



EHESP

Elève-directeur d'hôpital

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **Décembre 2012**

Etude médico-économique d'une filière de soins sous l'angle d'un parcours de soins

**Le cas de la filière de soins gériatrique à travers
l'exemple du parcours de soins d'un patient âgé de 75
ans et plus suite à une fracture de l'extrémité
supérieure du fémur**

Marie BASCOUL

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels, qui ont alimenté ma réflexion au cours de mon travail de recherche, et notamment :

- le Professeur Remy Nizard, chef du service d'orthopédie et président de la CME locale de l'établissement, qui m'a accordé un entretien malgré son emploi du temps chargé,
- le Praticien hospitalier Antonio Teixeira, qui m'a conseillée et orientée pendant mes travaux de recherche et d'écriture du mémoire,
- le Professeur Marc Verny et le Praticien hospitalier Jacques Boddaert, respectivement chef du service de gériatrie et coordonnateur de l'Unité péri-opératoire de gériatrie à La Pitié Salpêtrière,
- le Docteur Namik Taright et Monsieur Edouard Maupu de la direction de la politique médicale au siège de l'AP-HP ainsi que Madame Christelle Duteil du département Santé publique et économie de la santé à Lariboisière, pour m'avoir fourni les données PMSI nécessaires à mon objet d'étude,
- l'équipe d'intervention en gériatrie de mon établissement de stage, pour nos nombreuses discussions,
- Madame Bérengère Deforge et Monsieur Luc Geoffroy, contrôleurs de gestion respectivement aux Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal et à la Pitié Salpêtrière,
- Messieurs Michel Nakhla et Michel Naiditch, respectivement professeur-chercheur au Centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines de Paris et chercheur associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

Je tiens également à remercier Monsieur Philippe Sudreau, Directeur des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal et l'ensemble de l'équipe de direction, dont ma maitre de stage, Madame Marinette Olivier-Thomas, qui m'ont accueillie dans cet établissement.

Sommaire

Introduction.....	4
I. L'organisation des soins pour la prise en charge d'une FESF est l'objet de réflexions et peut différer d'un établissement à l'autre avec des conséquences sur la fluidité du parcours-patient.....	8
1.1 Les différentes modalités d'organisation de la prise en charge d'une FESF et leurs spécificités sont décrites dans la littérature.....	8
1.2 Le parcours d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF à Lariboisière se conforme à l'organisation de l'hôpital par spécialité.....	10
1.3 Le parcours d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF à La Pitié Salpêtrière bénéficie d'une organisation « hyperspécialisée ».....	13
1.4 La comparaison quantitative des échantillons de Lariboisière et de La Pitié Salpêtrière en 2010 et 2011 permet d'étudier les points critiques de la prise en charge.	15
II. L'analyse détaillée du parcours patient suite à une FESF à Lariboisière révèle des marges d'amélioration possibles concernant les modalités de prise en charge d'une FESF pouvant permettre une plus grande fluidité.....	23
2.1 L'étude des transferts à partir des urgences montre une évolution ces dernières années.....	23
2.2 Le délai préopératoire est le reflet de l'accessibilité du bloc opératoire.....	26
2.3 L'anticipation des modalités de sortie des patients participerait à la fluidification du parcours de soins.....	30
2.4 Avant d'envisager les modalités de réorganisation éventuelle de cette prise en charge, il convient de prendre en compte les éléments de contexte dans lesquels s'inscrivent la filière gériatrique et les Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal.....	32

III. Les aspects financiers de ce parcours de soins peuvent amener à des propositions de réorganisation, qui doivent cependant tenir compte des limites de cette étude.....	37
3.1 L'étude de la mise en place d'une unité péri-opératoire de gériatrie impose d'en analyser les impacts financiers.	37
3.2 D'autres réorganisations des modalités de prise en charge de ces patients auraient des impacts financiers plus positifs.	42
3.3 Les propositions relatives à la prise en charge post-chirurgicale des patients âgés suite à une FESF s'appuient sur les différents éléments mis en avant dans cette étude et diffèrent en fonction de l'échéance considérée pour leur application.....	44
3.4 L'étude d'une filière de soins à partir d'un parcours de soins identifié et ses limites mettent en avant la nécessité de faire évoluer les outils de suivi et les modalités de financement.	48
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BMT - X : Bloc médico-technique du Xième sous-sol
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DT 75 : Délégation territoriale de Paris, de l'Agence régionale de Santé
EIG : Equipe interventionnelle gériatrique
EMG : Equipe mobile gériatrique
FESF : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (ou « vulgairement », fracture du col du fémur)
GCSMS : Groupement de coopération social et médico-social
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours
HAS : Haute autorité de santé
HAD : Hospitalisation à domicile
HCAAM : Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie
IFAQ : Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique, sigle utilisé pour les prises en charge de séjour pour pathologie aiguë
MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
Middlecare : Logiciel utilisé aux Hôpitaux universitaires Saint Louis, Lariboisière, Fernand Widal pour l'informatisation du dossier médical du patient
MIG : Mission d'intérêt général
OMS : Organisation mondiale de la santé
PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UMGA : Unité de médecine gériatrique aiguë
UPOG : Unité péri-opératoire gériatrique
USIC : Unité de soins intensifs et continus
USLD : Unité de soins longue durée
URQUAL : Logiciel pour le dossier patient aux urgences

Introduction

« Mme X tombe, se fracture le col du fémur et va être hospitalisée pendant 20 jours. Suite à l'opération, elle n'a pu rentrer chez elle, habitant seule, sans aide, au 6^e étage sans ascenseur dans le 19^e arrondissement. Il a fallu constituer un dossier pour qu'elle ait droit à l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA). Pendant ce temps-là, son état s'est dégradé, car elle était dénutrie de manière chronique et l'hospitalisation ne lui a pas été profitable. Le service de soins de suite gériatrique ne peut l'accepter que si son état est stabilisé. Elle sera donc prise en charge durant quelques jours dans l'unité de gériatrie aigüe avant sa sortie. »

La situation sociale d'un patient peut entraîner une prolongation du séjour, qui elle-même entraîne une aggravation du cas et une prise en charge prolongée dans un service de l'hôpital.

« Mme Y attend 8 jours après son passage aux urgences. Suite à l'intervention chirurgicale, elle contracte un œdème pulmonaire lors de son réveil et décède quelques heures plus tard. »

« Mr Z n'attendra que 2 jours avant d'être opéré mais cette durée aura déjà suffi pour altérer son état mental et laisser apparaître des troubles cognitifs. Son retour à domicile ne sera pas possible il faudra envisager une sortie dans une unité de soins longue durée. »

Sans préjuger, dans ces cas, de l'impact de la prolongation du séjour sur la morbidité, des études récentes¹, explicitées par la suite, ont mis en avant la corrélation entre l'attente avant une intervention chirurgicale suite à une hospitalisation en urgence de patients âgés et des suites postopératoires plus longues et plus difficiles, au cours desquelles peuvent émerger d'autres pathologies, ayant des conséquences sur les modalités de sortie des patients.

Les descriptions de parcours de personnes âgées suite à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont nombreuses. Cette pathologie traumatologique est fréquente aux urgences et grave chez le patient âgé, avec une incidence de 1,7/1000 dans la population générale qui s'élève à 8/1000 après 80 ans². Le vieillissement³ de la

¹ « Urgences chirurgicales chez le patient âgé », J. Cohen-Bittan, H. Lazareth, L. Zerch, A. Forest, J. Boddaert, Soins gériatriques n°87, janvier-février 2011 / «Outcomes in older patients after surgical treatment for hip fracture : a new approach to characterise the link between readmissions and the surgical stay», A. Teixeira, L. Trinquart, M. Raphaël, T. Bastianic, G. Chatellier, J. Holstein, Age and Ageing, n°38, pp.584-589, 2009 / « Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression », T. Shiga, Z. Wajima, Y. Ohe, Canadian Journal of Anesthesia, 2008.

² « Fracture du col du fémur et urgences gériatriques : prise en charge, organisation et indicateurs », J. Cohen-Bittan, A. Forest, J. Boddaert, Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation, n°30, pp. 41-43, 2011

³ La proportion des plus de 75 ans s'élève à 8,98% de la population française au 1^{er} janvier 2012 et atteindra 12,3% en 2030, d'après l'INSEE : Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2012, France, http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm

population ne va faire qu'amplifier cette incidence. On compte plus de 75 000 interventions par an en France pour FESF⁴, nombre qui devrait augmenter de 20% d'ici 2015⁵ et être multiplié par deux d'ici 2040⁶.

Les Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal, comptent en 2011 plus de 6000 séjours concernant des patients de 75 ans et plus, soit 13,6% des séjours réalisés dans l'établissement. Les séjours orthopédiques sont une des premières causes d'hospitalisation chez le patient âgé : 560 séjours sont dénombrés en 2011 dans cette spécialité.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés et conformément à la réglementation⁷, la filière gériatrique⁸ de l'établissement a été labellisée en 2010. D'après les termes de la circulaire de 2007, « la filière de soins gériatrique 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 des 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*. » Cette forme d'organisation doit également se conformer à la recherche de gains en efficacité de l'organisation des soins de l'établissement. Comme le mentionne le Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCCAM), il s'agit par cette « médecine de parcours » de répondre au « défi soignant et financier »⁹ des années à venir.

Une filière gériatrique pour être considérée telle quelle doit être composée d'une unité de court séjour gériatrique, d'une équipe mobile de gériatrie, d'une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), de soins de longue durée¹⁰. Ce qui est le cas de la filière du groupe hospitalier.

Elle apparaît ainsi comme étant l'organisation privilégiée pour la prise en charge de « l'acutisation » d'une pathologie chronique. Dans le cas d'une FESF, elle doit intervenir pour la prise en charge d'une pathologie aiguë, qui pourrait déclencher une pathologie

⁴ DREES, 2010

⁵ « Stratégie de prise en charge préopératoire visant à diminuer la morbidité et la mortalité de la fracture du col fémoral », F. Ferré, V. Minville, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, n°30, pp. 45-48, 2011

⁶ « Outcomes in older patients after surgical treatment for hip fracture : a new approach to characterise the link between readmissions and the surgical stay », A. Teixeira, L. Trinquart, M. Raphaëm, T. Bastianic, G. Chatellier, J. Holstein, Age and Ageing, n°38, pp.584-589, 2009

⁷ Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et Circulaire n°2007-117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques

⁸ Annexe 2 : Description de la filière gériatrique

⁹ Avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 mars 2012 : « L'avenir de l'assurance maladie : Les options du HCAAM. »

¹⁰ Circulaire n°2007-117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques

chronique ou altérer l'état mental et physique d'un patient âgé¹¹. Outre la prise en charge orthopédique, la FESF doit conduire à une prise en charge pluridisciplinaire, afin de garantir le rétablissement physique du patient ainsi que son autonomie dans les suites de l'hospitalisation.

Après la réforme instituant l'organisation en pôles d'activité qui vise à sortir d'une logique de service, il s'agit désormais de dépasser l'organisation par spécialité médicale ou chirurgicale afin de garantir la prise en charge la plus proche de l'intérêt du patient, dans une cohérence de filière ou de processus. Quelles modalités de coopération entre les professionnels de santé – ici l'urgentiste, le gériatre, l'orthopédiste et les structures extérieures à l'hôpital – permettent de répondre à cet enjeu ? Une telle organisation peut-elle s'avérer efficiente – tant en termes de qualité que de coût ?

Afin de répondre à cette question, il s'agit dans le développement de ce mémoire de réaliser une étude médico-économique des modalités de prise en charge d'une FESF. A cette fin, deux filières gériatriques seront comparées, la filière gériatrique des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal et celle de La Pitié Salpêtrière. Dans un premier temps, les filières gériatriques des deux établissements seront décrites (I) et analysées (II) sous l'angle de l'organisation des soins pour la prise en charge de ce parcours. Dans un second temps, les aspects financiers des organisations envisageables concernant cette prise en charge des patients âgés seront développés tout en discutant des limites de l'étude menée (III).

¹¹ « Urgences chirurgicales chez le patient âgé », J. Cohen-Bittan, H. Lazareth, L. Zerch, A. Forest, J. Boddaert, Soins gériatologiques n°87, janvier-février 2011

Méthodologie :

L'analyse a été réalisée à partir de l'étude de la base de données du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), fournie par le siège de l'AP-HP.

La requête comprend l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur codés S72.0, S72.1, S72.2 et S72.8 dans la classification internationale des maladies 10^{ème} édition (CIM 10) et/ou pour lesquels les actes CCAM suivants : NBCA005, NBCA010, NEKA011, NEKA020 ont été réalisés. Elle a été établie pour les Hôpitaux Universitaires de Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal et de La Pitié Salpêtrière en 2010 et en 2011.

Les données fournies pour l'établissement Lariboisière ont été recoupées et complétées avec les extractions fournies par le département Santé publique et économie de la santé du site ainsi qu'avec celles de la base de données des urgences (Urqual) et de la base de données des blocs opératoires (Ibloc).

Des entretiens ont été menés avec des professionnels de l'ensemble des services concernés¹² afin de décrire les organisations en place, de tester les hypothèses, d'interpréter les résultats et de partager les points de vue.

Enfin une étude de la littérature a été réalisée portant autant sur des thématiques organisationnelles hospitalières, sociologiques que sur les aspects médicaux de cette prise en charge.

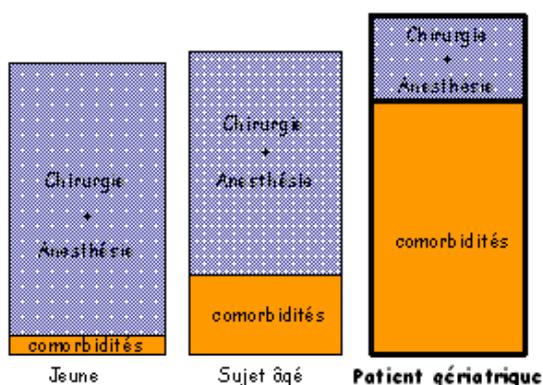
¹² Cf. Annexe 1.

I. L'organisation des soins pour la prise en charge d'une FESF est l'objet de réflexions et peut différer d'un établissement à l'autre avec des conséquences sur la fluidité du parcours-patient.

1.1 Les différentes modalités d'organisation de la prise en charge d'une FESF et leurs spécificités sont décrites dans la littérature.

Comme abordé dès l'introduction à travers les exemples de différents parcours-patients, la prise en charge d'une FESF peut s'avérer complexe chez un patient âgé, qui est un patient fragile et chez qui l'hospitalisation peut avoir des conséquences graves.

Illustration de l'importance des étapes de la prise en charge chirurgicale d'un patient en fonction de son âge¹³ :



Le patient âgé présente en moyenne plus de comorbidités qu'un patient jeune. On dénombre 3 à 5 pathologies¹⁴ en moyenne chez un patient de 75 ans et plus. Elles peuvent être :

- Les causes de la chute : pathologie potentiellement grave aiguë (ex. accident vasculaire cérébral) ou chronique (ex. rétrécissement aortique) ;
- Les conséquences de la chute : déshydratation, décompensation de comorbidités, conséquences de sevrage forcé de traitement chronique ;

¹³ Schéma issu de la présentation de l'unité péri-opératoire de La Pitié Salpêtrière du jeudi 24 mai au siège de l'AP-HP

¹⁴ « Urgences chirurgicales chez le patient âgé », J. Cohen-Bittan, H. Lazareth, L. Zerch, A. Forest, J. Boddaert, Soins gériatriques n°87, janvier-février 2011

- Ou liées à un état de démence (confusion post-traumatique, décompensation ou cause de la chute).

L'hospitalisation d'un sujet âgé peut également avoir des conséquences médico-sociales importantes qui auront un impact sur sa sortie d'hospitalisation : retour à domicile, soins de suite, transfert dans un autre service de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), unité de soins de longue durée. L'information aux partenaires extérieurs du déroulement de son hospitalisation et de ses suites est indispensable pour garantir une prise en charge continue du patient.

Les facteurs de risque d'une réadmission¹⁵ suite à une prise en charge pour une FESF sont multiples : type d'hôpital, sexe, cancer, démence, maladie rénale. 50% des réadmissions suite à une hospitalisation pour FESF seraient liées à ce séjour à l'hôpital, et parmi elles, 50% seraient dues aux conditions chirurgicales et 80% se produiraient dans les trois mois qui suivent l'intervention¹⁶.

Afin de minimiser ces risques, de nombreuses études vont dans le sens de la mise en place de soins gériatriques et orthopédiques coordonnés autour du patient et d'un diagnostic complet de l'état du patient avant l'intervention chirurgicale. Cette pratique repose sur « l'ortho-gériatrie », concept qui émerge dans années 1950 en Grande-Bretagne pour caractériser cette prise en charge.

Ce concept est fondé sur cinq principes¹⁷ :

- la plupart des patients bénéficient de la stabilisation chirurgicale de leur fracture,
- le délai chirurgical rapide diminue le temps à risque d'iatrogénie,
- le co-management avec communication diminue le risque iatrogène,
- l'utilisation de procédures standardisées diminue les complications et
- la sortie se prépare dès l'entrée.

Différentes organisations des soins peuvent en découler¹⁸ :

1. l'hospitalisation dans un service d'orthopédie avec des avis gériatriques ponctuels,
2. l'hospitalisation dans un service d'orthopédie avec des avis gériatriques quotidiens,

¹⁵ « Outcomes in older patients after surgical treatment for hip fracture: a new approach to characterise the link between readmissions and the surgical stay », A. Teixeira, L. Trinquart, M. Raphaël, T. Batianic, G. Chatellier, J. Holstein, *Age and Ageing* 2009 n°38, avril 2009

¹⁶ « Geriatric co-management of proximal femur fractures: total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population », S. M. Friedman, D. A. Mendelson, R. M. McCann, *Volume 56*, n°7, 2008.

¹⁷ « Fracture du col du fémur et urgences gériatriques : prise en charge, organisation et indicateurs, J. Cohen-Bittan, A. Forest, J. Bodaert, dans *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, pp.41-43, 2011.

¹⁸ Idem note 15

3. l'hospitalisation dans un service de gériatrie avec des avis orthopédiques
4. l'hospitalisation en orthopédie avec un gériatre intégré à l'équipe d'orthopédie.

Elles visent à « répondre » au mieux aux besoins des patients âgés.

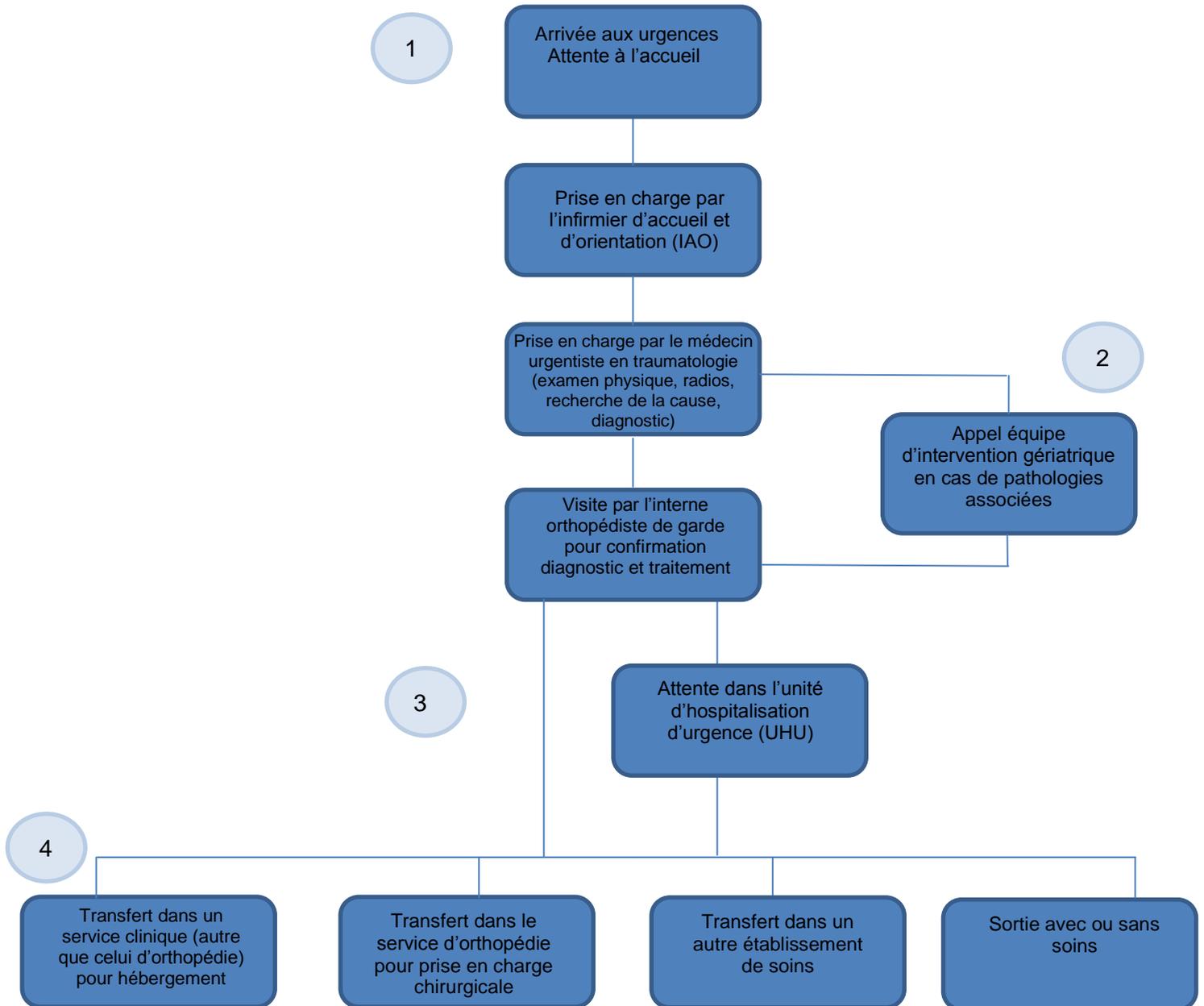
Selon les établissements, la prise en charge hospitalière tient plus ou moins compte de ces études. Elle reflète les modalités de coopération entre les professionnels de santé impliqués, car l'ortho-gériatrie incite à un changement des mentalités afin d'organiser les soins dans l'intérêt du patient et non pas du point de vue autocentré d'un service ou d'un pôle. La prise en charge d'une FESF à Lariboisière correspondrait à l'organisation 1 précédemment décrite et celle de La Pitié Salpêtrière à l'organisation 3. Un troisième modèle serait mis en œuvre à Bicêtre qui correspondrait plutôt à l'organisation 4. Ce mémoire portera principalement sur la comparaison des organisations des sites de Lariboisière et de La Pitié Salpêtrière, l'échantillon de FESF chez les patients de 75 ans ou plus à Bicêtre étant trop faible pour être pouvoir être comparé.

1.2 Le parcours d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF à Lariboisière se conforme à l'organisation de l'hôpital par spécialité.

Le patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF arrivant aux urgences de Lariboisière suit le parcours suivant. Il est pris en charge aux urgences par l'infirmier d'accueil et d'orientation, puis par le médecin urgentiste se trouvant au poste de traumatologie, qui effectue l'examen physique, recherche la cause et demande des clichés radiographiques pour établir le diagnostic. L'interne de garde d'orthopédie est alors appelé pour confirmer le diagnostic et prescrire le traitement. L'opération chirurgicale est préconisée dans la majorité des cas. Le logigramme¹⁹ ci-dessous modélise cette prise en charge.

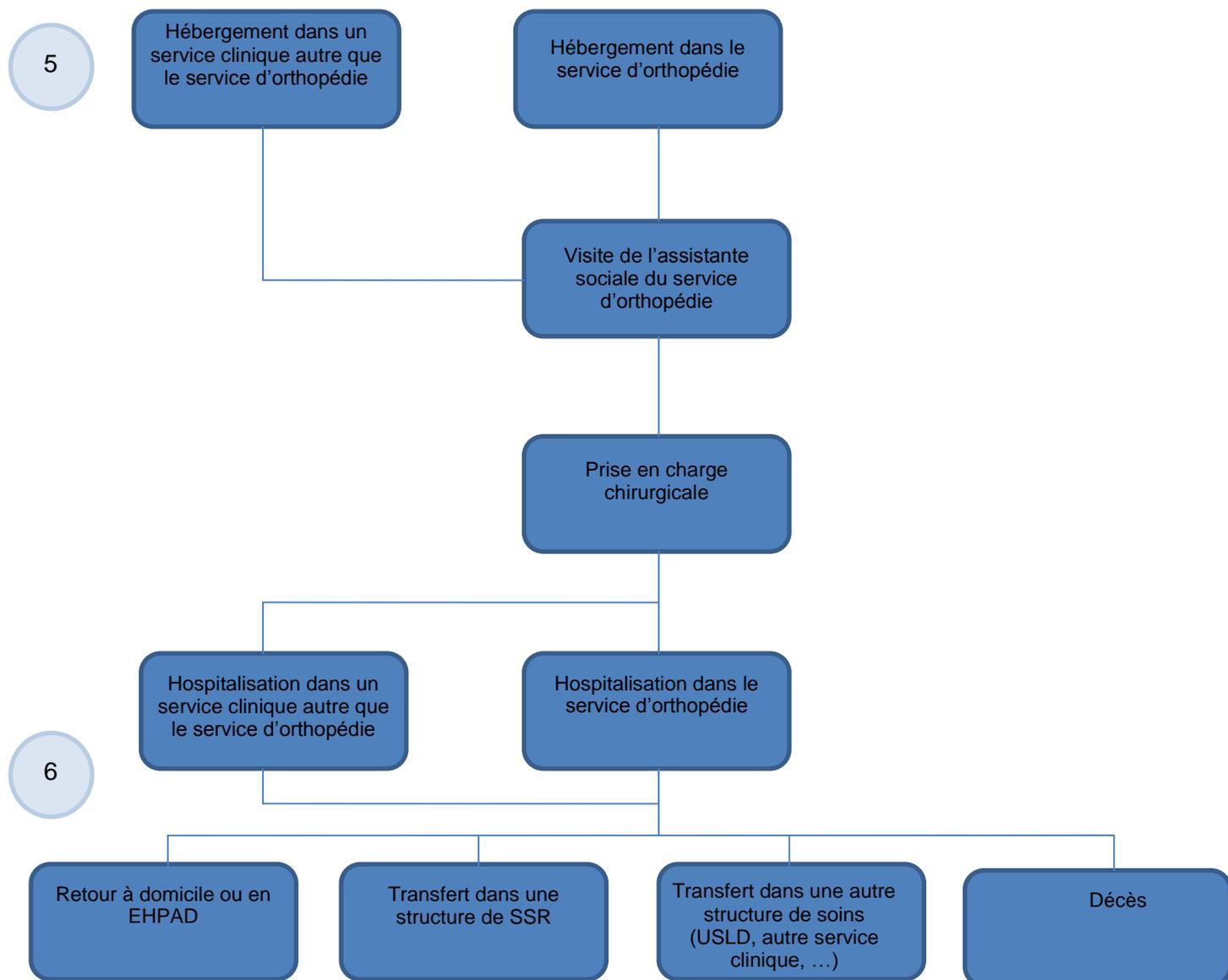
¹⁹ Logigramme effectué après recueil de la description du parcours patient par les différents professionnels concernés et selon des modalités indiquées par l'ingénieur en organisation du service PMSI des Hôpitaux Universitaires Saint Louis, Lariboisière, Fernand-Widal (cf. Annexe 1)

Aux urgences :



Dès son hospitalisation, dans le cas d'un sujet âgé de 75 ans et plus, l'assistante sociale du service d'orthopédie se rend auprès du malade afin de constituer un dossier et d'envisager les possibilités de sortie du patient. Le patient avant l'intervention chirurgicale peut attendre dans le service d'orthopédie, dans un autre service ou dans l'unité d'hospitalisation d'urgence.

Dans les services d'hospitalisation :



Les modalités de sortie de l'hôpital sont diverses, en fonction du délai de récupération du patient, qui peut poursuivre la rééducation en SSR, rentrer à domicile, avoir besoin de soins gériatriques spécifiques (SSR gériatrique, aide à domicile, etc...).

7

A toutes les étapes de la prise en charge, le personnel du service d'hospitalisation concerné, les proches, ou toute tierce personne, peut solliciter l'équipe mobile d'intervention gériatrique (EIG) par fax ou par téléphone. Le rôle de l'EIG est de conseiller sur les modalités de prise en charge dans les situations complexes, de prévenir de la dégradation de l'état de santé d'un patient âgé hospitalisé, de porter un diagnostic mais également de sensibiliser et former le personnel des différents services aux pathologies et diagnostics spécifiques à la personne âgée.

Dans le parcours de soins précédemment décrit, la filière gériatrique intervient par l'intermédiaire de l'EIG (cf. points 2 et 7 du logigramme) et en aval de l'hospitalisation avec les structures de SSR. La réflexion concernant la mise en place de la filière gériatrique au plus proche du parcours du patient n'a pas, jusqu'à présent, été à l'encontre de l'organisation de l'hôpital par spécialité.

1.3 Le parcours d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF à La Pitié Salpêtrière bénéficie d'une organisation « hyperspécialisée ».

La labellisation de la filière de soins gériatrique à La Pitié Salpêtrière a eu lieu courant 2010 comme celle de Lariboisière. Elle comprend une unité de soins spécifique supplémentaire, qui est une unité péri-opératoire de gériatrie (UPOG), prenant en charge les patients âgés suite à une intervention chirurgicale. Aujourd'hui, cette unité compte 10 lits et prend en charge les patients ayant subi une opération chirurgicale orthopédique (pour 70-80% des cas) ou viscérale.

Les arguments qui ont prévalu lors de la mise en place de cette unité ont été :

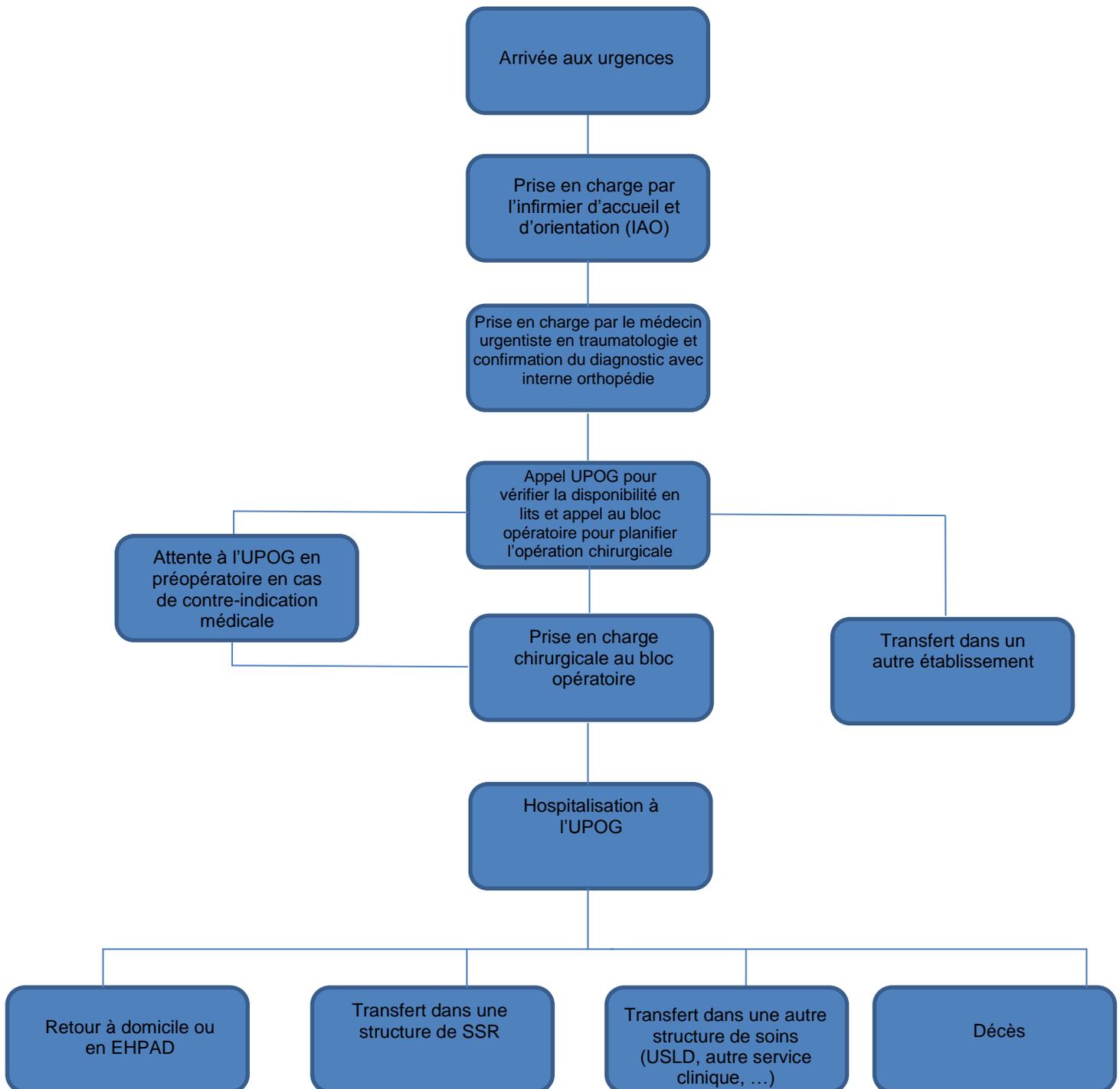
- l'absence de prise en charge médicale des patients âgés lors d'une intervention chirurgicale, qui pouvait être réalisée dans le passé par les anesthésistes-réanimateurs, qui se recentrent désormais sur leur cœur de métier ;
- un environnement, lors de l'hospitalisation dans un service d'orthopédie, peu adapté au patient âgé ;
- la problématique des solutions d'aval pouvant être difficiles à trouver ;
- et enfin la problématique des transferts qui ont pu atteindre jusqu'à 80% des patients accueillis aux urgences de La Pitié Salpêtrière pour une FESF.

Une concertation avec l'ensemble des professionnels concernés, à savoir ceux des services des urgences, d'anesthésie-réanimation, d'orthopédie et de gériatrie a permis la formalisation d'une nouvelle organisation de la prise en charge centrée sur la personne âgée.

Le parcours de soins suite à une FESF ainsi défini découle d'une plus grande spécialisation de la filière gériatrique portant sur la prise en charge postopératoire. Dès qu'une FESF est diagnostiquée chez un patient âgé aux urgences, un appel est passé à l'UPOG pour vérifier la disponibilité d'une place d'hospitalisation et le patient est orienté au plus vite au bloc opératoire. Même si la FESF ne constitue pas une urgence vitale, elle est intercalée entre les interventions programmées d'orthopédie afin d'éviter les complications postopératoires pouvant être dues à une hospitalisation et à un délai préopératoire trop longs. L'intervention chirurgicale peut être retardée lorsqu'il y a des

contre-indications médicales²⁰, le patient sera alors stabilisé en préopératoire à l'UPOG. Cela ne représenterait que 5% des cas, d'après le clinicien en charge de cette unité.

Ce parcours à La Pitié Salpêtrière peut être représenté par le logigramme suivant²¹.



²⁰ Pour exemples : prise de traitements anticoagulants, malaises ou pathologies (ex. AVC) ayant provoqué la chute, etc.

²¹ Logigramme réalisé à partir des entretiens menés avec le chef de service de gériatrie, le coordonnateur de l'UPOG et des cadres de santé du service de gériatrie de La Pitié Salpêtrière (cf. Annexe 1)

1.4 La comparaison quantitative des échantillons de Lariboisière et de La Pitié Salpêtrière en 2010 et 2011 permet d'étudier les points critiques de la prise en charge.

Présentation des résultats obtenus :

Les résultats présentés dans cette partie concernent les patients de 75 ans et plus pris en charge et sont issus des bases de données décrites dans l'introduction.

- *Vue d'ensemble :*

Les cas de FESF chez des patients de 75 ans et plus se répartissent de la façon suivante :

Etablissement	2010	2011
Lariboisière	114	116
La Pitié Salpêtrière	52	65

Le taux de mortalité est autour de 5-6% à La Pitié Salpêtrière en 2010 et 2011, contre 8,4% et 4,2% à Lariboisière respectivement en 2010 et 2011.

- *Profil des patients des échantillons étudiés :*

Les tableaux ci-dessous présentent le pourcentage de cas par niveau de sévérité des GHM codés par établissement.

En 2010 :

Lariboisière 2010	Pourcentage de cas par niveau de sévérité
Sévérité 1	11%
Sévérité 2	61%
Sévérité 3	22%
Sévérité 4	6%

La Pitié Salpêtrière 2010	Pourcentage de cas par niveau de sévérité
Sévérité 1	8%
Sévérité 2	13%
Sévérité 3	56%
Sévérité 4	23%

En 2011 :

Lariboisière 2011	Pourcentage de cas par niveau de sévérité
Sévérité 1	16%
Sévérité 2	39%
Sévérité 3	37%
Sévérité 4	8%

La Pitié Salpêtrière 2011	Pourcentage de cas par niveau de sévérité
Sévérité 1	6%
Sévérité 2	11%
Sévérité 3	66%
Sévérité 4	17%

Les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour moyens par établissement en euros sont les suivants (avec coefficient géographique 7%) :

Etablissement	2010	2011
Lariboisière	8040 ($\sigma = 2285$)	8485 ($\sigma = 2504$)
La Pitié Salpêtrière	10362 ($\sigma = 3545$)	10409 ($\sigma = 3670$)

Le nombre de diagnostics associés (DA) moyen par patient âgé de 75 ans et plus par établissement est le suivant :

Etablissement	2010	2011
Lariboisière	7 ($\sigma = 5$)	9 ($\sigma = 7$)
La Pitié Salpêtrière	10 ($\sigma = 7$)	10 ($\sigma = 5$)

- *Fluidité du parcours-patient :*

La durée moyenne de séjour (DMS) est présentée en jours dans le tableau ci-dessous :

Etablissement	2010	2011
Lariboisière	13,5 ($\sigma = 7$)	13 ($\sigma = 12$)
La Pitié Salpêtrière	16,4 ($\sigma = 14$)	11,4 ($\sigma = 6$)

Le délai avant intervention chirurgicale est présenté également en jours dans le tableau ci-dessous :

Etablissement	2010	2011
Lariboisière	2 ($\sigma = 1,7$)	2,3 ($\sigma = 3$)
La Pitié Salpêtrière	2,2 ($\sigma = 5,8$)	1,5 ($\sigma = 3,3$)

Le nombre de passages dans un service de réanimation ou d'unité de soins intensifs et continus (USIC) est le suivant.

En 2010 :

Etablissement	Nombre passageUSIC post-opératoire	Nombre passage Réanimation post-opératoire
Lariboisière	0	0
La Pitié Salpêtrière	0	5

En 2011 :

Etablissement	Nombre passageUSIC post-opératoire	Nombre passage Réanimation post-opératoire
Lariboisière	1	0
La Pitié Salpêtrière	1	1

- Le pourcentage de patients en fonction de *la modalité de sortie* est le suivant :

2010	Lariboisière	La Pitié Salpêtrière
Domicile	10%	0
Transfert MCO	8%	7%
Transfert SSR	70%	84%
Transfert USLD	2%	0
Hébergement médico-social	0	2%
Décès	10%	7%

2011	Lariboisière	La Pitié Salpêtrière
Domicile	20%	0
Transfert MCO	2%	0
Transfert SSR	71%	90%
Transfert USLD	3%	0
Hébergement médico-social	0	2%
Décès	4%	8%

Il est à noter que, 1 et 9 enregistrements en 2010 et 0 et 12 enregistrements en 2011, respectivement à Lariboisière et à La Pitié Salpêtrière, ne font pas état des modalités de sortie du patient, c'est pourquoi les pourcentages indiqués ci-dessus peuvent différer de données mentionnées précédemment.

Cet item n'a pas été facile à renseigner, le dossier du patient qui alimente le PMSI étant souvent incomplet ou entré par défaut. Les dossiers de Lariboisière ont été l'objet d'une vérification manuelle, ce qui garantit les proportions trouvées et ce qui n'a pu être le cas pour ceux de La Pitié Salpêtrière. D'après l'entretien mené avec Jacques Boddaert, le coordonnateur de l'UPOG à la Pitié Salpêtrière, plus de 80% des patients ont été orientés en 2011 dans des structures de SSR et moins de 10% sont rentrés à domicile. Ce qui confirme les ordres de grandeur des données indiquées pour La Pitié Salpêtrière.

Eléments d'analyse et d'interprétation :

- Remarque préliminaire :*

En 2011, l'EIG²² de Lariboisière a participé à une étude prospective observationnelle, menée par le Collectif des Equipes Mobiles de Gériatrie Franciliennes (CEMGF), concernant les passages de patients âgés de 75 ans et plus suite à une FESF. Partant du constat d'une faible implantation des EMG dans les services d'orthopédie, il s'agissait d'évaluer l'impact possible de leurs interventions. Il a ainsi été demandé au service

²² Ont participé à cette étude les EMG des cinq établissements suivants : Bicêtre, Bichat, Cochin, Lariboisière et Saint Antoine.

d'orthopédie, sur une période de trois mois, de systématiquement appeler l'EIG lors de l'hospitalisation d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF.

La Pitié-Salpêtrière n'a pas participé à cette étude, probablement du fait de son organisation particulière. Cela peut expliquer en partie la hausse du nombre d'interventions de l'EIG dans le service d'orthopédie pour une FESF chez un patient âgé, qui est passé de 53 en 2010 à 94 en 2011. Cette étude peut également avoir eu un impact positif sur certains indicateurs, comme : le nombre de DA codés, le nombre de GHM de niveau de sévérité 3-4 codés ou le montant des GHS.

- *Vue d'ensemble :*

Le nombre de cas pris en charge à Lariboisière sur ce type de pathologie et ce profil de patient est près du double de celui de La Pitié Salpêtrière. Les taux de mortalité sont proches de ce qui est présenté dans les différentes études²³, voire inférieurs, et ne témoignent pas d'une différence fondamentale de prise en charge. L'amélioration du taux à Lariboisière pourrait être due aux interventions plus fréquentes de l'EIG en 2011²⁴ mais cela reste difficile à démontrer.

- *Profil des patients des échantillons étudiés :*

En 2011, si le nombre de DA codés est identique dans les deux établissements, le niveau de sévérité des Groupes Homogènes de Malades (GHM) codés et les tarifs associés (GHS) sont plus élevés à La Pitié Salpêtrière qu'à Lariboisière. On constate en effet qu'à La Pitié Salpêtrière 80% des cas voire plus sont codés avec un niveau de sévérité 3 ou 4, contre moins de 45% à Lariboisière, où plus de la moitié des cas sont donc codés dans un GHM de niveau de sévérité 1 ou 2.

Deux explications peuvent ici être mises en avant :

- Soit cela provient d'une déficience de codage de la part des professionnels de Lariboisière,
- Soit La Pitié Salpêtrière reçoit des patients plus lourds qu'à Lariboisière.

La première hypothèse corrobore ce qui est ressorti de l'étude de l'EIG²⁵, selon laquelle la détection de DA et le codage qui en découle chez le patient âgé sont moins exhaustifs en

²³ « Outcomes in older patients after surgical treatment for hip fracture: a new approach to characterise the link between readmissions and the surgical stay », Antonio Teixeira, Ludovic Trinquart, Mathilde Raphaël, Tanja Batianic, Gilles Chatellier, Josiane Holstein, Age and Ageing 2009, n°38, pp. 584-589, avril 2009

²⁴ Cf. Remarque préliminaire I.1.4

²⁵ Cf. Remarque préliminaire I.1.4

l'absence de l'intervention d'un professionnel de santé spécialisé en gériatrie (gériatre ou EIG), par méconnaissance des comorbidités liées à l'âge. Cela induit que l'ensemble des comorbidités n'est pas identifié lors de la prise en charge à Lariboisière, ce qui a des répercussions en termes de GHS moyen reçu par l'établissement, qui pourrait être augmenté ainsi que de qualité de la prise en charge si l'ensemble des comorbidités étaient diagnostiqué. L'impact sur la qualité de la prise en charge plus difficile à mettre en évidence devrait cependant être étayé par une étude du devenir du patient suite à son hospitalisation (comprenant : la nature des complications postopératoires et le taux de réadmission à 3 mois et 1 an par exemple).

En ce qui concerne la seconde hypothèse, elle expliquerait en partie la différence de niveau moyen de GHM codés mais non totalement²⁶. Au vu de la méthodologie de l'étude menée et du système d'information, il n'est en effet pas possible de garantir la similitude des niveaux de sévérité des patients de Lariboisière et de La Pitié Salpêtrière à leur arrivée aux urgences de ces établissements. Il est certes peu probable qu'ils soient radicalement différents, étant donné des bassins de recrutement relativement proches. Cependant les modalités d'admission à l'UPOG de La Pitié Salpêtrière relève du coordonnateur de l'unité, qui favorise l'admission des patients les plus comorbides²⁷. Les transferts à partir des urgences de La Pitié²⁸ pourraient alors concerner les patients les moins comorbides, alors que ceux réalisés à partir des urgences de Lariboisière toucheraient des profils de patients avec plus de diagnostics associés.

- *Fluidité du parcours-patient :*

En 2011, la DMS de Lariboisière (13 jours) est supérieure de près de deux jours à celle de La Pitié Salpêtrière (11,4 jours) en ce qui concerne le séjour étudié. Sans être alarmante et même si stable, la DMS à Lariboisière est d'ailleurs légèrement supérieure à la DMS nationale qui s'élève à 12,1 jours²⁹. L'écart-type de cette variable croit également pour le site de Lariboisière, signifiant une augmentation de la variabilité de la DMS. Cela pourrait alerter sur un parcours-patient relativement aléatoire - bref ou anormalement long. Une vigilance accrue de cette variable est nécessaire pour éviter des dérapages ou une rupture dans l'égalité d'accès à des soins de qualité.

²⁶ Les taux de transfert étant de l'ordre de 20% pour les deux établissements (cf. II.A), ne suffisent pas à expliquer une différence de près de 2000 euros entre les niveaux moyens de GHS reçus.

²⁷ D'après l'entretien mené avec les cadres de santé de l'UPOG

²⁸ D'après l'entretien mené avec Jacques Boddaert, coordonnateur de l'unité UPOG, le taux de transfert des urgences concernant les FESF est de l'ordre de 10%-15%.

²⁹ DMS nationale = 12,1 jours dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) d'après « Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009 », Etudes et résultats DREES, n°774, 2011.

En effet, plus la DMS est longue, plus des risques de complications peuvent apparaître, comme par exemple : l'altération de l'état de santé général du patient (ex. escarres, dénutrition), la confusion ou encore la désocialisation. Si la durée de séjour n'est pas médicalement justifiée, il convient de la minimiser.

Afin de l'étudier plus précisément, peuvent être distingués les délais pré- et postopératoires.

Concernant le délai avant intervention chirurgicale, il est également plus élevé à Lariboisière (2,3 jours) qu'à La Pitié Salpêtrière (1,5 jours) en 2011. Il doit constituer un point d'attention particulier, car certaines valeurs extrêmes se situent au-delà de 8-10 jours. Alors qu'il a légèrement augmenté à Lariboisière, le délai de La Pitié Salpêtrière a significativement diminué entre 2010 et 2011, pour se situer bien en dessous des deux jours sur lesquels les études s'accordent. En effet, d'après la littérature sur le sujet, un délai opératoire de plus de 48h après l'admission pourrait augmenter la mortalité à 30 jours de 41% et à un an de 32%³⁰. Notons de plus qu'une FESF est avant tout douloureuse et que l'attente de l'intervention chirurgicale nuit à la qualité de vie du patient. La diminution du délai préopératoire a été permise à La Pitié Salpêtrière par une formalisation de la prise en charge entre les services des urgences, d'orthopédie, de gériatrie et les anesthésistes, pour faciliter l'accès au bloc dans les meilleurs délais, même si la FESF ne constituait pas une urgence vitale. Plus que la mise en place de l'UPOG, c'est la coopération entre les différents professionnels et sa standardisation qui ont permis une amélioration de la prise en charge. Si ce délai diminuait de près d'un jour à Lariboisière, la différence de DMS totale s'amoinerait. La recherche de fluidification du parcours-patient devrait ensuite concerner les modalités de sorties et les partenariats avec les structures d'aval des deux établissements.

La valeur de l'écart-type de cette variable est semblable dans les deux établissements, cependant en hausse à Lariboisière et en baisse à La Pitié Salpêtrière. La variabilité de la DMS et du délai préopératoire plus élevée à Lariboisière qu'à La Pitié Salpêtrière semble témoigner du caractère plus aléatoire de cette prise en charge sur le site de Lariboisière. La problématique de l'accès au bloc et le niveau d'activité programmée en orthopédie élevé pourraient expliquer le retard dans la prise en charge de ces patients. Ces données seront approfondies dans partie II.2.2 de ce mémoire.

Concernant le délai postopératoire, il convient de s'intéresser *aux suites chirurgicales de ce type de prise en charge : complications postopératoires et modalités de sortie du patient.*

³⁰ « Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression », T. Shiga, Z. Wajima, Y. Ohe, Canadian Journal of Anesthesia, 2008.

Lors d'une intervention chirurgicale pour une FESF, le passage dans un service de réanimation ou une USIC est peu fréquent. Cette faible survenue de complications après intervention chirurgicale n'explique pas le délai postopératoire.

Le choix de la modalité de sortie, elle, peut avoir un impact sur la durée du séjour par la recherche de place d'aval, la demande d'aide ou l'aménagement du domicile par exemple. A Lariboisière, 60% à plus de 70% des patients âgés de 75 ans et plus en 2010 et 2011, sont transférés dans un service de soins de suite et de réadaptation. A La Pitié Salpêtrière, ce taux atteint plus de 80%, depuis que les liens avec la structure SSR de Charles Foix, qui accueille une grande partie des patients hospitalisés à l'UPOG, ont été renforcés. Le site de Lariboisière ne dispose pas de telles capacités d'accueil dans des structures d'aval à l'hospitalisation, c'est pourquoi la filière gériatrique du groupe hospitalier travaille avec des structures extérieures au groupe hospitalier afin de fluidifier les parcours. Les différences de modalité de sortie peuvent expliquer un délai légèrement plus long à Lariboisière. Cependant, l'efficacité en apparence meilleure du site de La Pitié Salpêtrière en termes de DMS ne garantit rien sur le plan qualitatif. L'autonomie du patient n'est pas assurée par un passage presque systématique en SSR³¹ comme c'est le cas à La Pitié Salpêtrière, alors que près de 20% des patients hospitalisés à Lariboisière retournent à domicile. Il faudrait avoir une mesure de la DMS totale (passage en MCO et SSR compris) avant le retour à domicile pour comparer au mieux les parcours.

³¹ Aucune sortie à domicile n'est renseignée à La Pitié Salpêtrière mais cela peut être dû un système d'information lacunaire.

Récapitulatif des points critiques identifiés

- Le nombre de cas de FESF traités à Lariboisière est le double de celui de La Pitié Salpêtrière.
- Les cas traités à La Pitié Salpêtrière semblent plus « lourds » (niveau de sévérité des GHM et tarifs GHS plus élevés en moyenne), ce qui serait dû à une possible déficience de codage à Lariboisière et à un éventuel biais de sélection des patients admis dans les deux structures.
- La durée moyenne du séjour est paradoxalement plus courte à La Pitié Salpêtrière (11,4 jrs contre 13 jrs à Lariboisière).
- Le délai plus court avant l'opération chirurgicale (1,51 jrs contre 2,34 jrs à Lariboisière) l'explique en grande partie. Il faut noter qu'un délai d'intervention chirurgicale supérieur à 48h est préoccupant pour les suites opératoires du sujet âgé (cf. I. 1.1). Le délai du site de Lariboisière doit être l'objet d'une attention particulière, d'autant que les valeurs extrêmes peuvent être élevées.
- Le délai postopératoire plus faible à La Pitié Salpêtrière est a priori le reflet du partenariat privilégié dont le site dispose avec la structure de SSR Charles Foix. Le fort pourcentage de transferts en SSR suite à une prise en charge MCO ne garantit cependant pas la qualité du parcours-patient. En comparaison avec la prise en charge sur Lariboisière, peu de retour à domicile sont réalisés à La Pitié Salpêtrière, ce qui ne garantit pas l'autonomie du patient âgé par la suite.
- La variabilité de la DMS et du délai préopératoire sur Lariboisière nécessite une étude plus approfondie pour en expliquer les raisons et voir dans quelle mesure une plus grande maîtrise de ce parcours-patient peut être assurée.

II. L'analyse détaillée du parcours patient suite à une FESF à Lariboisière révèle des marges d'amélioration possibles concernant les modalités de prise en charge d'une FESF pouvant permettre une plus grande fluidité.

La description du parcours-patient suite à une FESF à Lariboisière, décrit par le logigramme de la première partie (1.1.2), peut être approfondie par l'étude de l'ensemble des cas hospitalisés à Lariboisière pour une FESF, tous âges confondus, ainsi que des données des systèmes informatiques des urgences et des blocs opératoires de Lariboisière³². Trois points critiques en découlent et vont être ici analysés : les transferts des urgences, le délai avant intervention chirurgicale et le choix des modalités de sortie des patients.

2.1 L'étude des transferts à partir des urgences montre une évolution ces dernières années.

L'étude du point 1 du logigramme nous amène à préciser le nombre d'arrivées aux urgences de Lariboisière pour FESF³³ par les tableaux ci-dessous.

Lariboisière		2009	2010	2011
Nombre de passages au Service d'Accueil des urgences (SAU)	Population générale	61696	61931	64405
	Population < 75 ans	55868	56054	58719
	Population ≥ 75 ans	5828	5777	5686

Lariboisière		2009	2010	2011
Nombre de FESF diagnostiquées au SAU	Population générale	163	211	216
	Population < 75 ans	48	55	57
	Population ≥ 75 ans	115	156	159

La proportion de patients passant aux urgences, chez qui une FESF est diagnostiquée, est présentée dans le tableau suivant :

Lariboisière	2009	2010	2011
Population générale	0,26%	0,34%	0,34%
Population < 75 ans	0,09%	0,10%	0,10%
Population ≥ 75 ans	1,97%	2,70%	2,80%

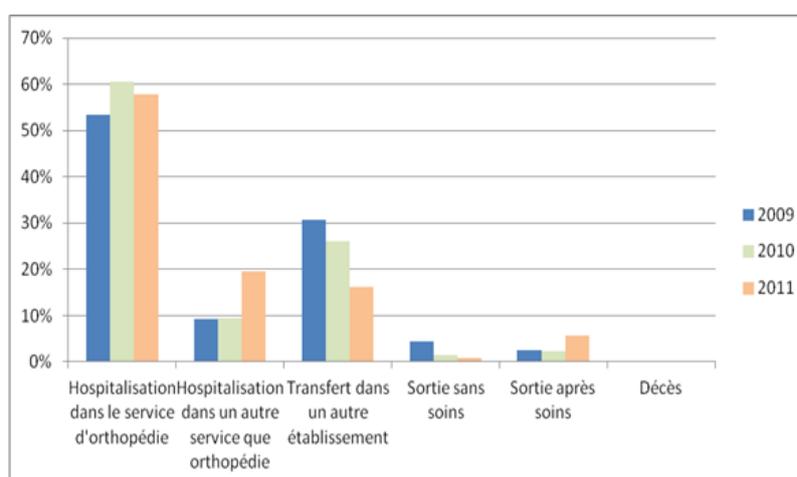
³² Il n'a pas été possible dans le cadre de ce mémoire de se procurer le même détail des données des urgences de La Pitié Salpêtrière, n'étant pas disponibles auprès du service PMSI du siège. C'est pourquoi cette seconde partie s'attachera uniquement à décrire le parcours-patient à Lariboisière.

³³ Tableaux constitués à partir de la base de données d'Urqual, logiciel d'admission aux urgences de Lariboisière.

Le nombre de patients hospitalisés pour une FESF est cependant moins important. L'étude des flux de patients au point 4 du logigramme, qui est présentée dans le tableau et les graphiques ci-dessous³⁴, l'explique en partie du fait du nombre de transferts réalisés.

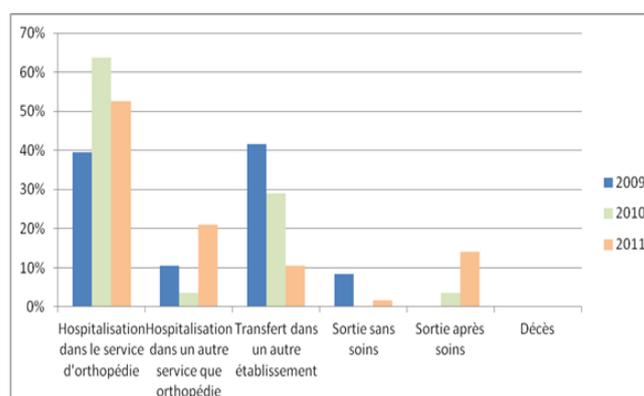
		Nombre de patients			Proportion en fonction du nombre de patients hospitalisés pour une FESF		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
Modalités de sortie des patients chez qui une FESF est diagnostiquée	Hospitalisation dans le service d'orthopédie	87	128	125	53%	61%	58%
	Hospitalisation dans un autre service que orthopédie	15	20	42	9%	9%	19%
	Transfert dans un autre établissement	50	55	35	31%	26%	16%
	Sortie sans soins	7	3	2	4%	1%	1%
	Sortie après soins	4	5	12	2%	2%	6%
	Décès	0	0	0	0%	0%	0%
Modalités de sortie des patients de moins de 75 ans chez qui une FESF est diagnostiquée	Hospitalisation dans le service d'orthopédie	19	35	30	40%	64%	53%
	Hospitalisation dans un autre service que orthopédie	5	2	12	10%	4%	21%
	Transfert dans un autre établissement	20	16	6	42%	29%	11%
	Sortie sans soins	4	0	1	8%	0%	2%
	Sortie après soins	0	2	8	0%	4%	14%
	Décès	0	0	0	0%	0%	0%
Modalités de sortie des patients de 75 ans et plus chez qui une FESF est diagnostiquée	Hospitalisation dans le service d'orthopédie	68	93	95	59%	60%	60%
	Hospitalisation dans un autre service que orthopédie	10	18	30	9%	12%	19%
	Transfert dans un autre établissement	30	39	29	26%	25%	18%
	Sortie sans soins	3	3	1	3%	2%	1%
	Sortie après soins	4	3	4	3%	2%	3%
	Décès	0	0	0	0%	0%	0%

Modalités de sortie du service des urgences suite à une FESF (tous âges confondus) :

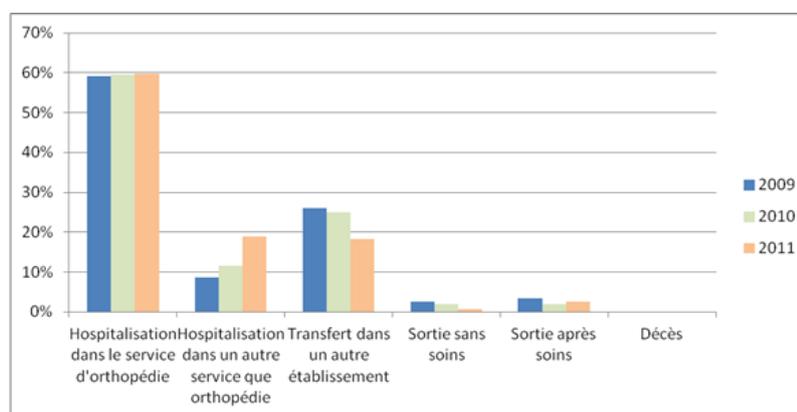


³⁴ Tableau constitué à partir de la base de données d'Urqual, logiciel d'admission aux urgences de Lariboisière.

Modalités de sortie du service des urgences suite à une FESF (patients de moins de 75 ans) :



Modalités de sortie du service des urgences suite à une FESF (patients de 75 ans et plus) :



Majoritairement, les patients chez qui une FESF est diagnostiquée, sont hospitalisés dans le service d'orthopédie, même si, en 2010, près de 10% d'entre eux sont hospitalisés dans un autre service clinique de l'établissement. Cette proportion s'élève à près de 20% en 2011. Cela touche indifféremment les patients de moins ou de plus de 75 ans et apparait comme étant une conséquence de l'augmentation d'activité du service d'orthopédie³⁵, dont les capacités d'hospitalisation ne permettent pas d'accueillir l'ensemble des hospitalisations non programmées. L'hospitalisation dans un autre service que celui d'orthopédie ne présume en rien de la qualité de la prise en charge³⁶, au contraire, et pourrait servir d'argument à l'instauration du « bed management » au sein du groupe.

³⁵ Ce service a connu une augmentation de près de 25% de son activité depuis 2008, d'après le bilan financier 2011 de l'établissement.

³⁶ L'assistante sociale du service d'orthopédie se rend auprès du patient dès qu'elle a connaissance de l'arrivée d'un nouveau patient concernant le service et la prise en charge d'une fracture du col ne nécessite par une hospitalisation obligatoire au sein d'un service d'orthopédie (cf. description de la prise en charge à La Pitié Salpêtrière)

Plus préoccupante, pour l'établissement et pour la qualité de la prise en charge, est la proportion de patients transférés dans un autre établissement pour une prise en charge qui pourrait être réalisée sur place. Bien que ces transferts aient diminué entre 2010 et 2011 – parallèlement à l'augmentation de la proportion de patients hospitalisés dans un autre service que celui d'orthopédie, ils restent de l'ordre de 16,2% et de près de 19% pour les patients de 75 ans et plus. Le nombre de transferts pourrait s'expliquer par un manque de lit ou une saturation de l'activité du bloc opératoire.

On constate également une diminution moins importante des transferts concernant les patients de plus de 75 ans qui pourrait être liée aux difficultés rencontrées pour assurer une prise en charge adaptée pour des sujets âgés et à un effet pervers de la recherche de minimisation de la durée moyenne de séjour.

Cette étude de l'évolution des transferts montre que le service d'orthopédie prend en charge ses opérations programmées et les urgences vitales et fait passer les urgences non vitales dans un second temps. Les patients, dans ce second cas, peuvent être, en fonction des disponibilités au bloc ou dans le service d'orthopédie, soit transférés dans un autre établissement, soit hébergés dans un autre service, et éventuellement attendre plus longtemps avant l'intervention chirurgicale, au risque d'une prise en charge de moins bonne qualité. Cela rejoint le constat concernant la variabilité de la DMS et du délai avant intervention chirurgicale. L'augmentation de l'activité du service d'orthopédie aurait pu, cela étant, aggraver le nombre de transferts de FESF. A l'inverse, en l'espace de trois ans, le nombre de transferts des urgences suite à la pose d'un diagnostic de FESF a diminué de près de moitié, ce qui témoigne des efforts menés pour prendre en charge au mieux les patients arrivant aux urgences de Lariboisière. Cette évolution positive dans l'accessibilité aux soins doit être soulignée même si des marges d'amélioration concernant l'égale qualité des soins subsistent.

2.2 Le délai préopératoire est le reflet de l'accessibilité du bloc opératoire.

Le délai d'attente avant intervention chirurgicale³⁷, souligné partie I.1.4 comme devant être un point d'attention particulier, semble être dû à une saturation du bloc opératoire d'orthopédie étant donnée la progression de l'activité programmée, liée à l'attractivité de ce service.

³⁷ De plus de 48h, d'après l'étude de la fluidité du parcours-patient, partie I.1.4

Cela correspondrait au point 5 du logigramme puisque comme l'indique le tableau ci-dessous ce n'est pas aux urgences que le patient attend principalement avant son intervention chirurgicale.

Lariboisière		2009	2010	2011	Evolution 2009-2011
Temps moyen de passage aux urgences pour une FESF en heures à Lariboisière	Population générale	6,37	6,73	5,61	-13%
	Population < 75 ans	5,95	7,70	5,53	-7%
	Population ≥ 75 ans	6,55	5,76	5,70	-13%

L'attente s'effectue donc dans le service d'orthopédie ou dans celui qui « héberge » le patient.

Le bloc d'orthopédie comprend trois salles, dont une réservée aux urgences, au 1^{er} sous-sol (BMT-1). A leur fermeture (18h), la prise en charge des urgences s'effectue au 3^{ième} sous-sol. Cette répartition des salles a été réalisée en 2008 suite à une réorganisation des salles du bloc opératoire en fonction des spécialités menée avec la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH), qui a précédé l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).

L'activité du service a cependant augmenté de plus de 25% depuis 2008 et il est possible que les capacités de ce bloc soient à revoir.

En 2007, un audit montrait, que le bloc d'orthopédie avait un taux d'occupation de 67% toutes activités confondues. Le bloc disposait alors de trois salles d'opération en journée ainsi que d'une salle pour les urgences à partir de 18h. Il avait été calculé, que 2,5 salles étaient suffisantes pour assurer un taux d'occupation à 80%.

Le taux d'utilisation en 2011 du bloc d'orthopédie était de l'ordre de 77% pour les deux salles d'interventions programmées et de 50% pour la salle 3 qui est censée, officiellement, être réservée pour les urgences. En moyenne, le taux d'occupation de l'ensemble des salles dédiées à l'orthopédie n'a pas changé. L'augmentation d'activité semble avoir été absorbée sans pour autant que le bloc soit saturé. Cela a été possible par une augmentation du temps de vacations offert et par la réalisation d'une partie de l'activité programmée dans la salle 3 dédiée aux urgences. Ainsi, le service d'orthopédie, comme cela a pu être évoqué précédemment, augmentant son activité, prend en charge les urgences non vitales quand le programme le permet ; le risque étant que cela ne se fasse au détriment des patients non programmés. En 2011, 18 patients âgés de 75 ans et plus ont attendu plus de 4 jours avant leur intervention chirurgicale, ce qui représente 15% de cette catégorie de patients chez qui une FESF a été diagnostiquée. Les taux d'occupation montrent cependant que cela ne devrait pas constituer un problème, le taux cible réel d'occupation des salles (TROS) fixé par le siège de l'AP-HP étant 80%.

Cette restriction des plages offertes pour la prise en charge des urgences par la réalisation d'opérations programmées dans la salle dédiée aux urgences est amplifiée par des pratiques limitant les plages d'utilisation de cette même salle, dont l'amplitude d'ouverture est de 8h à 18h. Comme énoncé précédemment, à partir de 18h, les urgences orthopédiques sont prises en charge aux BMT-3, bloc opératoire général, situé au 3^{ème} sous-sol.

Or, dans la pratique, à partir de 16h00-17h, les anesthésistes insistent pour que les opérations chirurgicales stoppent afin de ne pas dépasser les heures d'ouverture ce qui restreint la plage horaire. Par ailleurs, ils ne souhaitent pas qu'une opération non vitale (comme celle concernant les FESF) soit réalisée après 18h. Ces choix ont d'autant plus de poids, que la démographie des médecins anesthésistes est en diminution en région parisienne et plus précisément à l'AP-HP, ce qui peut amener la communauté médico-administrative à éviter les confrontations sur ces sujets. Ainsi, un patient de 75 ans et plus arrivant un jour J aux urgences après 17h pour une FESF peut voir sa prise en charge chirurgicale décalée au lendemain matin – en partie faute de la présence d'anesthésistes –, sans être opéré à J+1 du fait d'une programmation chargée en orthopédie, et voyant ainsi se répéter sur plusieurs jours le report de l'intervention chirurgicale. C'est pourquoi le délai d'attente préopératoire peut atteindre 8-10 jours dans certains cas extrêmes.

Une coopération entre les professionnels de santé pour une prise en charge adaptée des patients âgés pourrait permettre une amélioration de ce délai. En effet, connaissant les risques postopératoires d'une prise en charge trop longue de ce type de pathologie³⁸, sous l'impulsion d'une action ciblée de la part de la filière gériatrique, les urgentistes, les anesthésistes et les chirurgiens orthopédiques pourraient s'entendre sur un protocole de prise en charge afin de traiter dans les meilleurs délais les patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés en urgence pour une FESF. Cela permettrait une maîtrise de ce délai préopératoire à l'inverse de la tendance à la hausse présentée dans le tableau ci-dessous.

		2010	2011	Evolution 2010-2011
Délai d'attente avant opération à Lariboisière	Population générale	2,02	2,34	15%
	Population < 75 ans	1,91	2,2	15%
	Population ≥ 75 ans	2,05	2,36	15%

³⁸ Cf. Partie I

C'est le choix qui a été réalisé à La Pitié Salpêtrière, où le délai avant intervention est de 1,5 jour pour les patients de 75 ans et plus contre 1,7 jour pour les patients plus jeunes en 2011, avec un délai moyen à la baisse comparé à 2010. L'évolution de la variabilité du délai préopératoire³⁹ pour les deux sites montre également une tendance à la hausse pour le site de Lariboisière (écart-type passe de 1,7 à 3 jours entre 2010 et 2011) et une tendance à la baisse pour le site de La Pitié Salpêtrière (écart-type passe de 5,8 à 3,3 jours).

Une plus grande coopération entre les professionnels de différentes disciplines permettrait ainsi une prise en charge de qualité du parcours-patient, plus transversale. Elle se définit, selon D'Amour et Oandasan⁴⁰, comme étant « un processus par lequel les professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratiques qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins du patient, de ses proches et de la communauté ». Cela implique cependant progressivement une remise en cause de l'organisation hospitalière en services et incite les professionnels au travail interdisciplinaire.

En outre, une gestion plus efficiente de l'occupation des salles - notamment en diminuant le retard dans le démarrage des programmes - pourrait également permettre un plus grand nombre d'interventions chirurgicales. Un récent audit⁴¹ a noté un retard d'une heure au démarrage d'une opération chirurgicale. Cela peut représenter 3 heures par jour si l'on considère les trois salles du bloc d'orthopédie. A raison de 5 jours par semaine, cela représente 60h par mois, soit 31% du temps de vacation offert. Une meilleure optimisation du temps d'ouverture des blocs opératoires pourrait améliorer la prise en charge sans coût supplémentaire.

Depuis le début de l'année 2012, une cellule de régulation des blocs opératoires vise à répondre à cet impératif d'efficience, en poussant les professionnels à mutualiser les salles et le personnel en fonction de l'activité et en vérifiant l'adéquation du programme et des salles réservées. Il ne résout pas directement le problème des retards de programmation mais cela devrait inciter les professionnels à être plus respectueux des programmations prévues du fait d'un partage des salles et d'un suivi plus détaillé de l'activité des blocs.

³⁹ Cf. Partie I.1.4

⁴⁰ D'Amour et Oandasan, Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept, Journal of interprofessional Care, n°19, 2005.

⁴¹ Audit réalisé par la direction de la Performance médicale, dans le cadre de la mise en œuvre d'une thématique prioritaire impulsé par le siège de l'AP-HP, intitulé « l'optimisation des blocs opératoires ».

2.3 L'anticipation des modalités de sortie des patients participerait à la fluidification du parcours de soins.

L'étude comparative partie I.1.4 semble indiquer qu'il est possible de travailler sur la DMS concernant les patients âgés hospitalisés pour une FESF. Cette sous-partie vise à analyser les données de Lariboisière, concernant la durée de séjour postopératoire afin d'identifier si les marges d'amélioration concernent la prise en charge pour FESF en général ou plus précisément celle des patients âgés de 75 ans et plus. Les données suivantes ont pu être recueillies pour le site de Lariboisière.

- *Vue d'ensemble et fluidité du parcours :*

Lariboisière		2010	2011	Evolution 2010-2011
Durée moyenne d'hospitalisation pour une FESF en jours	Population générale	13,17	12,3	-6,6%
	Population < 75 ans	12,49	10,4	-16,73%
	Population ≥ 75 ans	13,49	13,04	-3,45%

La DMS des patients hospitalisés suite à une FESF diminue entre 2010 et 2011, mais de façon plus marquée pour les patients de moins de 75 ans.

- *Profil des patients :*

Les pourcentages de cas traités et les DMS par niveau de sévérité des patients admis à Lariboisière en 2011 suite à une FESF selon qu'ils aient 75 ans et plus ou moins de 75 ans sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Niveau de sévérité	Proportion
Sévérité 1	16%
Sévérité 2	39%
Sévérité 3	37%
Sévérité 4	8%

Niveau de sévérité	Proportion
Sévérité 1	52%
Sévérité 2	24%
Sévérité 3	22%
Sévérité 4	2%

Tab 3 : Patients \geq 75 ans	
Niveau de sévérité	Durée Moyenne de séjour
Sévérité 1	9,06
Sévérité 2	12,84
Sévérité 3	13,61
Sévérité 4	20,89

Tab 4 : Patients < 75 ans	
Niveau de sévérité	Durée Moyenne de séjour
Sévérité 1	7,78
Sévérité 2	10,18
Sévérité 3	13,30
Sévérité 4	47,00 ⁴²

Les DMS en fonction de l'âge, du niveau de sévérité de la fracture et de la modalité de sortie sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

Tab 5 : Patients \geq 75 ans		
Niveau sévérité	Modalité de sortie	DMS moyenne
1	domicile	8,00
	SSR	8,75
2	décès	3,00
	domicile	9,92
	SLD	3,00
	SSR	15,07
	(vide)	7,50
3	décès	6,50
	domicile	11,25
	SLD	8,00
	SSR	14,73
	Transfert	
	MCO	8,50
	USLD	11,00
(vide)	13,00	
4	décès	19,50
	domicile	9,00
	SSR	23,33

Tab 6 : Patients < 75 ans		
Niveau sévérité	Modalité de sortie	DMS moyenne
1	domicile	7,05
	SSR	8,70
2	domicile	8,67
	SSR	13,25
3	domicile	15,00
	SSR	12,57
4	décès	47,00

Eléments d'analyse et d'interprétation :

La DMS des patients âgés de 75 ans et plus est sensiblement plus élevée que pour les patients de moins de 75 ans. Sans surprise, les patients âgés de 75 ans et plus ont également proportionnellement plus de GHM de niveau de sévérité élevé que les autres patients⁴³, ce qui peut expliquer leur DMS plus longue.

⁴² Cette valeur est à exclure de la comparaison car elle correspond à la durée de séjour d'un patient qui est resté anormalement longtemps hospitalisé.

⁴³ Tab 1 et 2

On remarque également, que pour un même niveau de sévérité, la DMS des patients de 75 ans et plus est plus longue que celle des patients de moins de 75 ans⁴⁴. Cela pourrait s'expliquer par la perte d'autonomie qui peut survenir chez un patient âgé suite à une intervention chirurgicale, qui nécessite la recherche d'une place en SSR appropriée ou l'adaptation du logement et qui prendrait plus de temps à organiser. Cela semble se vérifier dans les Tab 5 et 6 ci-dessus, où les DMS des patients de 75 ans et plus sont plus élevées que celles des patients de moins de 75 ans pour un niveau de sévérité et une modalité de sortie identiques.

Afin d'être efficiente, une prise en charge gériatrique spécifique permettrait de diminuer ce délai de sortie du patient âgé. L'intervention d'un gériatre aiderait à cerner les besoins d'aval du patient et à l'orienter au mieux. Qui plus est, s'il s'inscrit dans le cadre d'une filière gériatrique de soins active, il lui sera plus facile de trouver une place d'aval. C'est un des arguments, qui a prévalu à La Pitié Salpêtrière lors de la mise en place de l'UPOG et du renforcement de sa structure d'aval.

2.4 Avant d'envisager les modalités de réorganisation éventuelle de cette prise en charge, il convient de prendre en compte les éléments de contexte dans lesquels s'inscrivent la filière gériatrique et les Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal.

L'analyse des données propres au site de Lariboisière montre qu'une prise en charge spécifique, transversale et formalisée devrait permettre une hospitalisation du patient âgé de plus grande qualité, plus courte et mieux adaptée. Réfléchir à une réorganisation de la prise en charge actuelle nécessite, cela étant, de prendre en compte le contexte de mise en place de la filière gériatrique, son évolution et les marges de manœuvre de l'établissement.

2.4.1 La consolidation progressive de la filière gériatrique :

La constitution de la filière gériatrique a été progressive. Intégrée au projet médical du groupe hospitalier dès 2009, il a fallu en 2010 défendre la pertinence de son maintien auprès du siège de l'AP-HP au sein de l'établissement. La nomination d'un chef de service avec un projet sur l'intégralité du groupe hospitalier a participé à sa consolidation.

⁴⁴ Tab 3 et 4

Le renforcement de l'Unité Gériatrique Aigüe (UGA) en 2012 vise à augmenter la capacité d'aval des urgences. Elle ne doit cependant pas apparaître comme étant une solution de facilité pour les autres spécialités du groupe en tant que « service d'accueil » des patients âgés. Il apparaît dorénavant essentiel de conforter l'intégration réelle de la filière au projet médical du groupe hospitalier en assurant sa fluidité et sa transversalité.

Concernant sa fluidité, les professionnels de la filière ont fait le choix de constituer une filière tournée vers l'extérieur, nouant des partenariats avec des structures d'aval distinctes du groupe hospitalier⁴⁵. Ils participent également en ce moment, sous l'impulsion de la direction, à un projet pilote mené de concert par l'ARS et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), qui vise à permettre la coordination des différents professionnels participant au parcours de soins d'un patient âgé⁴⁶ (Médecins libéraux, Réseau, SAMU, Pompiers, HAD, Hôpital, SSR, EHPAD, ...).

Concernant sa transversalité, des réflexions restent à mener notamment sur le rôle et l'impact des interventions de l'EIG et sur l'intégration de la filière dans un parcours de soins chirurgical.

Depuis sa mise en place en 2010, le nombre d'interventions de l'EIG est le suivant :

		2010	2011
Nombre d'intervention de l'EIG dans le service d'orthopédie	Pour des patients ≥ 75 ans	130	128
	Pour des patients ≥ 75 ans pour FESF	dont 53	dont 94
Nombre d'intervention de l'EIG dans d'autres services	Pour des patients ≥ 75 ans	1016	1063
	Pour des patients ≥ 75 ans pour FESF	0	0

On remarquera qu'elle n'est jusqu'à présent intervenue :

- Ni aux urgences lors d'un diagnostic de FESF,
- Ni dans les cas où le patient a été hébergé dans un autre service.

L'EIG est souvent peu connue par les services de soins ou appelée en dernier recours devant des cas très complexes ou pour lesquels il s'avère difficile de trouver une solution d'aval. Des actions plus ciblées et ponctuelles, insérées dans le parcours de soins et prévues en concertation avec les services concernés, pourraient permettre une plus grande coopération avec les professionnels. Cela est mis en avant dans un article intitulé « Les équipes mobiles (EMG) sont-elles l'avenir de la gériatrie ? »⁴⁷, dans lequel il est également mentionné que les EMG sont trop souvent sollicitées pour des patients dont l'état de santé est très détérioré et qu'il est nécessaire de mener une réflexion concertée

⁴⁵ Cf. Annexe 2 : Description de la filière gériatrique de Lariboisière

⁴⁶ Cf. Annexe 3 : Description du projet Ars/Anap

⁴⁷ « Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? », M. Dubois, J. Lorthiois, S. Mansour, M. Fleury, N. Ballouche, P. Blanc, J-B Gauvain, *Gérontologie et société*, n°126, septembre 2008

avec les services demandeurs intra- et extrahospitaliers sur l'intervention attendue ou possible des EMG.

Il manque à l'heure actuelle de véritable choix dans l'orientation de l'EIG. Ses actions pourraient ainsi être contractualisées dans les contrats de pôles par exemple ou discutées lors de revues de mortalité-morbidité afin de les pérenniser sur le long-terme. Cela améliorerait de plus la lisibilité de leurs interventions.

La prise en charge chirurgicale d'un patient âgé n'est pas pour l'instant identifiée comme étant problématique et devant être l'objet d'un financement particulier, mais les recherches et entretiens effectués dans le cadre de ce mémoire ont montré de l'intérêt de la part du service d'orthopédie ou des urgences ainsi que la prise de conscience de la spécificité d'une telle prise en charge dans d'autres spécialités⁴⁸, d'autant que la proportion de personnes âgées dans les services de soins tend à croître du fait du vieillissement de la population.

2.4.2 L'impact du vieillissement à venir :

Comme évoqué précédemment⁴⁹, le nombre de diagnostics de FESF aux urgences de Lariboisière est de l'ordre de 200 par an. Ce nombre augmenterait de 20% d'ici 2015 et serait multiplié par deux d'ici 2040.

400 arrivées, soit plus de 200 supplémentaires pour FESF seraient alors dénombrées en 2040. Cela aura un impact non négligeable sur l'activité du bloc opératoire et du service d'orthopédie.

Sans modification des moyens, les hospitalisations dans d'autres services que celui d'orthopédie et les transferts dans d'autres établissements augmenteraient respectivement de 19% à 33% et de 16% à 27%⁵⁰ d'ici 2040, avec une proportion de transferts pour les patients âgés de 75 ans et plus, légèrement supérieure, comme cela a pu être vu précédemment. La prise en compte de cette évolution est importante dans la réflexion portant sur la construction d'un nouveau bâtiment pour le site de Lariboisière.

Les activités d'orthopédie et de gériatrie constituent des activités phares de l'établissement. L'augmentation éventuelle de la capacité en lits en gériatrie aigüe ou le maintien de cette capacité avec un basculement de leur activité en ambulatoire pour les services chirurgicaux dans le projet du nouveau Lariboisière pourrait permettre « d'absorber » le flux croissant de patients âgés. La prise en charge dans un service inadapté ou avec du personnel peu formé risquerait cependant, dans un second temps,

⁴⁸ Le Pr Mongiat-Arthus en urologie mène un travail de recherche sur l'organisation optimal du parcours de soins d'un patient âgé atteint d'un cancer de la prostate par exemple.

⁴⁹ Cf. Partie II. 2.1 et introduction sur la prévalence des FESF d'après la DREES.

⁵⁰ Cf. Annexe 5 : Calculs sur l'impact du vieillissement de la population

de poser de manière plus aigüe encore la question de la qualité du parcours de soins de la personne âgée et d'en exacerber le caractère aléatoire.

2.4.3 La recherche de gain d'efficience dans les organisations :

En outre, si l'organisation hospitalière doit être repensée, il apparaît essentiel d'en étudier les impacts financiers. Aux Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal, la logique qui a prévalu depuis la constitution du groupe⁵¹ a été de mener un pilotage par le résultat, permettant l'augmentation des dépenses si elle allait de pair avec une augmentation de l'activité et donc des recettes⁵². Cette logique a cependant ses limites dans un contexte concurrentiel, financé à l'activité et dont les tarifs reposent encore sur la convergence tarifaire. La communauté médico-administrative s'entend progressivement sur la nécessité de réaliser à terme des gains d'efficience dans l'organisation même de l'offre de soins et non des gains de « parts de marché » comme cela a pu être le cas jusqu'à présent.

Cela laisse à penser que la nécessaire consolidation de la filière gériatrique, au vu notamment du vieillissement de la population et des choix réalisés par l'établissement, impose des changements culturels importants : repenser l'organisation hospitalière à partir de parcours de soins (et non de spécialité) et amener les professionnels à coopérer tout en permettant des gains d'efficience dans les organisations. Le choix de l'organisation des soins la plus appropriée pour la prise en charge d'une FESF doit donc également prendre en compte les coûts des différents aménagements, qui sont l'objet de la troisième partie de ce mémoire.

⁵¹ Les groupes hospitaliers à l'AP-HP ont été officiellement constitués en 2010.

⁵² Cf. Annexe 2 : Situation financière des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal

Récapitulatif des principaux éléments d'analyse mis en avant dans cette seconde partie

- La diminution des transferts dans un autre établissement est allée de pair avec l'augmentation de l'hébergement de patients dans d'autres services que celui d'orthopédie.
- Cela s'explique par l'importante activité du service d'orthopédie (augmentation de 25% depuis 2008), qui ne peut pas prendre en charge dans son service l'ensemble des urgences se présentant sur le site. Il respecte avant tout ses opérations programmées. L'hébergement dans d'autres services des patients chez qui une FESF a été diagnostiquée a pallié en partie le problème des transferts à partir des urgences.
- Les transferts de patients âgés de 75 ans et plus ont cependant moins diminué que ceux de patients de moins de 75 ans, sûrement du fait d'une « discrimination » à l'aval des urgences, l'hospitalisation de patients âgés pouvant engendrer plus de complication (complexité des cas, DMS plus longue, etc.)
- Le délai avant intervention chirurgicale est légèrement supérieur à 48h, ce qui comporte des risques de complications postopératoires. Cela n'est pas totalement dû à une saturation du bloc d'orthopédie mais également à certaines pratiques qui ne permettent pas une optimisation de l'utilisation des salles.
- Une optimisation des salles du bloc opératoire et une plus grande collaboration entre les professionnels concernés par la prise en charge d'une FESF (notamment par la formalisation des modalités de prise en charge des patients âgés avec FESF) permettrait de réduire ce délai.
- L'analyse de la DMS montre que pour une même modalité de sortie et un même niveau de sévérité les patients âgés de 75 ans et plus ont des séjours plus longs que les autres patients. L'intervention d'un gériatre, intégré dans une filière de soins gériatrique active, pourrait améliorer ces délais de sortie.
- Ces différentes conclusions vont dans le sens d'une prise en charge spécifique, transversale et formalisée.
- La réflexion portant sur l'organisation de la filière de soins gériatrique et sa consolidation doit prendre en compte l'impact du vieillissement de la population et la recherche d'efficience dans les organisations ; l'organisation hospitalière doit être pensée sous l'angle conjoint de la qualité et des coûts, conformément aux préconisations du HCCAM concernant l'offre de soins.

III. Les aspects financiers de ce parcours de soins peuvent amener à des propositions de réorganisation, qui doivent cependant tenir compte des limites de cette étude.

Différentes options vont être analysées sous leurs aspects financiers :

- la mise en place d'une unité péri-opératoire gériatrique ;
- la mise en place d'une unité péri-opératoire gériatrique avec contractualisation du service d'orthopédie ;
- des interventions intensifiées de l'EIG ou la mise à disposition d'un gériatre au service d'orthopédie.

Suivront des propositions de réorganisations possibles et les limites de l'étude menée.

3.1 L'étude de la mise en place d'une unité péri-opératoire de gériatrie impose d'en analyser les impacts financiers.

L'objet de cette partie est d'évaluer le coût d'une organisation péri-opératoire en gériatrie à Lariboisière pour prendre en charge les patients âgés de 75 ans et plus suite à une FESF.

La DMS pour ce type de prise en charge est de 11,4 jours à La Pitié Salpêtrière et de 13 jours à Lariboisière. Comme évoqué précédemment, une plus grande coopération des professionnels de santé concernés avec la mise en place d'une unité dédiée, pourrait permettre une durée plus courte de séjour à Lariboisière.

Cette étude de coût part du postulat que la mise en place d'une unité péri-opératoire permettra de diminuer la DMS de 1,7 jour pour atteindre celle de La Pitié Salpêtrière de l'ordre de 11,4 jours et reposera sur les chiffres de 2011.

3.1.1 La mise en place d'une unité péri-opératoire aura un impact sur l'unité de gériatrie ainsi que sur le volume de patients hospitalisés dans le service de chirurgie orthopédique.

Service de médecine gériatrique :

Cette unité péri-opératoire de gériatrie devra prendre en charge 116 séjours de patients âgés de 75 ans et plus suite à une fracture du col du fémur conformément aux données relevées pour 2011. Cela représente 1322 jours d'hospitalisation (116*11,4 jours), ce qui nécessite l'ouverture de 4 lits en considérant un taux d'occupation des lits à 90%.

D'après l'annexe 6⁵³, le coût d'une journée dans une UPOG à Lariboisière serait de 616 euros. Il a été calculé en prenant en compte les coûts actuels de personnel du service de gériatrie et les charges d'exploitation (hors personnel) et les charges induites actuelles du service d'orthopédie, le tout proportionnellement au nombre de journées d'hospitalisation considérées.

Il faut ajouter⁵⁴ à ces coûts directs : 27 euros par jour pour la restauration, 9 euros pour la blanchisserie, et l'augmenter de 20% pour prendre en compte les charges communes⁵⁵ de l'établissement. Le coût complet journalier serait de 782 euros.

Le coût de cette unité serait alors de 1 034 000 euros environ (1322*782 euros).

En ce qui concerne les recettes, comme vu précédemment, la prise en charge de patients âgés dans une unité dédiée permettrait également un meilleur codage des comorbidités et donc une augmentation du GHS moyen de près de 2000 euros comme le suggère la comparaison avec La Pitié Salpêtrière⁵⁶, qui s'élèverait alors à 10400 euros (contre 8485 euros à Lariboisière).

Pour 116 séjours, cela représenterait 1 206 400 euros de recettes, dont près de 232 000 euros de recettes supplémentaires du fait du différentiel de codage.

Services	Coûts (en euros)	Recettes (en euros)
« UPOG »	1 034 000	1 206 400

Le gain pour cette unité serait de l'ordre de 172 400 euros.

Service de chirurgie orthopédique :

La mise en place d'une telle unité va avoir un impact sur le service d'orthopédie.

116 séjours en moins (puisqu'ils sont pris en charge à l'UPOG) d'une durée moyenne de séjour de 13 jours en 2011 représentent un gain de 1508 jours d'hospitalisation supplémentaires. Cela aura un léger impact positif sur la DMS du service d'orthopédie, qui est en 2011 de 8,1 jours⁵⁷. La DMS hors séjours de patients âgés de 75 ans et plus suite à une FESF sera alors de : $(3019 \times 8,1 - 116 \times 13) / (3019 - 116) = 7,9$ jours.

Les 1508 jours d'hospitalisation gagnés permettraient la prise en charge de 190 séjours. La mise en place de l'UPOG n'augmentera cependant pas d'autant l'activité des

⁵³ Cf. Annexe 6 : Calcul des coûts journaliers d'une hospitalisation selon le service

⁵⁴ D'après un entretien avec le contrôleur de gestion des HU Saint Louis, Lariboisière, Fernand-Widal

⁵⁵ Les charges communes comprennent : la participation aux charges communes de l'AP-HP (centrales d'achat, formation centrale, coûts du siège, ...), aux charges de logistique médicale (ex. pharmacie), aux charges à caractère hôtelier (sécurité, eau, énergie, magasins, ...), aux charges de logistiques générales (administration, formations, ...).

⁵⁶ Cf. Partie I.1.4

⁵⁷ Cf. Annexe 7 : Données concernant l'activité cumulée du service d'orthopédie

chirurgiens orthopédiques, qui auront à opérer le patient âgé et à se rendre ponctuellement à l'UPOG pour assurer leur suivi. Pour prendre en compte cela, après discussion avec la directrice des affaires financières, il a été convenu de diminuer de 10% le nombre de séjours supplémentaires. 170 séjours supplémentaires pourraient alors être pris en charge.

Il faut à ce stade s'assurer de la possibilité d'absorption de ces nouveaux séjours par l'équipe d'orthopédie, tant en termes de disponibilité du bloc que du personnel médical. Comme vu dans la partie II. 2.2, la salle dédiée aux urgences n'est utilisée qu'à 50% du fait de problèmes organisationnels et de manque d'anesthésistes. En réalisant cette activité au 3^{ème} sous-sol dans une salle dédiée aux urgences 24h/24 contrairement à ce qui se fait actuellement, une augmentation d'activité de près de 20-30% est envisageable. En 2011, 450 interventions ont été réalisées dans la salle dédiée aux urgences d'orthopédie. 170 interventions supplémentaires représentent près de 40% des interventions actuellement réalisées. Afin de pouvoir prendre en charge ces patients, il faudrait augmenter le taux réel d'occupation de la salle et éventuellement le temps de vacation offert. Cela pourrait avoir un impact sur le coût en fonction de la solution envisagée, qui amoindrirait le résultat.

Le coût de la journée d'hospitalisation dans le service d'orthopédie est de 594⁵⁸ euros. Comme précédemment, pour obtenir le coût complet, il faut ajouter : 27 euros par jour pour la restauration, 9 euros pour la blanchisserie, et l'augmenter de 20% pour prendre en compte les charges communes⁵⁹ de l'établissement. Le coût complet par journée d'hospitalisation est alors de : 756 euros.

En termes de coûts, il faudrait

- soustraire les coûts d'hospitalisation des 116 séjours pris en charge à l'UPOG, soit : $-116 \times 13 \times 756$ euros = - 1 140 048 euros. La DMS en 2011 des patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés pour FESF est en effet de 13 jours à Lariboisière.
- ajouter les coûts des 170 nouveaux séjours pris en charge dans le service d'orthopédie. Le coût total d'hospitalisation de ces 170 séjours sera alors de $170 \times 7,9 \times 756 = 1 015 308$ euros, la DMS moyenne dans le service d'orthopédie étant alors de 7,9 jours (cf. ci-dessus).

⁵⁸ Annexe 6 : comptabilité analytique du groupe hospitalier.

⁵⁹ Les charges communes comprennent : la participation aux charges communes de l'AP-HP (centrales d'achat, formation centrale, coûts du siège, ...), aux charges de logistique médicale (ex. pharmacie), aux charges à caractère hôtelier (sécurité, eau, énergie, magasins, ...), aux charges de logistiques générales (administration, formations, ...).

En termes de recettes, le service d'orthopédie perdrait 116*8485 euros, soit 984 260 euros, du fait de la prise en charge à l'UPOG des 116 patients âgés avec une FESF et gagnerait 170*4295 euros, soit 730 150 euros, du fait de la prise en charge de 170 nouveaux patients. L'impact total sur les recettes serait alors de : - 254 110 euros.

Tableau récapitulatif des coûts et des recettes pour le service d'orthopédie suite à la réorganisation :

Service	Coûts (en euros)	Recettes (en euros)
Service	- 1 140 048	- 984 260
d'orthopédie	+ 1 015 308	+ 730 150
Total	- 124 740	-254 110

Le coût de cette réorganisation serait de 129 370 euros pour le service d'orthopédie.

Le tableau suivant récapitule les coûts et recettes engendrés pour les deux services :

Services	Coûts (en euros)	Recettes (en euros)
« UPOG »	1 034 000	1 206 400
Service d'orthopédie	- 124 740	- 254 110
Total	909 260	952 290

Au total, le résultat pour l'établissement de l'ouverture d'une telle unité serait bénéficiaire de 43 030 euros.

3.1.2 La mise en place d'une unité péri-opératoire de gériatrie pourrait être conditionnée à un objectif de zéro transfert des urgences de patients suite à une FESF, ce qui aurait des impacts financiers différents sur les services de médecine gériatrie et de chirurgie orthopédique.

Il pourrait également être envisagé, que dans le cas de la mise en place d'une unité péri-opératoire de gériatrie, le service d'orthopédie s'engage à diminuer les transferts de FESF des urgences. Les patients de 75 ans et plus seraient alors pris en charge à nouveau dans cette unité péri-opératoire ; pour 2011, cela aurait représenté 145 patients (les 116 patients de 75 ans et plus pris en charge pour une FESF ainsi que les 29 transférés). L'étude de coût dans ce cas serait la suivante.

Service de médecine gériatrie :

L'unité péri-opératoire de gériatrie devra alors prendre en charge 145 séjours de patients âgés de 75 ans et plus suite à une fracture du col du fémur, soit 145*11,4 jours = 1653

jours d'hospitalisation, ce qui nécessite 5 lits d'hospitalisation, avec un taux d'occupation de 90% environ.

Avec un coût de journée de 782 euros, le coût de la prise en charge de ces 145 séjours serait de : 1 300 000 euros environs (1653*782 euros).

Les recettes engendrées par ces 145 séjours, d'après les mêmes hypothèses que 3.1.1 seraient alors de 145*10400 euros, soit : 1 508 000 euros.

Services	Coûts (en euros)	Recettes (en euros)
« UPOG »	1 300 000	1 508 000

Cette unité gagnerait environ 208 000 euros.

Service de chirurgie orthopédique :

Pour le service d'orthopédie, selon les mêmes modalités de calcul que précédemment, cela lui permettrait de prendre en charge 170 séjours supplémentaires. L'impact sur le bloc opératoire sera de plus de 200 opérations supplémentaires par an.

Les coûts et les recettes générés par cette nouvelle organisation pour le service d'orthopédie seront les mêmes que ceux identifiés précédemment partie 3.1.1.

Le tableau qui suit récapitule ainsi les coûts

Services	Coûts (en euros)	Recettes (en euros)
« UPOG »	1 300 000	1 508 000
Service d'orthopédie	- 124 740	-254 110
Total	1 175 260	1 253 890

Au total, le résultat de la mise en place d'une unité péri-opératoire de gériatrie sous condition de la réalisation de zéro transfert de patients âgés de 75 ans et plus suite à une FESF serait bénéficiaire de près de 78 630 euros.

La marge est cependant faible et doit être interprétée avec précaution du fait des approximations réalisées dans les calculs. Il peut être considéré que les impacts financiers de cette réorganisation des modalités de prise en charge n'en constituent pas un obstacle. Par ailleurs, comme évoqué dès la partie 3.1.1 son impact sur le bloc

opératoire sans une nouvelle organisation ne permet pas une telle augmentation des interventions chirurgicales en orthopédie⁶⁰.

Une réflexion au sein du groupe hospitalier porte sur la réalisation de l'activité d'urgence d'orthopédie au 3^{ème} sous-sol dans une salle dédiée aux urgences 24h/24 contrairement à ce qui se fait actuellement. Cela permettrait une augmentation d'activité de près de 20-30%, par la suppression de perte de temps du au changement de salle à partir de 18h pour la prise en charge des urgences orthopédiques comme c'est le cas à l'heure actuelle⁶¹. Il faudrait pour cela optimiser les plages d'ouverture des différentes salles du bloc opératoire⁶² par une régulation efficace⁶³ et une mutualisation des salles d'urgence entre différentes spécialités (pour éviter les coûts supplémentaires). Le taux d'utilisation⁶⁴ du bloc opératoire de Lariboisière étant en 2011 de 72% et 200 opérations (à raison de 4-5 heures de durée d'intervention en moyenne) représentant moins de 5% d'occupation supplémentaire des salles, une marge de manœuvre est envisageable mais assez contrainte. De plus, le changement culturel nécessaire à l'évolution des pratiques risque de constituer un frein pour un tel projet. Si cette organisation était envisagée à l'avenir dans un projet de nouveau bâtiment, il faudrait prendre en compte les impacts d'un tel choix sur l'activité des blocs et en garantir une capacité suffisante.

3.2 D'autres réorganisations des modalités de prise en charge de ces patients auraient des impacts financiers plus positifs.

Une alternative à cette réorganisation tout en permettant des gains en efficience dans le parcours du patient âgé de 75 ans et plus suite à une FESF serait une intensification des actions de l'EIG. L'étude précédemment citée⁶⁵ a montré que l'intervention de l'EIG dans le service d'orthopédie permettrait une amélioration de la prise en charge notamment une détection plus importante des comorbidités et une meilleure orientation des personnes âgées. Cela se reflète entre autres par la diminution de la DMS de 2 jours des patients vus au cours de l'étude et par l'augmentation du tarif moyen reçu de 170 euros par jour.

L'application de cette diminution de DMS aux 116 patients âgés de 75 ans et plus correspond à la récupération de 228 jours d'hospitalisation. En contrepartie de l'intervention systématique de l'EIG lors de l'hospitalisation de patients âgés de 75 ans et

⁶⁰ Cf. Explication II. 2.2 sur l'activité au bloc opératoire d'orthopédie.

⁶¹ Cf. Explication II. 2.2 sur l'activité au bloc opératoire d'orthopédie.

⁶² Les blocs centraux comptent 15 salles d'opération à Lariboisière, réparties à raison de deux par spécialité.

⁶³ Une cellule de régulation des blocs opératoires a été mise en place début 2012, mais a encore besoin de s'imposer progressivement pour que les décisions qui en découlent soient effectivement appliquées par les chirurgiens.

⁶⁴ Taux d'utilisation = (Temps réel d'occupation des salles / Temps de vacations offertes)

⁶⁵ Cf. Partie I.1.4

plus suite à une FESF, le service d'orthopédie pourrait s'engager à diminuer le nombre de transferts des urgences de ce type de patients. Cela permettrait de prendre en charge 18 patients supplémentaires en considérant un taux d'occupation des lits de 90% (étant donné que $228/11,4 = 20$)

Les recettes totales (ajout de 170 euros journaliers aux 116 patients + prise en charge de 18 nouveaux patients pour FESF) seraient alors d'environ 412 000 euros⁶⁶.

Une fois encore cela ne constituerait pas de journée d'hospitalisation supplémentaire, cela s'effectuant à moyen constant et avec un nombre de jours d'hospitalisation constant. Le coût dû aux interventions chirurgicales supplémentaires serait alors de $386*18*11,4=79\ 207$ euros, 386 euros étant le coût d'hospitalisation actuel comprenant les charges d'exploitation hors personnel et les charges induites⁶⁷. Ces séjours supplémentaires sont considérés être réalisés à coût de personnel constant puisque le nombre de journées d'hospitalisation reste inchangé. Pour la même raison, ne seront pas ajoutés les charges de blanchisserie, de restauration et les charges communes.

Modalité de prise en charge	Coûts (en euros)	Recettes (en euros)
Intervention EIG	79 207	412 000

Une telle orientation permettrait un bénéfice de 332 793 euros. Cette solution s'avère plus bénéficiaire que les autres possibilités de prise en charge évoquées précédemment.

L'augmentation de 18 patients ne devrait pas poser de problème dans l'état actuel d'occupation des blocs opératoires. Une telle action de la part de l'EIG ne pourrait cependant être que ponctuelle :

- D'une part, parce que cela représenterait près de 50 cas supplémentaires à prendre en charge par an pour l'EIG, ce qui pourrait impacter ses interventions auprès de patients d'autres services ;
- D'autre part, parce que le rôle de l'EIG n'est pas d'intervenir systématiquement pour une pathologie donnée et d'assurer un suivi post-chirurgical journalier mais de prévenir les risques de décompensation lors d'une hospitalisation, d'apporter une aide à la gestion des cas complexes et de sensibiliser et former les équipes soignantes et médicales.

L'intervention systématique de l'EIG pour FESF ne pourrait être réalisée que de manière ponctuelle dans le temps, à des fins de sensibilisation et de prévention. Cela n'aurait donc

⁶⁶ 412 422 euros = 116 (patients)*170 (supplément de tarif par jour permis par l'intervention de l'EIG)*11,4 (DMS avec intervention EIG)+ (8485 (GHS moyen perçu cf. Partie I.1.4) + (170 (supplément tarif)*11,4 (DMS avec intervention EIG))*18 (nouveaux patients pouvant être pris en charge))= 224808 + 187 614

⁶⁷ Cf. Annexe 6

pas les effets financiers précédemment étudiés, d'autant qu'il faudrait nuancer ces résultats au global pour le groupe hospitalier, puisque l'intervention ciblée de l'EIG impliquerait une diminution de ses interventions dans d'autres services et pourrait ainsi induire une perte de recettes pour les services concernés.

Pour garantir une prise en charge de qualité, une autre configuration des soins est envisageable, qui est la mise à disposition d'un gériatre dans le service d'orthopédie à raison de 3 demi-journées par semaine. Cela aurait un coût de 33 000 euros à 55 000 euros par an⁶⁸ et permettrait une amélioration de la prise en charge des patients âgés hospitalisés.

Il pourrait permettre une diminution de la DMS et une meilleure prise en compte des comorbidités des patients âgés. Sa collaboration avec les chirurgiens serait nécessaire ainsi qu'avec l'assistante sociale du service afin de prévenir des complications postopératoires et de faciliter la sortie du patient. Il aurait également à avoir un lien avec la filière gériatrique - il pourrait par exemple travailler à mi-temps à l'UGA ou dans le service de SSR – afin d'avoir le réseau nécessaire pour fluidifier le parcours du patient. En contrepartie de l'intervention d'un gériatre dans le service d'orthopédie, ce dernier pourrait avoir pour objectif d'éviter les transferts de patients âgés arrivant aux urgences.

3.3 Les propositions relatives à la prise en charge post-chirurgicale des patients âgés suite à une FESF s'appuient sur les différents éléments mis en avant dans cette étude et diffèrent en fonction de l'échéance considérée pour leur application.

3.3.1 Les principaux éléments quantitatifs et qualitatifs de cette étude soulignent l'intérêt de l'intervention d'un spécialiste en gériatrie dans ce parcours de soins.

L'étude des parcours-patient a montré que la DMS moyenne (13 jours pour Lariboisière contre 11,4 jours pour La Pitié Salpêtrière) pouvait probablement être optimisée par une diminution du délai préopératoire (2,3 jours pour Lariboisière contre 1,4 jour pour La Pitié Salpêtrière) et une amélioration de la fluidité à la sortie de l'hôpital. Le GHS moyen reçu pourrait également être augmenté par une meilleure identification des comorbidités.

⁶⁸ Le coût d'un PH ici considéré est de l'ordre de 110 000 euros par an.

Qualitativement, la réduction du délai préopératoire est souhaitable, d'autant que cette moyenne ne montre pas les valeurs extrêmes pouvant atteindre 8-10 jours. En ce qui concerne la fluidité à la sortie, si La Pitié Salpêtrière bénéficie d'un partenariat privilégié avec Charles Foix permettant une sortie rapide dans une structure SSR, rien ne garantit que la DMS totale (MCO + SSR) avant un retour à domicile soit plus faible que celle observée pour les patients de Lariboisière. Les sorties à domicile sont d'ailleurs très rares à La Pitié Salpêtrière, alors qu'elles représentent plus de 20% des cas à Lariboisière. Cela nuance le constat de manque de fluidité sur cette partie du parcours même si la comparaison en interne entre les patients de moins de 75 ans et ceux de 75 ans et plus montre une petite marge de manœuvre. Des partenariats renforcés et multiples avec des structures d'aval pourraient faciliter la sortie des patients âgés et diminuer leur DMS en MCO à condition que cela n'en soit pas le seul objectif et que l'intérêt du patient soit toujours pris en compte.

Les taux de transferts autour de 20% pour les deux établissements, même si en nette amélioration par rapport aux années précédentes, restent préjudiciables en termes d'accessibilité aux soins et doivent faire l'objet d'une attention particulière en interne afin de les améliorer. Des réflexions sont en cours : La Pitié Salpêtrière travaille sur l'opportunité d'augmenter le nombre de lits de l'UPOG et Lariboisière sur la possibilité d'améliorer l'accès aux blocs opératoires.

Enfin, l'analyse financière de la mise en place d'une telle unité, montre qu'une UPOG, si elle permet une amélioration du GHS moyen reçu, n'apparaît pas comme étant une modalité de prise en charge largement bénéficiaire. Une prise en charge gériatrique spécifique, organisée selon d'autres modalités pourrait permettre d'aboutir à de meilleurs résultats financiers.

3.3.2 Les propositions sur le court-terme ciblent avant tout une formalisation et une réorganisation à la marge de la prise en charge.

Ces remarques peuvent amener à des propositions de réorganisation de cette prise en charge sur le court-terme.

Il semble possible que le délai préopératoire soit amélioré de près d'un jour. En effet, ce n'est pas la mise en place de l'UPOG dans sa totalité qui a permis la diminution du délai préopératoire, mais plutôt la formalisation d'un protocole de prise en charge rapide des patients âgés des urgences ayant un diagnostic de FESF entre les différents professionnels intervenant : urgentiste, anesthésiste, chirurgien orthopédiste et gériatre. Cela pourrait être l'objet d'un groupe de travail spécifique avec une mise en place rapide. En jouant sur les marges d'optimisation de l'utilisation des salles du bloc opératoire, cela

permettrait de mieux prendre en charge, plus de patients.⁶⁹ Cela aurait un impact financier positif de l'ordre de 84 000 euros sans véritablement de coût supplémentaire.

Concernant la fluidification de la sortie, le service d'orthopédie pourrait travailler avec un gériatre de la filière à une diversification et à une augmentation des partenariats avec des structures d'aval. Cela pourrait se faire en lien avec l'EIG, qui participerait aux réflexions portant sur l'organisation de l'offre de soins à un niveau plus stratégique qu'au niveau micro auquel elle intervient à l'heure actuelle. De plus le choix d'actions ciblées, sur une pathologie et/ou un service donné, pourrait être fait afin de montrer l'impact d'une prise en charge gériatrique dans des services de chirurgie et aussi afin de travailler à l'appropriation de principes gériatriques avec le service. Pour exemple, annuellement, l'EIG pourrait prévoir d'intervenir un mois dans certains services (2 ou 3 par exemple), de manière systématique sur une pathologie donnée (identifiée par le service ou par l'EIG en fonction des problèmes gériatriques majeurs identifiés). La définition d'orientations annuelles claires améliorerait la lisibilité de son action et en faciliterait l'évaluation. Elle sensibiliserait les équipes aux spécificités de la prise en charge gériatrique et améliorerait à l'avenir les recours à l'EIG (pas seulement dans des situations complexes mais aussi en amont de la prise en charge afin de prévenir des complications postopératoires). Son intervention permettrait également une amélioration de la DMS et du GHS perçu pour certaines prises en charge de personnes âgées, comme cela a pu être mis en avant dans l'étude évoquée précédemment. Ce dernier argument pourrait être une motivation supplémentaire auprès des services pour participer à de telles actions, sachant que la collaboration pluridisciplinaire nécessite un changement de paradigme professionnel, favorisant la transversalité, et donc du temps.

L'EIG ne pouvant être dédiée exclusivement au suivi post-chirurgical, la possibilité de recruter un gériatre pour effectuer des vacations dans le service d'orthopédie pourrait également être envisagée afin d'intervenir aux différentes étapes de la prise en charge : avant l'intervention, pendant l'hospitalisation et pour l'orientation à la sortie. Ce recrutement reste cependant peu justifié étant donné le nombre de moins de 120 séjours annuels étudiés. Il devrait être considéré sur la base des plus de 500 séjours annuels de personnes âgées hospitalisées dans le service d'orthopédie, le gériatre n'intervenant pas uniquement pour les FESF mais plus largement pour tous les patients de plus de 75 ans hospitalisés en orthopédie. Là encore, la pertinence de ce recrutement serait à étayer étant donné que l'EIG intervient pour 130 patients, supposés les plus complexes, dans ce service. Certes son action sera plus large et garantira une prise en charge adaptée de

⁶⁹ Un gain d'un jour de DMS pour 116 patients permettrait la prise en charge de 10 patients supplémentaires environs, ayant chacun un GHS moyen de 8400 euros (cf. I.1.2)

l'ensemble des patients âgés hospitalisés, à la condition qu'il soit bien intégré dans la filière de soins gériatrique. Cela pourrait se faire en favorisant l'embauche d'un gériatre travaillant à mi-temps dans une unité de soins de la filière - et non un PH contractuel ou un attaché peu lié à l'établissement – qui pourrait notamment se faire en lien avec le renflouement de l'équipe médicale de SSR, actuellement à l'étude. Son action devra faire l'objet d'une évaluation précise afin d'évaluer l'impact de son intervention en termes médico-économiques (DMS, codage comorbidités, mais également taux de réadmission à 3 mois, à 1 an, impact sur les transferts des urgences...). Ces données pourront alors être utilisées dans le cadre d'une réflexion sur les modalités de prise en charge post-opératoires futures des personnes âgées afin de l'étendre à d'autres spécialités.

3.3.3 Les perspectives à envisager sur le plus long-terme pourraient conduire à un renforcement de la prise en charge des patients âgés.

Sur le long-terme, la prise en charge des personnes âgées, qui réalisent plus de 6000 séjours sur le groupe hospitalier, devrait constituer un objet d'étude pertinent, d'autant que le vieillissement de la population va jouer en faveur d'une augmentation de ce nombre.

Il semble ainsi nécessaire d'évaluer plus précisément les besoins de l'établissement en matière de prise en charge de patients âgés. En effet, mettre à disposition un gériatre quelques vacations par semaine pour l'ensemble des spécialités chirurgicales⁷⁰ de l'établissement semble illusoire, mais cela pourrait être envisagé pour les services ayant la plus grande proportion de séjours de patients âgés. Une étude permettrait de cibler les besoins ressentis ou réels pour ce type de prise en charge. Elle pourrait être réalisée dans un premier temps par l'EIG notamment au travers d'actions ciblées dans les services de chirurgie avec un soutien administratif, parallèlement à l'étude d'impacts quantitatifs et qualitatifs de la présence d'un gériatre mis à disposition dans le service d'orthopédie précédemment évoquée.

En fonction des résultats de cette étude prospective, la mise en place d'une unité dédiée à la prise en charge gériatrique postopératoire pourrait être repensée notamment dans la perspective d'un nouveau bâtiment. Les impacts financiers seraient à revoir en fonction des possibilités de recrutement des personnes âgées sur le territoire étant donné le vieillissement de la population, des spécialités intéressées à participer à de telles

⁷⁰ A savoir 9 spécialités chirurgicales sont dénombrées sur le groupe hospitalier.

modalités de prise en charge qui pourraient justifier l'ouverture d'une unité plus importante et des modulations de la tarification des établissements en fonction de la qualité des prises en charge garantie. La décision ne pourra être prise qu'en fonction des impacts que pourraient avoir l'ouverture d'une telle structure sur les taux de réadmission et l'occurrence de complications postopératoires comparées entre une prise en charge classique ou dans une unité dédiée. L'éventuelle mise en place de cette unité devrait aller de pair avec un recueil de données pertinent permettant d'évaluer la prise en charge sur le long-terme, de l'ajuster si nécessaire et de servir d'éléments de preuve pour les organismes de tutelles. Elle nécessiterait un travail en amont avec les différents services de soins et le coordonnateur gériatrique de cette unité afin de formaliser la prise en charge et de former le personnel aux spécificités postopératoires. A noter que cette unité pourrait avoir un effet attractif pour le recrutement du personnel, qui, parfois réticent à travailler dans une unité gériatrique, pourrait diversifier ses tâches et développer sa poly-compétence. Elle pourrait ainsi participer à la fidélisation du personnel.

3.4 L'étude d'une filière de soins à partir d'un parcours de soins identifié et ses limites mettent en avant la nécessité de faire évoluer les outils de suivi et les modalités de financement.

3.4.1 L'étude menée porte sur l'organisation hospitalière de la filière en interne alors que la notion de parcours de soins nécessite une vision extrahospitalière portant également sur les modalités d'hospitalisation et sur le devenir du patient suite à l'hospitalisation.

L'étude menée dans le cadre de ce mémoire porte sur le parcours intra-hospitalier du patient âgé suite à une FESF, de son arrivée aux urgences à la fin de son séjour en MCO. En amont et en aval de ce parcours, sont comparés les taux de transfert des urgences et les modalités de sortie des patients hospitalisés, avec les approximations évoquées précédemment du fait du recueil de données disponibles; en amont du fait de l'impossibilité d'évaluer le niveau de gravité à l'entrée du patient pour écarter ce biais de la comparaison (même s'il apparaît raisonnable de penser qu'il n'y a pas de raison géographique pour que les données ne soient pas comparables) et à l'aval du fait de l'imprécision des données collectées notamment concernant la sortie du patient.

L'hospitalisation pour FESF est pourtant souvent le déclencheur chez le patient âgé de 75 ans et plus de décompensation de comorbidités et de perte d'autonomie. Une hospitalisation rapide et brève est donc préférable, d'où l'objet de ce mémoire. Cependant, afin de parfaire l'étude des modalités de la prise en charge et d'en évaluer la qualité, il faudrait en analyser les taux de réadmission à 3 mois et à 1 an afin d'identifier si l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation ne sont pas la cause d'autres complications. Il serait également pertinent d'avoir une mesure complète du séjour (MCO et SSR), afin de se rendre compte de la durée de récupération de l'autonomie du patient avant de pouvoir rentrer à domicile. Cela aurait nécessité d'étudier le devenir des patients dans l'année suivant l'hospitalisation ; ce qui n'a pas été possible dans ce mémoire par manque d'un système d'information suffisamment approprié à une prise en charge pluri-professionnelle, accessible à des partenaires externes, qui aurait permis la collecte de données dans un temps limité.

L'ensemble du parcours patient et les alternatives à la prise en charge en institution sont ainsi importants à étudier. Il ne s'agit pas d'analyser le parcours de soins seulement sous l'angle de l'offre de soins hospitalière. Les alternatives ou en tout cas le réseau pouvant être mis en place pour garantir un retour rapide à l'autonomie du patient comprennent : l'hospitalisation à domicile, le lien avec le médecin traitant et la médecine libérale, les aides à domicile, etc.

Par quels moyens est-il donc possible de « rapprocher » les acteurs pour une prise en charge globale ? La Pitié Salpêtrière a fait le choix de mettre en place une filière hyperspécialisée en constituant une filière gériatrique, centrée sur la prise en charge hospitalière, du fait notamment de sa taille critique et de la disponibilité en interne de solutions d'aval. Il peut être considéré que cela ne se calque pas exactement sur les besoins du patient pour qui un retour rapide dans un environnement familial est préférable.

A Lariboisière, la filière gériatrique travaille à son ancrage dans le territoire par la mise en place d'un véritable réseau avec des partenaires locaux. Ce positionnement souhaité par les autorités de tutelle n'est pas prédéfini et doit être le résultat d'un travail de terrain commun. La participation de la filière gériatrique des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal à un projet-pilote impulsé par l'ARS et l'ANAP témoigne de cette volonté. Progressivement se posent les jalons pour permettre un partenariat réel avec les acteurs de terrain. Le déploiement du logiciel Trajectoire sur l'ensemble du groupe hospitalier doit permettre l'orientation des patients au mieux dans des structures d'aval. Les réflexions portant sur les alternatives aux urgences et l'accès à la filière courte

sont également des pistes afin « d'ouvrir l'hôpital sur la ville » et d'adapter l'offre de soins aux patients admis.

3.4.2 La mise en place d'outils de suivi de la filière gériatrique est nécessaire afin de faire valoir ses développements passés et à venir.

Tout au long de cette étude, l'accent a été mis sur la nécessité de disposer d'un système d'information adapté comprenant l'ensemble de la prise en charge, ce qui n'est à l'heure actuelle pas toujours le cas. L'accessibilité de Middlecare, logiciel permettant l'informatisation du dossier patient sur le groupe hospitalier, aux professionnels de la ville, envisagée dans le cadre d'un projet « ville-hôpital » pour lequel le groupe hospitalier est pilote, permettra d'améliorer le suivi des patients hospitalisés ainsi que de leur parcours de soins par la suite, notamment en termes de taux de réadmission.

Il convient également, sur l'ensemble de la filière gériatrique, d'améliorer les outils de suivi à savoir un recueil de données exhaustif concernant la prise en charge des personnes âgées. Que ce soit en vue de justifier l'obtention de moyens ou de réfléchir aux modalités de prise en charge les plus appropriées (interventions de l'EIG, accès en filière courte, interventions d'un gériatre ou mise en place de l'UPOG), un tel recueil permettrait d'objectiver la réflexion sur le parcours de soins du patient et de rendre plus lisible l'activité des professionnels de santé. Le médecin, coordonnateur de l'UPOG à La Pitié Salpêtrière, a imposé à son service le remplissage d'un fichier très complet pour permettre un suivi de la mise en place de cette unité. Cela permettrait aux équipes transversales, l'EIG ou un gériatre s'il venait à travailler à temps partiel dans le service de chirurgie orthopédique, de mieux comptabiliser leur activité et de pouvoir en rendre compte. Enfin, si la démarche peut apparaître fastidieuse auprès des professionnels de santé et constituer une perte de temps, elle n'en reste pas moins un outil nécessaire pour évaluer la qualité des modalités de prise en charge ainsi que pour faire de l'optimisation des organisations de soins un objet de recherche

Cette étude est avant tout locale, elle évalue les modalités de prise en charge pour une pathologie et un établissement donnés, elle ne présume en rien de la viabilité d'autres organisations dans d'autres établissements et inversement. La territorialisation des politiques publiques, sous-jacente à l'instauration d'une médecine de parcours, impose dans tous les cas, une différenciation des modalités de prise en charge, soit des moyens offerts pour couvrir les besoins de santé, afin d'en prendre en compte les spécificités, même si l'objectif reste identique à tous les établissements de santé à savoir garantir la

meilleure prise en charge possible au moindre coût. La transposition de ces résultats à d'autres établissements serait donc inappropriée ; cela étant, il est possible d'en répliquer la méthode. A partir du moment où les systèmes d'information et des recueils de données suffisamment exhaustifs sont disponibles, il est possible d'identifier les points critiques d'un parcours de soins quantitatifs et à l'aide de la littérature et d'entretiens menés avec les professionnels de santé concernés d'en identifier les points critiques qualitatifs. Ainsi, avec un système d'information et un recueil de données adéquat, elle pourrait notamment être généralisée pour l'ensemble des catégories de la CIM 10 pour lesquelles les séjours de patients âgés sont les plus nombreux afin d'optimiser la prise en charge des principales pathologies. Cela irait dans le sens de la fluidification du parcours-patient et de l'adaptation de l'organisation hospitalière par service à une médecine de parcours, prenant en charge des populations cibles, et favoriserait ainsi la transversalité des soins amorcée par la mise en place des pôles.

3.4.3 L'adaptation de l'offre de soins hospitalière aux parcours de soins nécessite de plus un ajustement tarifaire comprenant la coopération et la qualité.

Le financement de la coopération :

L'ouverture de la filière gériatrique sur l'extérieur afin d'ajuster l'offre de soins au parcours patient nécessite du temps. Elle impose aux acteurs de coopérer entre eux et de réfléchir aux modalités de prise en charge les plus appropriées. Les partenariats et les réseaux locaux ne sont pas prédéfinis et sont souvent personnes-dépendantes. Ce temps de coordination n'est pourtant aujourd'hui pas l'objet d'un financement spécifique. Seul l'article 70 du projet de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 (PLFSS) prévoit la possibilité d'expérimenter de nouvelles modalités de financement de la coordination dans le cadre d'une filière de soins. Il ne connaît cependant pas de mise en œuvre concrète pour le moment, si ce n'est un appel à projet national décliné en Ile-de-France par l'ARS pour lequel la filière gériatrique des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal n'a pas été retenu. Il apparaît essentiel que ces initiatives se multiplient afin de ne pas décourager les porteurs de projet sur le terrain.

Le financement de la qualité :

Concernant le parcours intra-hospitalier étudié dans ce mémoire, la recherche d'efficience au sein même de l'établissement pourrait également être l'objet d'un financement particulier. De nombreux rapports⁷¹ et interventions⁷² font état de la nécessité de prendre

⁷¹ Ex. Rapport d'information n°703 de la MECSS sur le financement des établissements de santé.

en compte des éléments qualitatifs dans le financement des prises en charge hospitalières, qui sont de plus en plus évaluées en fonction de leur capacité à s'adapter aux parcours du patient et à maîtriser l'incidence d'évènements indésirables. Un appel à projet lancé par la HAS et la DGOS à l'été 2012 dans le cadre d'un projet de recherche IFAQ (« Incitation financière à l'amélioration de la qualité ») vise à évaluer le niveau de qualité des établissements participants et les efforts menés pour son amélioration, en contrepartie desquels pourra être donné un financement forfaitaire de mission d'intérêt général (MIG). De telles évolutions de prise en compte de la qualité laissent à penser qu'un financement spécifique à terme pourrait participer à la mise en place d'une organisation qui améliore les modalités de prise en charge des patients âgés pour en garantir la rentabilité.

⁷² Ex. Discours de la Ministre de la santé du 6 septembre 2012 et discours de la Ministre déléguée à la famille du 2 octobre 2012

Conclusion

D'après un rapport de l'Inspection des Affaires sociales (IGAS)⁷³, rendu public début octobre 2012, « l'impact de la tarification à l'activité (T2A) reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale ». Ce mode de financement des hôpitaux leur impose de se concurrencer ou de coopérer. La compétition est possible tant qu'il existe une marge de manœuvre concernant le volume de patients pris en charge ou, selon le jargon entrepreneurial, « des parts de marché ». La taille critique pour un établissement de santé est cependant moins facile à atteindre que pour une entreprise industrielle, notamment du fait de la régulation des autorités de tutelle et de la production de soins « localisés ». L'enjeu est de répondre à un besoin de santé du territoire de proximité. Même pour un établissement de l'AP-HP, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) à renommée internationale, le recrutement d'un nombre suffisant de patients afin d'être financièrement à l'équilibre ne va pas de soi. Ainsi, assurer une qualité des soins par une organisation efficiente impose de coopérer, d'une part entre établissements et entités externes à l'hôpital afin d'assurer des « débouchés », des solutions d'aval et de garantir une viabilité de notre activité et, d'autre part entre professionnels au sein d'un même établissement pour optimiser l'offre de soins en ce qui concerne la qualité et le coût de la prise en charge.

Cette recherche d'efficience ne peut se faire qu'à un niveau local, chaque territoire et chaque établissement ayant ses contraintes propres en termes d'offres de soins et de besoins, d'où l'intérêt de développer les expériences locales afin de permettre une appropriation par les acteurs de terrain de ces enjeux et de développer des solutions en adéquation avec leur réalité quotidienne. L'expérience menée par l'ARS et l'ANAP va dans ce sens. Elle pourrait d'ailleurs permettre par la suite de développer des coopérations plus stratégiques (ex. rapprochement SAMU-Pompiers-Hôpital), difficile à établir directement au niveau national. C'est donc finalement la rationalisation des moyens financiers qui amènent les acteurs à coopérer dans un milieu faussement compétitif puisque régulé et devant répondre à des enjeux de santé publique de proximité.

La coopération illustre le concept de territorialisation, qui relève avant tout de relations interpersonnelles dans la pratique. Elle doit cependant s'appuyer également sur des données objectives afin de valider les orientations envisagées. Ce mémoire tente de

⁷³ Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, A. Bruant-Bisson, P. Castel, M-P Panel, Rapport de l'Inspection des Affaires Sociales (IGAS), mars 2012

proposer une méthode, mais de façon plus générale, différentes initiatives témoignent de l'intérêt porté sur des études quantifiées des filières de soins pouvant être réalisées.

Lors d'un séminaire organisé par l'ANAP⁷⁴, Thomas Wanecq, chef de projet à la direction de la sécurité sociale sur les expérimentations menées au titre de l'article 70 du PLFSS précité, rendait compte du manque d'études médico-économiques concernant les filières de soins. L'absence de système d'information suffisamment complet en est une des causes. Mais la prise de conscience tardive de la nécessité d'objectiver les gains en efficience, pouvant être issus de l'organisation de l'offre de soins et non seulement de la réduction des effectifs ou des moyens, en est une autre. Dans cette perspective, des groupes de travail⁷⁵ réfléchissent aux modalités d'adaptation de l'offre de soins aux parcours de soins ainsi qu'à leurs impacts médico-économiques.

Dans un rapport portant sur le devenir envisageable de l'Hôtel Dieu⁷⁶, il est évoqué la possibilité de mettre en place une cellule de recherche en management hospitalier pour fournir des orientations et des pistes en organisation, ainsi que des benchmarks, sur lesquels pourront se fonder les futurs gestionnaires dans l'exercice de leurs métiers. Ces orientations sont encourageantes, afin de garantir un système de soins de qualité tout en contenant les dépenses de santé dans un contexte budgétaire français très contraint depuis la crise financière de 2008.

⁷⁴ Séminaire du lundi 18 juin 2012 organisé par l'ANAP sur le parcours du patient âgé.

⁷⁵ Suite aux propositions du HCAAM sur la perte d'autonomie un COPIL a été mis en place en avril 2012. Des groupes de travail ont été institués portant sur les sujets suivants :

- Atelier 1 : recueil et exploitation de données cliniques par les professionnels de premier recours ;
- Atelier 2 : coopération et coordination entre professionnels de santé, professionnels du secteur social autour du parcours de personnes en perte d'autonomie hors hospitalisation ;
- Atelier 3 : optimiser les modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées en perte d'autonomie et faciliter les sorties d'hospitalisation ;
- Atelier 4 : prévoir les objectifs et les conditions d'évaluation des projets pilote.

⁷⁶ « Création d'un hôpital universitaire de santé publique à l'Hôtel Dieu », rapport du groupe de travail, réflexion prospective, présidé par Madame Yannick Moreau, Juin 2012

Bibliographie

Articles et études :

« Activité d'un gériatre dans un service de chirurgie orthopédique », A. Durand, A. Veiga-Hellmann, B. Gonzalez, P. Rabier Lebrun, M-P Harvy, O. Gagey, L'année gériatrie 2007

« La chirurgie de la personne âgée », Dossier, Soins gériatrie, n°87, janvier-février 2011

« La chirurgie des patients âgés vulnérables », L'année de gériatrie 2008

« Coût socio-économique d'une fracture per-trochantérienne en 2010 », C. Chantelot, E. Marchetti, N. Maisse, Ortho-gériatrie, Sauramps médical, 2012

« Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? », M. Dubois, J. Lorthiois, S. Mansour, M. Fleury, N. Ballouche, P. Blanc, J-B Gauvain, Gériatrie et société, n°126, septembre 2008

« Evolution du repérage des comorbidités des patients ayant une fracture du col du fémur par l'intervention des équipes mobiles gériatrie », Présentation du Dr Frédéric Bloch et le groupe de travail du CEMGF, juin 2012

« Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? », Etudes et résultats DREES, n°723, 2010.

« Fracture du col du fémur et urgences gériatriques : prise en charge, organisation et indicateurs », J. Cohen-Bittan, A. Forest, J. Boddaert, Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation, n°30, pp. 41-43, 2011.

« Geriatric co-management of proximal femur fractures: total quality management and protocol-driven care result in better outcomes for a frail patient population », S. M. Friedman, D. A. Mendelson, R. M. McCann, Volume 56, n°7, 2008.

« L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030 », Etudes et résultats DREES, n°654, 2008.

« Impact of a comanaged geriatric fracture center on short-term hip fracture outcomes, Arch Intern Medecine, SM Friedman, DA Mendelson, KW Bingham, SL Kates, 2009

«Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education»: An emerging concept», D'Amour et Oandesan, Journal of interprofessional Care, n°19, 2005

« Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009 », Etudes et résultats DREES, n°774, 2011.

« Les urgences chirurgicales chez le patient âgé », J. Cohen-Bittan, H. Lazareth, L. Zerch, A. Forest, J. Boddaert, Soins gériologiques n°87, janvier-février 2011

« Outcomes in older patients after surgical treatment for hip fracture: a new approach to characterise the link between readmissions and the surgical stay », A. Teixeira, L. Trinquart, M. Raphaël, T. Batianic, G. Chatellier, J. Holstein, Age and Ageing 2009, n°38, pp. 584-589, avril 2009.

« Stratégie de prise en charge préopératoire visant à diminuer la morbidité et la mortalité de la fracture du col fémoral », F.Ferré, V. Minville, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, n°30, pp. 45-48, 2011

Avis et rapports :

« Assurance maladie et perte d'autonomie », Rapport du HCCAM, 23 juin 2011.

Avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCCAM) du 23 mars 2012 :

« L'avenir de l'assurance maladie : Les options du HCAAM. »

Création d'un hôpital universitaire de santé publique à l'Hôtel Dieu, rapport du groupe de travail, réflexion prospective, présidé par Madame Yannick Moreau, Juin 2012

Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, A. Bruant-Bisson, P. Castel, M-P Panel, Rapport de l'Inspection des Affaires Sociales (IGAS), mars 2012

Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques, Recueil des bonnes pratiques, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, septembre 2006 et rapport final juin 2008

« Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé – Etude qualitative d'un échantillon de 8 établissements », Jean-Claude Moisdon, Michel Pépin, Série Etudes et Recherche, DREES, n°97, mai 2010.

« Refonder la tarification hospitalière au service du patient », Rapport d'information de J. Le Menn et A. Milon, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n° 703, 25 juillet 2012

« La santé observée à Paris. Tableau de bord départemental », L'Observatoire régional de santé Ile-de-France, juin 2011

« Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010, Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus », Service Financement des établissements de santé, Pôle suivi de l'ONDAM hospitalier, ATIH, juillet 2012.

Ouvrages et revues :

Les cahiers de l'année gérontologique 2011, Springer

Les innovations, Gérontologie et société n°126, Fondation nationale de gérontologie, septembre 2008

Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire, Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire, Guide ANAP 2012

Les parcours de personnes âgées sur un territoire, Retours d'expérience, Guide ANAP 2011

Textes réglementaires :

Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Circulaire n°2007-117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques

Sites internet :

Site de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) : www.anap.fr

Site de l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS) : www.sante-iledefrance.fr/

Site de la Haute autorité de Santé (HAS) : www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) :
www.insee.fr

Site de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) :
www.irdes.fr

Site du Livre Blanc Santé 2025, Un monde d'innovation : www.sante-2025.org

Site du Ministère en charge de la santé : www.sante.gouv.fr

Site du Sénat : www.senat.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens menés.....	II
Annexe 2 : Situation financière des Hôpitaux Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal....	III
Annexe 4 : Description du projet pilote mené par l'ANAP et l'ARS	V
Annexe 5 : Calcul de l'impact du vieillissement de la population sur les arrivées aux urgences pour une FESF	VI
Annexe 6 : Calcul des coûts journaliers d'une hospitalisation selon le service.....	VIII
Annexe 7 : Données concernant l'activité du service d'orthopédie	IX

Annexe 1 : Liste des entretiens menés

- *Aux hôpitaux universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal :*

Remy Nizard, Professeur des universités et Praticien hospitalier, Président de la CMEL, service d'orthopédie

Agnès Raould, Praticien hospitalier, Service d'orthopédie

Antonio Teixeira, Praticien hospitalier, Service de gériatrie

Claire Kiffel, Praticien hospitalier, Service de gériatrie, Equipe Mobile d'Intervention Gériatrique

Valérie Sénégas, Psychologue, Equipe Mobile d'Intervention Gériatrique

Jean Laganier, Praticien hospitalier, Service de gériatrie

Bertrand Galichon, Praticien hospitalier, service des urgences

Pierre Mongiat-Arthus, Praticien hospitalier, Service d'urologie

Christian Nicolas, Directeur général adjoint, directeur du site Lariboisière et directeur des Affaires médicales

Laëtitia Flender, Directrice des Affaires Financières

Bérengère Deforge, Contrôleur de gestion

Christelle Duteil, département de santé publique et économie de la santé

Fabien Martinez, ingénieur des organisations du département de l'information médicalisée

Marinette Olivier-Thomas, Directrice de la Performance médicale

Claire Lansac, Attachée d'administration à la Direction de la Performance Médicale

- *A La Pitié Salpêtrière :*

Marc Verny, Professeur des Universités et Praticien hospitalier, chef de service de gériatrie

Jacques Boddaert, Professeur des Universités et Praticien hospitalier, service de gériatrie, coordonnateur de l'UPOG

Luc Geoffroy, contrôleur de gestion à La Pitié-Salpêtrière

Anne Papas, cadre supérieure de santé du service de gériatrie

Laurence Caillard, cadre supérieure de santé du service de gériatrie

- *Autres établissements/institutions :*

Michel Csaszargoutchkoff, médecin à l'ARS

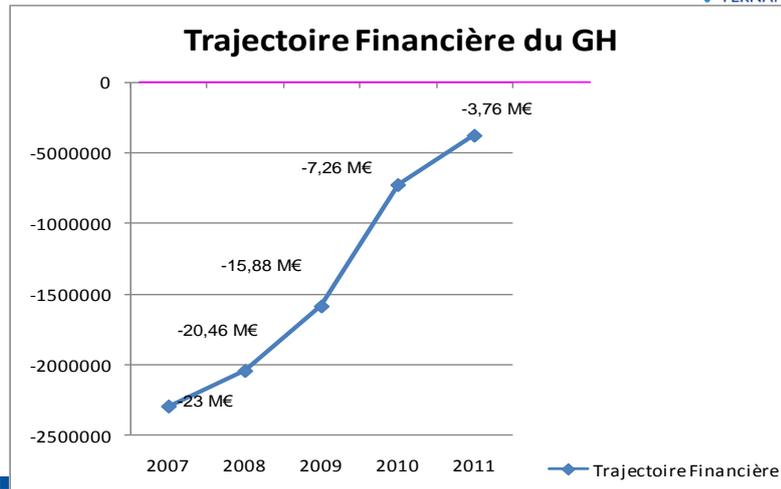
Michel Naïditsch, Chercheur associé à l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

Aurélié Misme, médecin, administratrice du réseau Paris Nord

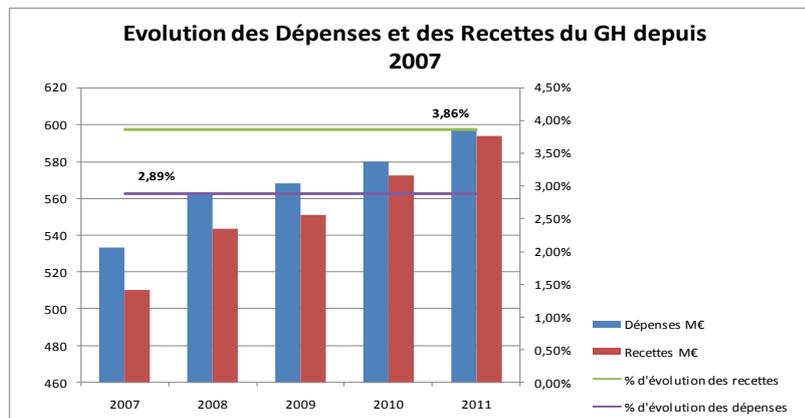
Annexe 2 : Situation financière⁷⁷ des Hôpitaux Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal

Résultat 2011 du GH :

Résultat 2011 du GH (compte résultat principal)



Dynamique des recettes et des dépenses depuis 2007:



⁷⁷ Documents présentés par la direction des affaires financières des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, lors du Comité exécutif local élargi du 28 juin 2012

Annexe 3 : Description de la filière gériatrique des Hôpitaux universitaires Saint Louis, Lariboisière, Fernand Widal

La filière gériatrique du territoire de santé du Nord-Est Paris a pour périmètre d'action les 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Le groupement hospitalier Saint Louis, Lariboisière, Fernand-Widal est considéré comme étant l'établissement support de la filière.

Elle accueille des patients âgés de plus de 75 ans poly-pathologiques présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité d'organe.

Au sein de la filière, le patient gériatrique bénéficie d'une palette complète de prises en charge spécifique. Cette prise en charge se fait en lien avec le médecin traitant et est assurée en consultation, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation traditionnelle.

Son offre de prise en charge comprend les établissements et les spécialités suivants.

Etablissement	Type de prise en charge	Nombre de lits /Places	Moyen en ressources humaines
Hôpital Lariboisière	Unité de médecine de gériatrie aigüe	18 lits (dont 2 depuis juin 2011) dont 1 dédié aux soins palliatifs 45 entrées par mois D'ici fin 2012 : souhaiterait arriver à 20 lits avec 2 médecins senior et 2 internes	2 médecins seniors 1 interne
	Equipe d'intervention gériatrique		1 médecin 1 infirmière 1 psychologue
	Consultations Gériatrie générale	2 demi-journées par semaine	2 médecins
	Hôpital de jour (MCO, dans bâtiment Médecine A)	2 places par jour 2 jours par semaine	
Hôpital Fernand-Widal	Soins de Suite et de Réadaptation	60 lits	2 médecins seniors 2 internes (devrait passer à 3 médecins seniors et 3 internes prochainement, ratio personnel médical/lits serait 1 senior pour 20 lits)
	Unité de Soins de Longue Durée	78 lits	1 médecin
	Consultation Mémoire	3 demi-journées par semaine	2 médecins
Hôpital Saint Louis	Consultation avancée	1 demi-journée par semaine	
	Avis gériatrique en salle en médecine interne et participation aux RCP	1 demi-journée par semaine	
Hôpital Jean-Jaurès	Soins de Suite et de Réadaptation	33 lits de SSR polyvalent et gériatrique 27 lits en gériatrie	
Clinique du Canal de l'Ourcq (Korian)	Soins de Suite et de Réadaptation	30 lits de SSR à orientation gériatrique	
Clinique des Buttes-Chaumont (Clinalliance)	Soins de Suite et de Réadaptation		
Lajoncquière (Clinéa)	Soins de Suite et de Réadaptation		
Etablissement partenaires ayant signé une convention de partenariat avec l'un des établissements membres			
Clic Paris Emeraude Nord Est			
Réseau de Santé Paris Nord (RSPN)			
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : ADIMA, ASAD, SOS Habitat et Soins, Maison des champs URA			
Hospitalisation à domicile (HAD)			

Annexe 4 : Description du projet pilote mené par l'ANAP et l'ARS⁷⁸

LE PARCOURS DE SANTÉ TERRITORIAL DE LA PERSONNE ÂGÉE 9ème, 10ème, 19ème – Paris



« La coordination des acteurs de santé :
Effet de mode ou nécessité ? »

Caractéristiques du territoire desservi

Cartographie du Territoire



Contexte démographique

- Population totale : 341 000 habitants
- Personnes âgées de plus de 60 ans : 52 000 habitants
- Personnes âgées de plus de 75 ans : 39 480 habitants
- Bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées à domicile : 2 600 habitants
- Bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées en EHPAD : 400 habitants

Contexte épidémiologique

- 85% des personnes âgées avec au moins une affection chronique
- 1% des plus de 60 ans et 6% des plus de 80 ans sont hospitalisés
- 10% des passages aux urgences ont plus de 65 ans
- 20 800 personnes âgées de plus de 75 ans sont en ALD (environ 52%)

Contexte géographique & socio économique

- Forte densité de population concentrée sur une faible superficie
- Personnes âgées défavorisées avec des faibles revenus (19^e en particulier)
- Faible taux de personnes âgées placées en institution

Caractéristiques de l'offre de soin

- Médecine de ville conforme à la moyenne nationale mais pyramide des âges défavorable
- 1757 médecins libéraux et spécialistes avec une moyenne d'âge 55 ans
- Équipements en SSR et EHPAD très inférieur à la moyenne nationale
- Forte structuration de la filière gériatrique avec prise en charge du 18^{ème}
- Bonne lisibilité de l'offre de soin par le grand public et les professionnels

Prévisions démographique & épidémiologique pour 2020

- Personnes âgées de plus de 85 ans : + 4 000 habitants
- Affections longue durée : + 2560 habitants
- Personnes en perte d'autonomie : + 623 habitants
- Population du territoire en rupture sociale : 5%

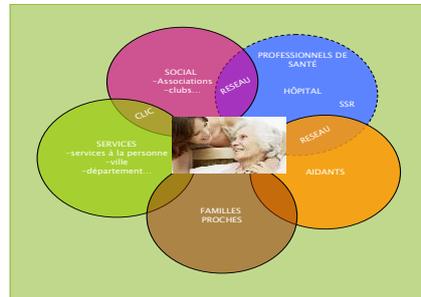


Vers une transformation de la filière de soins gériatriques hospitalière

Hier, la filière hospitalière a été ouverte sur les partenaires extra hospitaliers



Aujourd'hui, la filière évolue vers le parcours de santé en prenant en compte tous les acteurs de la prise en charge de la personne âgée



Expérimentation ARS-ANAP

Objectif : prendre en charge la personne âgée malade, au bon endroit, au bon moment

1^{ère} étape : réalisée

- Analyser les parcours et flux avec deux points considérés comme particulièrement critiques : les urgences et SSR post-AVC
- Identifier les forces et faiblesses dans l'organisation et/ou l'utilisation de l'offre de soins (sanitaire, sociale et médico sociale) : méthodologie « Balance of Care »
- Elaborer une feuille de route avec des propositions concrètes
- Partager une méthodologie commune et reproductible pour l'ensemble des régions

Démarche nationale sur trois territoires : Ile de France, Pays de Loire et Languedoc Roussillon

2^{ème} étape. Feuille de route sur le 9^e, 10^e, 19^e : en cours

- Construire une nouvelle gouvernance et animer la démarche grâce au contrat de territoire
- Réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence
- Expérimenter la mise en œuvre d'un programme de gestion de la maladie chronique

La filière est constituée de :

- **Établissement support** : Hôpitaux Universitaires Saint Louis, Lariboisière, Fernand Widal, service des urgences et service de gériatrie
- **Membres de la filière** : Jean-Jaurès, Clinique du Canal de l'Ourcq, Clinique des Buttes Chaumont, Clinique de la Jonquière
- **Partenaires de la filière** : Réseau de Santé Paris Nord, CLIC, SSIAD, HAD, EHPAD, secteurs psychiatriques, structures accueil de jour
- **La filière est structurée :**
 - **Comité de coordination (CC)**
 - 3 réunions par an
 - Articulé autour des établissements membres depuis 2010
 - Élargissement du CC au CLIC et RSPN en avril 2012
 - Mission : rôle de gouvernance de la filière
 - **Assemblée Générale (AG)**
 - 1 réunion par an
 - Ouverte à l'ensemble des partenaires
 - Ses missions :
 - Favorise le partage des axes politiques décidés annuellement
 - Lieu d'échange et d'information



Demain, un acteur unique qui contractualise avec l'ARS pour coordonner un territoire cohérent



Premiers résultats

Réussites

- Réorganisation de l'établissement support
 - Identification des coordinateurs médicaux et administratifs de la filière
 - Augmentation des capacités d'accueil en service de Gériatrie Aigue
 - Travail sur la performance :
 - Amélioration de la DMS : Gain de 4 jours en médecine et de 20 jours en en SSR
 - Filiatation des parcours en intrahospitalier
 - Mise en place d'une prise en charge spécifique en Oncogériatrie
- Labellisation de la filière en février 2010
- Structuration de la filière
 - Élargissement du Comité de Coordination au CLIC et RSPN en avril 2012
 - Renforcement du rôle de gouvernance de la filière
 - Réunion annuelle de l'Assemblée générale ouverte à tous les partenaires
- Construction d'outils
 - Annuaire informatisé : « Pages gérontologiques » (Site web)
 - Outil juridique en cours de constitution (GCMSM)
 - Unité de coordination d'Oncogériatrie sur le Nord de Paris en cours de constitution



Perspectives

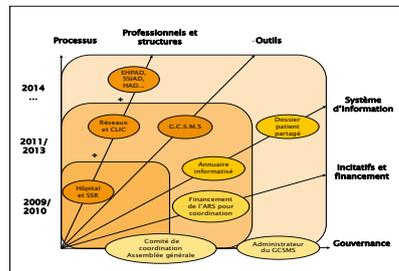
Leveriers

- Dynamiques institutionnelles
 - Loi HPST & LFSS (article 70)
 - ANAP - ARS Ile de France (Expérimentation parcours de santé)
 - AP-HP - Thématiques prioritaires
 - Département de Paris : refonte territoriale des CLIC
 - Valeurs partagées entre les professionnels du territoire
 - Offre de soins concentrée sur un territoire de faible superficie

Difficultés

- Financements cloisonnés entre sanitaire, social et médico-social
- Absence d'expérience de mise en place d'un parcours de santé gériatrique sur le territoire

« L'avenir m'intéresse car c'est là que je vais passer le reste de ma vie »
Woody Allen



⁷⁸ Présentation de la Direction de la Performance médicale du projet lors des universités d'été de l'ANAP en août 2012 sur le thème : « La coordination des acteurs de santé : effets de mode ou nécessité ? »

Annexe 5 : Calcul de l'impact du vieillissement de la population sur les arrivées aux urgences pour une FESF

L'augmentation de 20% d'ici 2015 et le doublement d'occurrence de FESF prévu pour 2040 conduiraient, toutes choses étant égales par ailleurs, respectivement à l'arrivée de 43 et 216 patients supplémentaires aux urgences de l'établissement pour un tel diagnostic.

Nombre de patients hospitalisés pour une FESF en 2011	Augmentation de 20% des arrivées aux urgences (2015)	Doublement des arrivées aux urgences (2040)
216	+ 43	+ 216

Etant donnée la répartition des arrivées aux urgences suivantes⁷⁹ :

	Nombre de patients hospitalisés pour une FESF 2011	Proportion de patients hospitalisés pour une FESF 2011
Hospitalisation dans le service d'orthopédie	125	58%
Hospitalisation dans un autre service que celui d'orthopédie	42	19%
Transfert dans un autre établissement	35	16%
Sortie sans soins	2	1%
Sortie après soins	12	6%
Décès	0	0%

A moyens constants d'ici 2015, l'augmentation de 20% impliquerait une augmentation⁸⁰ de la proportion de patients hospitalisés dans d'autres services et celle de transferts de la manière suivante⁸¹ :

⁷⁹ Cf. I. 1.2 Description de la prise en charge actuelle aux Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal

⁸⁰ Etant donné la saturation du bloc opératoire et le taux d'occupation des lits d'orthopédie à moyens constants

⁸¹ Les 43 patients supplémentaires seraient répartis dans des proportions identiques à aujourd'hui, soit $43 \times (42 / (216-125))$ dans un autre service, $43 \times (35 / (216-125))$ transférés, $43 \times (2 / (216-125))$ sorties après soins et $43 \times (12 / (216-125))$ sorties sans soins.

	Nombre de patients hospitalisés pour une FESF suite à une augmentation de 20% des arrivées aux urgences	Proportion de patients hospitalisés pour une FESF suite à une augmentation de 20% des arrivées aux urgences
Hospitalisation dans le service d'orthopédie	125	48%
Hospitalisation dans un autre service que celui d'orthopédie	62	24%
Transfert dans un autre établissement	52	20%
Sortie sans soins	3	1%
Sortie après soins	17	7%
Décès	0	0%

On suppose ici que les autres services pourront « absorber » cette augmentation, sans quoi le taux de transferts vers d'autres établissements pourrait passer à 25% selon les mêmes modalités de calcul.

Toujours à moyens constants d'ici 2040, la répartition des patients arrivant aux urgences pour une FESF serait la suivante⁸² :

	Nombre de patients hospitalisés pour une FESF suite à un doublement d'arrivées aux urgences	Proportion de patients hospitalisés pour une FESF 2011 suite à un doublement d'arrivées aux urgences
Hospitalisation dans le service d'orthopédie	125	29%
Hospitalisation dans un autre service que celui d'orthopédie	142	33%
Transfert dans un autre établissement	118	27%
Sortie sans soins	7	2%
Sortie après soins	40	9%
Décès	0	0%

⁸² Les 216 patients sont répartis selon les mêmes modalités que précédemment.

Annexe 6 : Calcul des coûts journaliers d'une hospitalisation selon le service⁸³

	Etablissements	Coût journée d'hospitalisation en orthopédie	Coût journée d'hospitalisation en gériatrie	Coût journée d'hospitalisation dans une unité d'ortho-gériatrie	Coût en matériel, produits médicaux et charges induites de blocs pour le service d'orthopédie hors coût de personnel
Charges directes (en €)	Personnel médical	322 533	163 778	42 450	
	Personnel soignant	3 312 536	771 534	199 976	
	Personnel autre	639 876	239 237	62 008	
	Total des charges de personnel A	4 274 945	1 174 549	304 434	0
	Spécialités pharmaceutiques	251 684	62 460	16 196	251 684
	<i>dont spécialités facturables en sus</i>	26 106	1 383	1 680	26 106
	<i>dont sous ATU</i>	0	0	0	0
	Produits sanguins labiles	173 231	16 925	11 147	173 231
	Dispositifs médicaux implantables (DMI)	1 902 907	1 654	122 453	1 902 907
	<i>dont DMI facturables en sus</i>	1 714 966	844	110 359	1 714 966
	Autres fournitures médicales	150 337	30 837	9 674	150 337
	Sous-total fournitures médicales	2 478 159	111 876	159 470	2 478 159
	<i>dont dispositifs médicaux financés en MIG</i>	0	0	0	0
	Entretien et maintenance de matériel	287	5 926	18	287
	Amortissements et locations de matériel	45 147	42 923	2 905	45 147
	Autres charges d'exploitation	167 558	84 041	10 782	167 558
	<i>dont fournitures</i>	27 780	11 159	1 788	27 780
	<i>dont services extérieurs</i>	139 778	72 882	8 995	139 778
	<i>dont autres charges</i>	0	0	0	0
	Total des charges d'exploitation (hors personnel) B	2 691 151	244 766	173 177	2 691 151
Total des charges directes brutes C = A + B	6 966 096	1 419 315	477 611	2 691 151	
Recettes de titre 3 D	9 151	3 077	589	9 151	
Total des charges directes nettes E = C - D	6 956 945	1 416 238	477 022	2 682 000	
Charges indirectes (en €)	Charges induites de laboratoire	303 365	97 420	19 522	303 365
	Charges induites d'explorations fonctionnelles	15 760	29 639	1 014	15 760
	Charges induites d'imagerie	287 038	43 422	18 471	287 038
	Charges induites d'anesthésiologie	1 892 006	1 805	121 751	1 892 006
	Charges induites de blocs opératoires	2 177 079	1 109	140 096	2 177 079
	Autres charges induites	495 244	75 793	31 869	495 244
	Total des charges induites F	5 170 492	249 188	332 723	5 170 492
	Sous-traitance médicale AP-HP (PIH)	4 598	2 126	296	4 598
	Sous-traitance médicale hors AP-HP	72 136	4 166	4 642	72 136
	Total sous-traitance médicale G	76 734	6 292	4 938	76 734
Total des charges H =	12 204 171	1 671 718	814 683	7 929 226	
UO	Type d'unité d'œuvre (UO)	Journée	Journée	Journée	Journée
	Nombre d'UO I	20 550	5 102	1 322	20 550
Coût moyen de l'UO (€/UO)		594	328	616	386

⁸³ Réalisé à partir des données de comptabilité analytique du groupe hospitalier disponibles, datant de 2010.

Annexe 7 : Données concernant l'activité du service d'orthopédie⁸⁴

		Activité cumulée GH Saint-Louis, Lariboisière FW - Fin Décembre 2011					
Service (ou URM) 47 LRB - Chirurgie Orthopédique							
	2009	2010	2011	Evolution 11 / 10	Cible 2011	Ecart 2011 / Cible	
						valeur	%
Activité MCO							
Hospitalisation complète*							
Nombre de séjours dans les structures d'HC	2 749	2 886	3 019	4,6%	2 898	+121	4,2%
<i>dont HC 0 nuit</i>	100	98	115	17,3%	97	+18	18,6%
<i>dont HC 1 nuit</i>	419	436	514	17,9%	436	+78	17,9%
<i>dont HC > 1 nuit</i>	2 230	2 352	2 390	1,6%	2 365	+25	1,1%
DMS (séjours > 1 nuit)	9,0	8,5	8,1	-4,7%			
IP (séjours > 1 nuit)	1,1	1,0	0,9	-7,9%			
PMCT	4 228	4 366	4 295	-1,6%			
Hospitalisation partielle*							
Nombre de séjours dans les structures d'HP	141	195	273	40,0%	196	-77	39,3%
PMCT	957	970	1 046	7,9%			
Taux d'occupation des lits							
Nombre de lits budgétés	70	62	62				
Taux d'occupation officiel	82,7%	90,8%	88,3%	-2,8%			
Taux d'occupation corrigé	89,1%	94,3%	92,2%	-2,2%			
Activité SSR							
Nombre de journées en HC							
Nombre de journées en HP							
Points IVA							
Taux d'occupation officiel							
Taux d'occupation corrigé							
Activité PSY							
Nombre de journées en HC							
Taux d'occupation officiel							
Taux d'occupation corrigé							
Activité SLD							
Nombre de journées en HC							
Taux d'occupation officiel							
Taux d'occupation corrigé							
Activité Médico-Technique							
Actes CCAM exécutés par l'unité							
Nombre d'actes (suppléments YYYY inclus, hors actes anapath)	7 009	7 175	7 906	10,2%			
Valorisation en ICR (hors actes anapath)	1 077 706	1 158 032	1 278 403	10,4%			
Actes de Biologie exécutés par l'unité							
Nombre d'actes B + P + BHN + PHN							
Total Equivalents B							
<i>dont équivalents B pour les hospitalisés</i>							
Actes de Consultations et autres actes NGAP exécutés par l'unité							
Nombre total d'actes de Consultation (C+CS+CNPSY+CSF)	14 310	15 526	17 172	10,6%			
<i>dont nombre d'actes CSF</i>							
<i>dont nombre d'actes C2 et C3 pour les externes</i>	661	690	630	-8,7%			
<i>dont nombre d'actes pour les externes</i>	14 033	15 273	16 950	11,0%			
Nombre d'actes AMI	4 485	4 638	4 727	1,9%			
Nombre d'actes MCS et MCG pour les externes			138				
Total Equivalents C (Consults, AMI et autres actes NGAP)	17 760	19 311	20 377	5,5%			
Nombre d'actes ATU			2				
Utilisation du Plateau Médico-Technique							
Actes CCAM demandés par l'unité							
Nombre d'actes (suppléments YYYY inclus)	22 336	23 531	22 256	-5,4%			
Valorisation en ICR	1 559 769	1 704 832	1 928 165	13,1%			
Actes NGAP de Biologie demandés par l'unité							
Nombre d'actes B + P + BHN + PHN	65 282	66 819	61 222	-8,4%			
Total Equivalents B	1 573 030	1 611 570	1 579 246	-2,0%			
<i>dont équivalents B pour les hospitalisés</i>	1 526 935	1 569 305	1 497 853	-4,6%			

*Attention, le nombre de séjours par pôle est ici un cumul des services (donc dont séj. multi-urm du pôle)

⁸⁴ Tableau réalisé par la direction des Affaires financières, disponible sur l'intranet.

BASCOUL

Marie

Décembre 2012

Filière Elève-directeur d'hôpital

Promotion 2013

Etude médico-économique d'une filière de soins sous l'angle d'un parcours de soins

Le cas de la filière de soins gériatrique à travers l'exemple du parcours de soins d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une fracture du col du fémur

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Centre national de gestion, Ecole des mines, Paris

Résumé :

La mise en place de filières de soins vise à répondre au mieux aux besoins des patients, en s'adaptant à leur parcours tout en optimisant financièrement l'offre de soins. Ces filières ne sont cependant pas prédéfinies. Si leur cadre est réglementairement imposé - elles doivent notamment compter certains types d'unité de soins -, leur composition n'est pas identique sur tous les territoires. Elles sont le produit de la coopération d'acteurs sur le terrain en fonction des besoins d'un territoire.

Dans quelle mesure est-il possible d'en garantir l'efficacité tant qualitative que financière ?

L'objet de ce mémoire est, à partir d'un parcours de soins, d'identifier les points critiques de la prise en charge étudiée, de comparer les modalités de prise en charge entre deux établissements - soit l'organisation des filières de soins - et d'en étudier les impacts financiers. Il portera plus précisément sur l'analyse de la filière de soins gériatrique à travers le parcours de soins d'un patient âgé de 75 ans et plus suite à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Les transferts à partir des urgences, l'accès au bloc opératoire, l'intervention d'un spécialiste en gériatrie, les modalités de sortie, apparaîtront comme étant des points critiques du parcours de soins. Les réponses apportées seront alors mises en regard de leurs impacts financiers.

Cette étude présente des limites du fait du manque d'un système d'information suffisamment adapté pour étudier la prise en charge extrahospitalière. Elle n'en reste pas moins un canevas transposable pour l'adaptation progressive de l'offre de soins en fonction des parcours de soins.

Mots clés :

Filière de soins, parcours de soins, gériatrie, fracture de l'extrémité supérieure du fémur, organisation de l'offre de soins hospitalière, efficacité, qualité, coopération, transversalité

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