psycho gériatrique ;
- en évitant aux résidents, en cas de transfert à l'ES, de transiter par la structure d'urgences ;
- en garantissant aux résidents des hospitalisations personnalisées et ciblées ;
- en facilitant leur retour dans l'EHPAD après une hospitalisation ;
- en permettant aux personnes âgées, suite à une hospitalisation, d'être prises en charge dans un EHPAD proche de leur domicile.
- favoriser la communication des informations relatives aux résidents entre l'ES et l'EHPAD ;
- favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier ;
- développer une culture gériatrique commune.

Article 2

#### *Engagement de l'ES*

L'ES s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD, quel que soit leur niveau de couverture sociale, aux structures sanitaires requises par leur état de santé :

- consultations gériatriques ;
- consultations mémoire ;
- consultations de spécialités ;
- hôpital de jour gériatrique ;
- court séjour gériatrique ;
- services de spécialités ;
- soins de suite et de réadaptation ;

- soins de longue durée ;
- hospitalisation à domicile ;
- dans un cadre expérimental, équipe mobile gériatrique.

### *2.1. Accès aux consultations et à l'hôpital de jour gériatrique*

L'accès aux consultations gériatriques et aux consultations mémoire ainsi qu'aux autres consultations externes délivrées par l'ES est facilité pour les résidents de l'EHPAD.

Le médecin traitant du résident, sur conseil ou demande du médecin coordonnateur, peut y faire appel. Il peut également faire appel à l'hôpital de jour gériatrique pour des évaluations gériatriques et multidisciplinaires programmées.

En accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, l'ES réalise les bilans d'entrée des résidents avec un suivi à 6 mois.

En accord avec le médecin traitant, une hospitalisation de jour gériatrique est proposée par l'ES à chaque résident dont l'état de santé le justifie.

### *2.2. Recours à l'hospitalisation*

Le résident présentant une pathologie aiguë et nécessitant des soins techniques et continus ne relevant pas d'une structure médico-sociale est pris en charge dans les plus brefs délais dans le service de l'ES dont il relève, soit court séjour gériatrique, soit service de spécialités, chirurgie notamment, après contact entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur et l'équipe concernée de l'ES. Les cas d'urgence vitale peuvent justifier un passage par la structure des urgences.

En cas d'impossibilité exceptionnelle de l'ES à assumer sa mission, celui-ci s'engage à proposer à l'EHPAD et à mettre en oeuvre des solutions alternatives.

Cas d'un ES disposant de SSR gériatriques :

L'ES assure la prise en charge du résident en SSR gériatriques, soit suite à son hospitalisation dans l'un des services de l'ES, soit directement en provenance de l'EHPAD. L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après l'accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

L'admission d'un résident au sein de l'ES se fait selon le protocole joint en annexe.

L'ES s'engage à préparer la sortie du résident en collaboration avec l'EHPAD selon le protocole joint en annexe. En tout état de cause, l'EHPAD est informé du retour du résident dans un délai négocié entre les deux parties au moment de l'hospitalisation.

### *2.3. Dans un cadre expérimental, recours à l'équipe mobile gériatrique*

L'équipe mobile répond aux demandes d'informations des médecins traitants et du médecin coordonnateur.

A la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, l'équipe mobile intervient dans l'EHPAD, notamment pour conseiller les personnels dans la gestion des situations de crise.

Le cas échéant, les modalités de recours à l'équipe mobile gériatrique sont définies dans le protocole joint en annexe.

## Article 3

### *Engagement de l'EHPAD*

#### *3.1. Retour d'un résident hospitalisé dans l'EHPAD*

L'EHPAD s'engage à reprendre dans un délai négocié le résident selon le protocole joint en annexe, dès que le praticien, responsable de son hospitalisation, estime qu'il ne nécessite plus une prise en charge hospitalière et que son état de santé est compatible avec les possibilités de soins techniques de l'EHPAD.

Après évaluation et concertation avec le médecin coordonnateur, lorsque l'état de santé du résident n'est plus compatible de façon transitoire ou définitive avec le niveau de soins possible au sein de l'EHPAD, une nouvelle orientation dans la filière de soins gériatriques est recherchée conjointement.

L'EHPAD s'engage, dans le cas où l'état de santé du résident ne permettrait pas son retour à l'EHPAD, après avis du médecin coordonnateur et décision du directeur de l'EHPAD, à accueillir un autre patient provenant d'un service de court ou de moyen séjour de l'ES, et ayant une origine géographique proche de celle de l'EHPAD, dans la mesure où le patient et ses proches en sont d'accord.

#### *3.2. Accès des personnes âgées hospitalisées dans un des services de l'ES, à l'EHPAD*

L'EHPAD favorise l'accueil de personnes âgées hospitalisées dans l'ES dont l'état de santé ne justifie plus le maintien dans la filière hospitalière.

Le transfert à l'EHPAD s'effectue selon le protocole joint en annexe.

## Article 4

### *Engagements partagés par l'ES et l'EHPAD*

#### *4.1. Supports communs d'information*

L'ES et l'EHPAD s'engagent à élaborer conjointement les protocoles prévus par la présente convention :

- un protocole relatif aux modalités d'admission dans l'ES précisant les conditions d'admission ainsi que les modalités d'information réciproque auxquelles s'obligent les parties, à l'entrée du résident et au cours de son séjour. Il comprend notamment une fiche d'admission type précisant les renseignements à fournir par l'EHPAD lors de l'admission d'un résident à l'ES (personne à prévenir, médecin traitant, médecin coordonnateur, traitement en cours, antécédents, motifs du transfert) ainsi qu'une fiche type de liaison de soins infirmiers ;
- un protocole relatif aux modalités de retour d'un résident à l'EHPAD après une hospitalisation dans l'ES. Il organise le retour du résident dans l'EHPAD selon des modalités conformes au fonctionnement de l'EHPAD. Il prévoit notamment qu'à la sortie du résident l'ES adresse au médecin traitant et au médecin coordonnateur de l'EHPAD un compte rendu d'hospitalisation. Il est recommandé que ce document précise les ressources de l'établissement en matière de médicalisation, afin d'évaluer les conditions du retour dans l'EHPAD ;
- le cas échéant, un protocole fixant les modalités de recours de l'EHPAD à l'équipe mobile gériatrique. Il mentionne notamment les modalités de contact téléphonique de l'équipe mobile (numéro de téléphone, jours et heures) ainsi que ses modalités d'intervention dans l'EHPAD ;

- un protocole définissant les conditions d'admission de personnes âgées hospitalisées dans l'ES, dans l'EHPAD.

Par ailleurs, l'ES et l'EHPAD s'engagent à définir conjointement des indicateurs annuels destinés à l'évaluation de la présente convention. Ceux-ci visent notamment à mesurer le degré de satisfaction des résidents et des équipes, évaluer les délais de prise en charge des résidents, signaler tout dysfonctionnement du dispositif.

#### *4.2. Mise en place de bonnes pratiques*

L'ES et l'EHPAD s'engagent à permettre à leurs personnels de participer à des actions d'information et de formation réciproques relatives à la prise en charge spécifique des personnes âgées, afin de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de soins aux personnes âgées. Les stages de professionnels au sein des différentes structures sont recommandés.

Les protocoles spécifiques élaborés en ce domaine sont disponibles au sein des services prenant en charge la personne âgée. Ils font l'objet d'une mise à jour régulière.

#### Article 5

##### *Information des instances de l'ES et de l'EHPAD*

La présente convention est soumise à l'information des Conseils d'Administration des deux établissements et du conseil de la vie sociale de l'EHPAD et pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement de l'ES.

#### Article 6

##### *Modification de la convention*

Toute évolution des actions de coopération nécessite un avenant à la présente convention.

#### Article 7

##### *Evaluation et suivi de la convention*

La présente convention fait l'objet annuellement :

- d'un suivi s'appuyant sur les indicateurs joints en annexe ;
- d'une évaluation des protocoles joints en annexe ;
- d'une réunion de concertation entre les parties permettant d'apporter toutes modifications nécessaires à son application.

#### Article 8

##### *Durée de la convention*

La présente convention prend effet à compter du.....pour une durée de trois ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée trois mois avant l'échéance.