



EHESP

**Filière directeur d'établissement
sanitaire social et médico-social**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Projet médical et évolution des modes
d'hébergement : quelle stratégie adopter
pour une prise en charge globale de la
personne âgée ?**

L'exemple du Centre Hospitalier de CHAMBERY

Céline FOURREAU

Remerciements

Je remercie tout d'abord, Madame Sylvia GOTTELAND, directrice des affaires médicales et des unités pour personnes âgées, pour son aide à la définition de ce sujet de mémoire, mais aussi pour la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de mon stage de professionnalisation.

Je remercie également Monsieur Sébastien VANHOVE, directeur de mémoire et enseignant au sein de l'IFROSS, pour son aide dans la rédaction du mémoire, ainsi que Monsieur Ndomété POUNEMBETTI pour son aide méthodologique à l'EHESP.

Je remercie tout particulièrement Madame Michèle RIFFLART, cadre supérieur du pôle hébergement, pour sa disponibilité, le Dr SAGNIER et le Dr BONIN ainsi que tous les cadres de l'hébergement et les gériatres de la filière gériatrique.

Merci à Madame Christiane COUTURIER, directrice des soins, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction pour leurs enseignements, et l'ensemble des professionnels du CH de Chambéry, et des établissements sanitaires et médico-sociaux, qui ont accepté de me consacrer du temps.

Ma reconnaissance se porte plus particulièrement à Monsieur André BURDIN et Madame Catherine RUFFIER au bureau des entrées de gériatrie et à Madame Yamina BOBIN, la gestionnaire des tutelles, qui m'ont aidée au quotidien, ainsi qu'au personnel des Terrasses de l'Horloge, de la Cerisaie, des Berges de l'Hyères et du Césalet dessus et dessous.

Je remercie également tous les résidents que j'ai pu rencontrer et qui m'ont permis de comprendre les besoins et les attentes dont doit prendre en compte un directeur d'EHPAD dans l'exercice de ses fonctions.

Mes remerciements s'adressent enfin à Madame TROADEC et Madame TANCHOT, qui m'ont accueillies au sein du conseil général de la Savoie afin de répondre à mes nombreuses questions.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES : UN HISTORIQUE ET UN ENVIRONNEMENT A PRENDRE EN COMPTE.....	5
1.1 Les modèles institutionnels de prise en charge de la personne âgée à travers le temps	5
1.1.1 Historique des modèles d'offre institutionnelle de prise en charge de la personne âgée.....	6
1.1.2 De la médicalisation à l'adaptation des institutions aux besoins exprimés de la personne âgée dépendante.....	8
1.2 Les enjeux actuels de l'hébergement de la personne âgée dépendante	11
1.2.1 Le défi du vieillissement de la population et de son espérance de vie pour un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes	11
1.2.2 Les effets de l'évolution de la dépendance sur le profil de la personne âgée accueillie.....	13
1.3 La prise en compte des enjeux actuels de la personne âgée.....	14
1.3.1 Au niveau national, de grandes orientations de politique publique.....	14
1.3.2 Au niveau local, des besoins sanitaires et sociaux de la personne âgée	16
2 L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGEE : ENTRE PROJET MEDICAL GERIATRIQUE ET OFFRE D'HEBERGEMENT MEDICO SOCIAL	19
2.1 Une filière gériatrique et un pôle médico-social tentant de répondre aux besoins d'un territoire : l'exemple du Centre Hospitalier de Chambéry.	19
2.1.1 Présentation de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chambéry.....	20
2.1.2 Présentation des modes d'hébergement de la personne âgée offert par le CH ..	22
2.2 Une multiplicité des pathologies en corrélation avec l'augmentation de la dépendance et du grand âge en institution.....	24
2.2.1 Identification des besoins en soins au sein d'un établissement.....	24
2.2.2 Les pathologies de la personne âgée au sein d'EHPAD et d'USLD	27
2.3 Une évolution : les modes d'hébergement conventionnels de la personne âgée ne suffisent plus	29
2.3.1 Un diagnostic interne : des forces mais aussi des faiblesses.....	30
2.3.2 Un diagnostic externe : des opportunités mais aussi des menaces	33

3	DIVERSIFIER L'OFFRE D'HEBERGEMENT DANS UN PROJET GLOBAL COMMUN DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE.....	37
3.1	Fixer des objectifs sanitaires et médico-sociaux partagés.....	37
3.1.1	Elaborer une nouvelle stratégie commune d'organisation de la prise en charge de la personne âgée	37
3.1.2	Adapter l'offre d'hébergement aux besoins en soins et à l'évolution de la dépendance des personnes âgées accueillies et à accueillir.....	41
3.2	Répondre aux besoins des personnes âgées au sein de la filière et à domicile	44
3.2.1	Transformer des lits d'hébergement conventionnel en hébergement temporaire	44
3.2.2	Créer des places d'accueil de jour en lien avec une plateforme de répit	45
3.3	Renforcer la coopération sanitaire et médico-sociale intra et extra hospitalière	45
3.3.1	Clarifier les liens entre filière de référence et filières de proximité : la labellisation d'une « inter filière »	46
3.3.2	Envisager les développements futurs d'activité des maillons de la filière gériatrique en fonction de l'évolution des besoins de la personne âgée.....	48
	CONCLUSION	51
	Sources et bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
ALMA	Allo Maltraitance
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CEG	Centre d'Evaluation Gériatrique
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CSG	Court Séjour Gériatrique
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
ETP	Equivalent Temps Plein
EVC	Etat Végétatif Chronique
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPP	Groupe de Patients Proches
INSEE	Institut National des Statistiques Economiques et Sociales.....
MAIA	Maison
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PH	Praticien Hospitalier
PMP	PATHOS Moyen Pondéré
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PSGA	Plan Solidarité Grand Age
SCM	Syndrôme Cognitivo-Mnésique
SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threats

TDS	Territoire de Développement Social
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
USLD	Unité de Soins Longue Durée
USSA	Unité de Soins Spécifique Alzheimer

INTRODUCTION

Le choix de consacrer ce mémoire professionnel à l'évolution des modes d'hébergement de la personne âgée sous l'angle du projet médical est venu d'une part, de l'observation d'une prise en charge globale de la personne âgée au sein d'une filière gériatrique intra hospitalière, et d'autre part, du constat d'un changement de profil des résidents qui entrent en institution aujourd'hui (augmentation de la dépendance, poly-pathologies, évolution dans les attentes des usagers et de leurs proches).

En effet, les résidents d'hier ne sont pas ceux d'aujourd'hui, ni ceux de demain. Avoir 70 ans en 2009, ce n'est pas la même chose que dans les années 50. La durée de vie moyenne des hommes est passée de 63 à 77 ans, et de 69 à 84 ans pour les femmes soit 14-15 ans de plus en 2009 que dans les années 50¹. La durée de vie des personnes s'allongeant, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses : 5,6 millions de personnes de 75 ans et plus en France, soit un tiers de plus qu'il y a dix ans². D'ici 2020, la population des plus de 85 ans devrait quasiment doubler passant de 1 100 000 à 1 900 000 et s'accroître d'ici 2025 avec l'arrivée au grand âge des générations issues du baby boom. De plus, avec l'augmentation de l'âge, la dépendance des personnes âgées augmente : 6 à 7% des plus de 60 ans sont en perte d'autonomie, alors que 30% des hommes de 90 ans sont dépendants³. C'est dans ce contexte que des pathologies dégénératives se développent : maladie d'Alzheimer, de Parkinson, et toutes les maladies dites apparentées. Ces maladies touchent 12% des plus de 70 ans, et pas moins de 850 000 personnes sont atteintes d'une maladie altérant le fonctionnement du cerveau, soit 1 français sur 4 est confronté à ce type de maladie par parent interposé (225 000 nouveaux cas recensés chaque année). Or, ce type de maladie est à l'origine de 70% des placements en institution⁴.

Certes la dépendance augmente mais l'offre des services à domicile s'est multipliée pour répondre au mieux aux besoins de la population, les dispositifs type Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) sont venus financés à domicile la prise en charge de

¹ DEHAN P., 2007, « *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer* », 2ème édition, Le Moniteur, Collection techniques de conception, 344p.

² PLA A., *Bilan démographique 2008 : Plus d'enfants, de plus en plus tard*, INSEE Première n°1220 - Janvier 2009, p16.

³ Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2006, Plan solidarité grand âge, pourquoi ce plan ? pp1-3.

⁴ Op. cit. p19.

la dépendance. En revanche, favoriser la politique du « domicile » dans les dispositifs législatifs et/ou réglementaires a également entraîné une entrée en institution de plus en plus tardive des personnes âgées (moyenne d'âge 85 ans en 2009 au lieu de 80 ans en 2002)⁵. Or, cela induit le plus souvent une entrée soit en urgence suite à une chute par exemple, soit par le biais de l'une des composantes d'une filière gériatrique support ou de proximité⁶. Dans la majorité des cas, l'entrée est alors subie et non voulue⁷, alors comment répondre au mieux aux besoins et attentes de personnes très dépendantes, comme les personnes de moins de 60 ans avec des pathologies très lourde de type Alzheimer ou troubles apparentés, handicapées vieillissantes, ou encore atteintes de troubles psychiatriques, tout en conciliant avec la fluidité du parcours d'une personne âgée au sein d'une structure hospitalière. Le projet médical d'un établissement comme le Centre Hospitalier de Chambéry en tant que centre hospitalier référent a su se réorienter pour créer une filière gériatrique en son sein tout en répondant aux besoins de proximité.

L'établissement dispose ainsi d'une filière gériatrique complète au sens de la circulaire du 28 mars 2007, allant d'un centre d'évaluation gériatrique avec un hôpital de jour qui réalise des bilans complets de la personne âgée en lien avec des partenaires extra muros, à un court séjour gériatrique, en passant par une équipe mobile de gériatrie, et par des services de soins de suite et de réadaptation gériatrique et psycho-gériatrique (unité de réhabilitation cognitivo-comportementale). L'ensemble de la filière est située au sein du CH de Chambéry, qui associe largement les acteurs du secteur sanitaire et médico-social du territoire par le biais des liens créés avec les différentes structures, services et acteurs extérieurs : EHPAD, SSIAD, accueils de jour, plateforme de répit pour les aidants ; professionnels libéraux (pour leur rôle dans le repérage, l'évaluation de l'accompagnement des personnes âgées...), intervenants sociaux (CLIC, Référents territoire de développement social, CCAS, ALMA Savoie...), mais également les filières de proximité pour des prises en charge spécifiques (EVC en Hôpital local).

Le gériatre, responsable de la filière gériatrique du CH de Chambéry, coordonne l'ensemble des activités auprès des personnes âgées accueillies au sein de l'établissement. Chaque gériatre intervenant au sein de la filière gériatrique est également référent pour les résidents des EHPAD et USLD qui constitue le pôle gérontologie de

⁵ Logiciel ARGOS 2002 et coupe PATHOS 2009.

⁶ GUETAT P., VERMOREL et BOLLIET J-M., « Filières de recours et filières de proximité », mars 2009, *Revue Hospitalière de France et Revue ARH Infos Rhône-Alpes*, n°51, pp. 4-7.

⁷ DARNAUD T., « L'entrée en maison de retraite : une lecture systémique du temps de l'accueil », 2ème édition, Issy-les-Moulineaux : ESF; Collection L'Art de la psychothérapie; 2007, 188p.

l'établissement, instaurant ainsi avec le médecin coordonnateur du pôle une véritable culture gériatrique dans le secteur sanitaire en lien avec le secteur médico-social. En effet, selon les besoins de la personne âgée, l'établissement dispose également de différents modes de prise en charge médico-sociale et d'hébergement : un accueil en EHPAD répartis sur 3 sites (unités des Griottes et des Merises 120 lits, unités du Granier et du Nivolet 65 lits, unités de l'Iseran et du Peney 64 lits et unités de l'Arcalod 30 lits sécurisés), un accueil en USLD (unité de la Vanoise 30 lits), un accueil en psychogériatrie traitant spécifiquement des pathologies de type Alzheimer sur 2 sites (unités des Mélèzes 21 lits et des Myosotis 30 lits), 10 studios avec 2 résidents par studio, 40 lits identifiés « fin de vie » (unité des Coquelicots).

Or, comme nous l'avons vu précédemment, les personnes âgées qui entrent en institution aujourd'hui le font de plus en plus tard, ou alors jeunes avec des pathologies lourdes, les modes de prises en charge de la personne âgée doivent donc évoluer, comme le montre l'exemple du Centre Hospitalier de Chambéry. Travailler sur la cohérence entre le projet médical de la filière gériatrique intra hospitalière et les modes d'hébergement me paraît déterminant dans l'exercice du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

A partir de ces constats, je me suis posée une question : quelle cohérence entre un projet médical gériatrique et l'évolution des modes d'hébergement gérontologiques dans l'organisation d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes ?

D'un point de vue méthodologique, j'ai procédé tout d'abord à un diagnostic de l'établissement à partir de données objectives (statistiques), puis j'ai élargi ma recherche au niveau territorial puis départemental (entretiens semi directifs ou ouvert au sein du conseil général de la Savoie, conférence sanitaire de territoire, ...). Par la suite, j'ai déterminé des hypothèses à ma question de départ :

- une filière gériatrique et un pôle hébergement (EHPAD et USLD) qui répond aux besoins des personnes âgées du territoire,
- la multiplicité des pathologies en corrélation avec l'augmentation de la dépendance et du grand âge font évoluer l'institution,
- les modes d'hébergement conventionnels de la personne âgée ne suffisent plus.

Pour chaque hypothèse, j'ai ensuite réalisé des entretiens semi directifs ou ouverts dans certains cas et procéder à des recherches bibliographiques. Une analyse de différents avis de gériatres et de personnels d'encadrement soignant au sein du CH de Chambéry m'a ainsi conduite à envisager des changements dans les modes de prise en charge de la

personne âgée dans les années à venir (2010-2015). Or, pour un directeur d'établissement pour personnes âgées, la stratégie a adopté afin de répondre aux changements de profils de ses résidents, doit être une priorité. Les modes d'hébergement sont adaptés à la prise en charge des pathologies existantes, mais lorsque celles-ci évoluent comment adapter les différentes structures d'un établissement et son organisation.

Ce mémoire procèdera donc en trois temps. Tout d'abord, je montrerai que les établissements pour personnes âgées ont un historique et un environnement à prendre en compte pour évoluer **(1)**. Ensuite, j'expliquerai pourquoi l'évolution des pathologies et des besoins de la personne âgée sont à concilier avec des modes d'hébergement actuel des établissements **(2)**. Et enfin, il s'agira d'adopter une vision stratégique permettant de déterminer comment concilier le projet médical et les possibilités d'évolution des modes d'hébergement avec l'organisation actuelle d'un établissement accueillant des personnes âgées **(3)**.

1 LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES : UN HISTORIQUE ET UN ENVIRONNEMENT A PRENDRE EN COMPTE

La prise en charge globale de la personne âgée nécessite une évolution au sein du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Or, « tout processus managérial repose sur un paradoxe fondamental, celui de devoir atteindre des buts qu'il s'est lui-même fixés, sans avoir la maîtrise ni de son environnement, ni même de ses propres acteurs »⁸. Avant de faire évoluer une organisation et d'entrer dans un « processus managérial », il est donc indispensable de comprendre dans quel contexte elle se situe. C'est pourquoi, si les modèles de prise en charge de la personne âgée à travers le temps ont encore des conséquences aujourd'hui sur les organisations existantes, il me paraît nécessaire de les expliquer **(1.1)** avant de comprendre les enjeux actuels de la prise en charge de la personne âgée en institution **(1.2)**, et pouvoir ensuite décrire les besoins de prise en charge de la personne âgée au sein d'un territoire **(1.3)**.

1.1 Les modèles institutionnels de prise en charge de la personne âgée à travers le temps

S'il existe plusieurs définitions de la personne âgée, il existe tout autant divers modes de prise en charge et d'hébergement qui se sont succédés au cours de l'histoire, allant de l'hôpital aux unités de soins de longue durée (USLD), et des hospices aux institutions équivalent domicile **(1.1.1)**. Ainsi, pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées au sein d'une institution, l'offre d'hébergement et de prise en charge a évolué en superposant différents modèles d'organisation **(1.1.2)**.

⁸ MIRAMON J-M., « *Le métier de directeur – techniques et fictions* », 2005, 2ème édition, Editions ENSP, 270p.

1.1.1 Historique des modèles d'offre institutionnelle de prise en charge de la personne âgée

Selon Alain VILLEZ, « si les institutions ne veulent pas sombrer dans la gestion rationalisée des corps de vieillards réduits au statut de simples objets de soins, elles doivent refonder leur projet de vie en fonction de différents modèles d'institutions qui ont jalonné l'histoire »⁹, tels qu'on les retrouve au sein de l'hôpital, de l'hospice **(A)**, de la maison de retraite ou de l'EHPAD **(B)**.

A) Une distinction entre l'hôpital et l'hospice : le poids de l'histoire

Chaque établissement qui accueille des personnes âgées aujourd'hui s'inscrit dans une continuité : si les USLD créées à l'origine pour être de « véritables lieux de vie pour les personnes nécessitant une surveillance constante et des soins requérant un plateau technique »¹⁰ sont les ancêtres de l'hôpital, les hospices sont les ancêtres de l'EHPAD.

En tant que lieu d'accueil des incurables, des indigents et des vieillards nécessiteux, l'hospice a été un des premiers modèles d'institution pour personne âgée. Ce modèle a d'ailleurs perduré plus de trente ans après la volonté des pouvoirs publics d'assurer leur transformation en maison de retraite médicalisée ou non, ou en unité de long séjour hospitalier (loi du 30 juin 1975)¹¹. L'objectif était d'inciter à la création de places de section de cure médicale, car de fait, même si à l'entrée les personnes étaient valides, au fur et à mesure des années leur état se dégradait.

Cette distinction entre hôpital et hospice confortée par le décret de 1958 et la loi de 1970, se ressent encore aujourd'hui dans la prise en charge de la personne âgée, même si les différents plans de santé publique tels que le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) et le Plan Alzheimer traduisent au niveau national le souhait d'instituer une cohérence nouvelle en décloisonnant les acteurs du sanitaire et du social.

⁹ VILLEZ A., « L'EHPAD - La crise des modèles », décembre 2007, *Gérontologie et Société*, n°123, pp.169

¹⁰ Ibid.

¹¹ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, *Journal Officiel* du 30 juin 1975.

- B) De la maison de retraite à l'EHPAD : une superposition de modèles d'organisation (familial, hôtelier, domicile)

L'offre d'hébergement proposé aux personnes âgées répond encore aujourd'hui aux modèles qui se sont succédés au fil du temps.

Le **modèle familial** des maisons de retraite apparaît dès les années 60. Il correspond aux structures de petite taille (une trentaine de places) et s'apparente à des pensions de famille sous l'autorité d'une maîtresse de maison, la plupart des projets de vie faisant référence à un mode de vie de type familial. La direction, véritable maîtresse de maison est souvent assimilée symboliquement au chef de famille. Pour transposer ce modèle familial aux unités de personnes âgées existantes au sein du centre hospitalier de Chambéry, il est intéressant d'observer que les cadres de santé du pôle hébergement s'occupent d'environ 30 résidents, et représentent cette image par le fait d'être garant de la qualité d'accueil et de vie des résidents à l'égard de leur famille.

Le **modèle hôtelier** est apparu dans les années 80 à l'initiative du secteur privé commercial, afin d'estomper l'image dégradée de la vieillesse et des corps déçus. Héritier des pensions de famille et des home privés anglo saxons et belges, le modèle hôtelier propose à ses usagers une structuration de l'espace en deux sphères : l'une relevant du privatif qui s'organise en chambres individuelles dotées de tout le confort sanitaire dont l'usage est centré sur ce qui relève de l'intimité (le repos, la vie personnelle) ; l'autre du collectif pour les domaines de la vie quotidienne (restauration, loisirs).

Ce modèle d'organisation en sphère l'une privé et l'autre collective se retrouve depuis la fin de l'humanisation des hospices dans la plupart des établissements accueillant des personnes âgées. La médicalisation généralisée de ces structures de par la réforme de la tarification des EHPAD introduite par la loi de janvier 1997, a contraint les gestionnaires à repositionner leur offre de service dans l'éventail des institutions pour personnes âgées. Plus que dans les autres EHPAD où le projet de soins prime encore trop souvent sur le projet de vie, les équipes soignantes qui ont été instituées dispensent leurs soins à la carte, et l'accompagnement et les soins sont prodigués de façon très individualisée. La vie quotidienne n'est pas centrée sur la satisfaction des besoins primaires¹², ni rythmée

¹² *Diaporama « Maslow et projets en EHPAD »*, disponible sur : <http://membres.lycos.fr/papidoc>.

par la distribution des soins mais respecte le rythme de vie de la personne et de ses autres besoins.

Le **modèle équivalent domicile** est apparu dans les textes dans les années 60 sous la notion de logement foyer (circulaire du 30 juin 1966 ministère du logement). Ce nouveau concept inscrit dans la problématique du logement social doit être porté au crédit des politiques de maintien à domicile et d'insertion sociale des personnes âgées initiées dans la continuité des préconisations du rapport Laroque. En cela le logement foyer tout comme celui de résidence service apparaît comme une structure intermédiaire entre le domicile et l'établissement. L'objectif des pouvoirs publics était de proposer aux personnes hébergées qualifiées de résidents un espace de vie conçu comme un logement, équipé de kitchenette, et non plus seulement de chambre. Les résidents sont invités à mener une vie plus autonome au sein de leur logement et les aides aux gestes de la vie quotidienne leur sont apportées par les services implantés dans le territoire ou par l'établissement de rattachement tel que pour les résidents des studios du Césalet dessous au CH de Chambéry. Une vie collective est toutefois proposée sous forme de restauration collective et d'animation. La participation des résidents à la préparation de ces temps de vie collective est fortement sollicitée par le personnel de la structure.

Après avoir exploré quelques modèles structurants des établissements sociaux et médico-sociaux force est de constater qu'aucun modèle ne se retrouve à l'état pur dans l'une ou l'autre des structures composant l'éventail des institutions d'hébergement de la personne âgée. L'offre d'hébergement et de prise en charge a évolué en superposant différents modèles historiques d'organisation pour répondre aux besoins de la personne âgée en institution

1.1.2 De la médicalisation à l'adaptation des institutions aux besoins exprimés de la personne âgée dépendante.

L'évolution de l'offre d'hébergement s'est tout d'abord médicalisée **(A)**, puis adapter aux besoins exprimés de la personne âgée dépendante **(B)**.

- A) La médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées : une réponse aux besoins en soins

Lorsqu'un établissement accueille des personnes âgées, il doit tenir compte de leur besoin en soins. Dans chaque structure, le modèle PATHOS détermine, au travers du PMP, un besoin en soins médicaux et techniques moyen par individu.

Selon une étude de la DREES¹³, une personne âgée qui entre en institution cumule en moyenne sept pathologies diagnostiquées. Au sein des établissements médico-sociaux s'est donc opéré un renforcement de la médicalisation, « mais alors comment rester chez soi dans un lieu qui ressemble de plus en plus à un hôpital, l'image à peine enlevée de l'hospice une autre la remplace ». Rester chez soi est encore possible en EHPAD. En effet, la présence médicale stricte demeure encore assez faible. La part du personnel médical dans les établissements accueillant des personnes âgées ne représente que 0,78%¹⁴, et correspond le plus souvent à un temps de médecin coordonnateur¹⁵ qui a pour fonction d'être le « vrai patron du projet de soins des établissements ». Toutefois, le projet de soins ne doit pas primer sur le projet de vie des personnes accueillies.

Différentes réformes sont intervenues pour adapter les institutions aux besoins de la personne âgée accueillie, c'est le cas de la loi du 24 janvier 1997 qui crée un nouveau statut celui : d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

B) L'adaptation des institutions aux besoins de la personne âgée dépendante

La première réforme a eu lieu avec la loi du 24 janvier 1997. Elle a créé un nouveau statut pour les institutions accueillant des personnes âgées : celui d'EHPAD. Ce type d'établissements doit assurer « *un hébergement en chambres individuelles avec quelques chambres doubles pour les couples dans un cadre de vie communautaire. Il doit obligatoirement fournir certains services comme l'entretien ménager et le blanchissage et a pour objectif d'offrir un hébergement permanent de qualité, avec une prise en charge globale de la personne* »¹⁶. Pour se transformer en EHPAD, l'établissement doit signer une convention tripartite pluriannuelle avec le conseil général et l'Etat. Quelques maisons

¹³ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*, DREES n° 515 - Août 2006, p8.

¹⁴ PREVOT J., *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES n° 689 – Mai 2009, tableau n°4.

¹⁵ Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD est paru au JO 28 mai.

¹⁶ Arrêté ministériel du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 27 avril 1999.

de retraite deviennent EHPAD de facto, lorsqu'elles sont complètement médicalisées avant cette réorganisation. Quant aux établissements non médicalisés, ils deviennent : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA). La signature de la convention est conditionnée à la définition d'un projet d'établissement global dont le contenu a été précisé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002¹⁷.

Désormais deux statuts coexistent : celui d'EHPAD et d'EHPA. Pour clarifier et objectiver cette situation le décret n°97-427 du 28 avril 1997¹⁸ a fait appel à la grille AGGIR, afin de mettre au point une graduation de la dépendance au sein des établissements. A partir du niveau de dépendance individuelle des résidents mesuré selon cette grille, on calcule le groupe iso ressources moyen pondéré de l'ensemble des résidents de l'établissement. Selon l'enquête ERNEST de 2001, il existe différents degrés de GMP qui qualifient les vocations différenciées des établissements :

- un GMP de 360 correspond au profil d'un logement foyer,
- un GMP de 564 correspond au profil d'un EHPAD,
- un GMP de 861 correspond au profil d'une USLD.

Après le temps de l'humanisation des hospices, puis de la médicalisation, les établissements d'hébergement de personnes âgées connaissent (depuis la loi du 24 janvier 1997) la troisième période de leur adaptation à l'évolution des besoins exprimés par les personnes âgées et leur famille, celle de la réforme de leur tarification qui subordonne leur fonctionnement et les conditions de vie qu'ils offrent à leurs résidents à des modes de régulation et de financement. Cette réforme a été nécessaire pour faire face aux enjeux actuels de l'hébergement de la personne âgée dépendante.

¹⁷ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel n°2 du 3 janvier 2002.

¹⁸ Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal Officiel du 30 avril 1997.

1.2 Les enjeux actuels de l'hébergement de la personne âgée dépendante

Les enjeux actuels de l'hébergement de la personne âgée en institution tiennent à un changement de profil des personnes accueillies. Une personne qui entrait en établissement médico-social, il y a quelques années pouvait y rester entre 10 et 20 ans, aujourd'hui la durée moyenne de séjour se situe à 2 ans et quelques mois¹⁹. La personne âgée accueillie n'est plus la même, il est donc nécessaire de prendre en compte d'une part, l'évolution du vieillissement et de l'espérance de vie de la population **(1.2.1)**, ainsi que sa dépendance, **(1.2.2)**.

1.2.1 Le défi du vieillissement de la population et de son espérance de vie pour un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes

L'Organisation mondiale de la santé définit une « personne âgée » à partir de 60 ans tout comme la réglementation française pour certaines prestations²⁰. Mais les problématiques de la gériatrie (poly-pathologie, perte d'autonomie, fragilité) concernent relativement peu d'individus âgés de 60 à 70 ans, encore appelé jeunes séniors ou « young old ». La durée de vie des personnes s'allongeant, la personne considérée comme « âgée » en 2009 concerne plus les individus de 75 ans et plus, soit 5,6 millions de personnes en France, ce qui représente un tiers de plus qu'il y a dix ans²¹. Entre 1975 et 1995, la population ayant atteint 75 et 85 ans a connu une croissance cumulée s'élevant respectivement à 32% et 113% alors que, dans le même temps, l'ensemble de la population française n'augmentait que d'un peu plus de 10%.

Cette évolution démographique a des incidences sur les structures pour personnes âgées. L'entrée en institution est de plus en plus tardive. Au 31 décembre 2007, les personnes accueillies en institution étaient âgées de 84 ans et 2 mois en moyenne, contre 83 ans et 8 mois en 2003 et 81 ans et 10 mois en 1990²².

¹⁹ PREVOT J., *Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES n° 699 – Août 2009, p8.

²⁰ Loi n°1997-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. Journal Officiel du 25 janvier 1997.

²¹ PLA A., *Bilan démographique 2008 : Plus d'enfants, de plus en plus tard*, INSEE Première n°1220 - Janvier 2009, p16.

²² Op. cit.

Par ailleurs, comme le souligne Bernard CASSOU, « les processus de vieillissement ne débutent pas à l'entrée en institution. C'est la façon dont on a vécu qui, en partie, détermine le vieillissement »²³. Or, la population a bénéficié des progrès de la médecine depuis les années 70 notamment avec la lutte contre les maladies vasculaires. Cela explique l'allongement de la durée de vie (14 ans pour les hommes entre 2009 et les années 50). La durée de vie moyenne des hommes est passée de 63 à 77 ans, et de 69 à 84 ans pour les femmes entre 2009 et 1950²⁴.

D'ici 2020, la population des plus de 85 ans devrait quasiment doubler passant d'un peu plus d'un million en 2005 à près de 2 millions en 2020 et s'accroître d'ici 2025 avec l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby boom.

Le vieillissement de la population auquel s'ajoute l'allongement de la durée de vie entraîne une évolution profonde des modes de vie et des comportements de la personne âgée notamment en institution. La génération accueillie actuellement reste certes encore réfractaire en majorité à l'évolution de nouvelles techniques, comme la domotique ou la télé assistance. Mais ces comportements se modifieront probablement avec l'arrivée de générations maîtrisant l'informatique, comme le montre d'ores et déjà la présence de cyber café dans certaines maisons de repos et de soins belges comme au Centre de Réadaptation. Heysel - G. Brugmann à Bruxelles. Cette évolution est déjà en cours, et les nouvelles générations d'octogénaires solvables et habitués aux technologies de l'information et à la consommation de masse, transformeront la demande.

Cette mutation changera les conséquences sur les niveaux d'exigence en terme d'habitat et de prise en charge des établissements et il importe d'en tenir compte dès aujourd'hui dans les objectifs à fixer d'un établissement accueillant des personnes âgées.

²³ CASSOU B., « Prévenir le vieillissement pathologique », décembre 1997, *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, p. IX.

²⁴ DEHAN P., 2007, « *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer* », 2ème édition, Le Moniteur, Collection techniques de conception, 344p.

1.2.2 Les effets de l'évolution de la dépendance sur le profil de la personne âgée accueillie

Avec l'augmentation de l'âge, la dépendance des personnes âgées augmente. 6 à 7% des plus de 60 ans sont en perte d'autonomie, alors que 30% des hommes de 90 ans sont dépendants²⁵.

Depuis que la Prestation Spécifique Dépendance relatives aux personnes âgées a été instituée²⁶, les politiques publiques sont orientées vers la prise en charge de la dépendance. Du point de vue législatif, « sont dépendantes les personnes pour qui est nécessaire l'aide effective d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence ou une surveillance constante en raison d'une grave altération de leurs facultés intellectuelles ou mentales ».

Pour évaluer le degré de dépendance, si la Belgique a recours à l'échelle de Katz, la France a adopté la grille AGGIR. Cet outil définit un barème décroissant de groupes ISO ressources plus communément baptisés « GIR » allant des niveaux 1 à 6. Les GIR 1-2 étant les plus dépendants et 5-6 les plus autonomes dans les gestes de la vie courante. La proportion de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire évaluées dans les GIR 1 à 4, est en hausse : elle était de 81% en 2003, et s'élève à 84% fin 2007 dans l'ensemble des établissements hors logements-foyers. Les personnes très dépendantes, c'est-à-dire évaluées dans les GIR 1 et 2 représentent plus de la moitié des résidents (51%), contre 47% en 2003. Les résidents sont plus dépendants dans les USLD. Ces unités étant des établissements de santé dont la vocation est de prendre en charge des patients non autonomes et qui ont besoin d'une surveillance médicale constante, elles n'accueillent quasiment que des résidents dépendants (98% de GIR 1 à 4 et 82% en GIR 1 et 2 dans les USLD non-EHPAD)²⁷.

Le GIR moyen pondéré (GMP) est un indicateur du niveau moyen de dépendance des résidents des établissements. Plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le GMP de l'établissement est élevé ; il atteindrait 1 000 dans un établissement où tous les résidents seraient en GIR 1. En moyenne sur l'ensemble des EHPA, il s'élève à 575 fin 2007, il était de 538 en 2003. Il est logiquement plus élevé dans les EHPAD (663

²⁵ Plan solidarité grand âge, pourquoi ce plan ? pp1-3.

²⁶ Loi n°1997-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. Journal Officiel du 25 janvier 1997.

²⁷ Op. cit. pp 15-18.

en moyenne, c'est-à-dire proche du nombre de points attribués à un GIR 3) que dans les établissements n'ayant pas signé de convention tripartite (363 en moyenne). Dans ces derniers, il est cependant plus fort dans les établissements privés lucratifs (619) que dans les établissements publics ou privés à but non lucratif (respectivement 330 et 336) et par ailleurs assez faible dans les logements-foyers (225) mais à l'inverse très fort dans les USLD (845).

Tenir compte des enjeux démographiques et de l'évolution de la dépendance est indispensable en tant que directeur pour répondre aux besoins des personnes accueillies.

1.3 La prise en compte des enjeux actuels de la personne âgée

Un établissement accueillant des personnes âgées que se soit dans le secteur sanitaire ou dans le secteur médico-social doit également tenir compte des enjeux nationaux, qui se déclinent à la fois dans des plans tels que le plan solidarité grand âge ou encore le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, mais également dans un dispositif législatif et réglementaire en faveur d'une prise en charge globale de la personne âgée **(1.3.1)**. Sa mise en œuvre au niveau local reste actuellement segmentée du fait du partage de responsabilités entre les autorités de régulation sanitaires et les autorités de régulation sociales et médico-sociales **(1.3.2)**.

1.3.1 Au niveau national, de grandes orientations de politique publique

Au niveau national, de grandes orientations de politique publique en faveur des personnes âgées tenant compte des enjeux actuels précités **(A)**, sont à décliner au sein d'un dispositif législatif et réglementaire **(B)**.

A) Des grandes orientations de politique publique

Au niveau national, différents plans influencent actuellement les établissements accueillant des personnes âgées tels que le plan solidarité grand âge 2007-2012, présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, ou encore le plan Alzheimer 2008-2012 lancé par le Président de la République le 1er février 2008.

Le plan solidarité grand âge est destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Dans cet objectif, le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de 75 ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent poly-pathologiques et fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie. Chaque personne a le libre choix de son mode de vie.

Pour une offre de soins adaptée à ce « libre choix », il est également nécessaire de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui progressent inexorablement avec l'âge. Centré sur la personne malade et sa famille, ce plan a pour objectif de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

B) Un dispositif législatif et réglementaire en faveur d'une prise en charge globale de la personne âgée

Le dispositif législatif et réglementaire montre une volonté politique de décloisonner les secteurs sanitaire et social. Il s'agit d'aboutir à une coopération renforcée entre les différents acteurs des deux secteurs, dont la collaboration se concrétiserait par la mise en commun de moyens logistiques et humains, puis d'une véritable politique favorisant la prise en charge globale de la personne âgée dépendante. En effet, la dépendance entraîne une multiplication des types d'accompagnement : une personne âgée dépendante reçoit en moyenne l'intervention de trois professionnels et jusqu'à six pour 25% des personnes âgées dépendantes²⁸. La coordination et la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'hôpital et l'établissement médico-social s'avère donc indispensable pour que la qualité des réponses apportées au bénéficiaire soit satisfaisantes.

La mise en place des CLIC ou encore des réseaux gérontologiques n'a pas réussi à achever le rapprochement des divers intervenants de la prise en charge de la personne âgée. Pour pallier à l'échec relatif de cette mise en œuvre, la circulaire du 28 mars 2007

²⁸ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 84 p.

va venir préciser la structuration territoriale de la prise en charge des personnes âgées grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les dispositions de la présente circulaire viennent conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire du 18 mars 2002 et cherchent à dynamiser les démarches entreprises en ce sens dans le cadre de la mise en œuvre des volets des SROS III consacrés aux personnes âgées.

La filière de soins gériatriques hospitalière²⁹ constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées. Une filière doit s'attacher à prendre en charge en priorité les personnes âgées résidant sur son territoire d'implantation et réfléchir à son parcours au sein de la filière et au sein de l'offre sociale et médico-sociale.

Toutefois, la prise en charge des personnes âgées relève à la fois de la planification de l'offre sanitaire effectuée par les services de l'Etat (DDASS/ARH) et de la planification sociale et médico-sociale effectuée par les services départementaux (Conseil Général), ce qui a des incidences sur l'offre d'hébergement proposée.

L'état des lieux et les grandes orientations de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale sont détaillés au sein de différents outils sur lesquels un directeur peut s'appuyer pour l'étude du contexte sanitaire et social d'un établissement, comme par exemple le SROS III, le SDPA et le PRIAC. Divers outils et différentes responsabilités débouchent sur un contexte sanitaire et social divers au niveau local.

1.3.2 Au niveau local, des besoins sanitaires et sociaux de la personne âgée

Quatrième Centre Hospitalier après les trois Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de la région Rhône Alpes, le CH de Chambéry, terrain d'étude de ce mémoire, est un établissement public de santé situé sur le département de la Savoie (73). Pour situer un

²⁹ Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2007-6, annonce n°138.

établissement dans son environnement, il est nécessaire de connaître les données locales du vieillissement de son territoire d'implantation **(A)**, ainsi que l'offre d'hébergement et de prise en charge existantes **(B)**.

A) Des données démographiques locales

La population de la Savoie est estimée à 383 338 habitants avec une progression annuelle moyenne de 1,04% entre 2000 et 2002. Ce dynamisme est imputable au solde naturel et au solde migratoire à hauteur de 50% chacun. La Savoie affiche un solde migratoire important par rapport à la moyenne régionale et nationale. Ainsi, entre 1990 et 1999, plus de 16 700 personnes se sont installées en Savoie, soit 18% de la population départementale. Ces nouveaux arrivants sont relativement jeunes (75% d'entre eux ont moins de 40 ans) et originaires de la région Rhône Alpes dans 40% des cas.

Dès 2010, les plus de 60 ans représenteront près de 22.5% de la population de la Savoie. Les projections pour 2020 montrent que leur part augmentera jusqu'à 28%, soit une hausse de près d'un 1/3 des personnes de plus de 60 ans. Ces dernières seront alors plus nombreuses que les moins de 19 ans (22%) et bénéficieront d'une espérance de vie croissante. Quant aux personnes de plus de 75 ans, elles passeront de 27 580 à près de 38 500 en 2010 (soit + 39 %). La part des plus de 85 ans correspond à ce jour aux années creuses liées aux deux guerres mondiales. Elle connaîtra une évolution importante dans les années à venir, leur nombre passant de 8 800 à près de 12 000 en 2010 (+ 36 %) et 14 200 en 2020 (+ 61 %).

Or, cette tranche d'âge est particulièrement significative, car elle correspond à l'apparition des problèmes de dépendance lourde et à l'âge moyen d'entrée en établissement.

B) Un état des lieux de l'offre d'hébergement et de prise en charge de la personne âgée : entre bassin de santé et territoire de développement social

L'offre d'hébergement proposée à l'accueil des personnes âgées au sein du bassin de santé n°11 se répartit en USLD (après partition) à 6%, en court séjour gériatrique (CSG) à 3%, en Equipe Mobile Gériatrique (EMG) à 3%, en Service de Soins Infirmiers A Domicile

(SSIAD) à 25% et pour la plus grande majorité en EHPAD selon le bilan de l'existant réalisé au 31 décembre 2008³⁰.

L'offre d'EHPAD qui représente près de 3 500 places est proposée en majorité par des établissements publics (61%), et part une part non négligeable d'établissements privés non lucratif (20%). Sur le territoire, les établissements privés à but lucratif ne représentent que 12% de l'offre et 241 places sont proposées par les collectivités territoriales (CCAS, Syndicat Inter communal, ...). Les personnes âgées peuvent également être accueillies en logement foyer (24%), en petite unité de vie (1%), ou en accueil de jour (2%).

Les objectifs fixés par le schéma départemental en faveur des personnes âgées étaient en 2005 de programmer « 1000 places adaptées à la dépendance ». Sur les 700 places prévues par création, 272 places ont été créés à ce jour, soit un objectif atteint à environ 40%. Quant aux 300 places par transformation de logement foyer en EHPAD, 229 sont ouvertes en 2009, soit un objectif atteint à environ 75%.

Par ailleurs, le département de la Savoie compte également offre d'hébergement spécifique au sein d'établissements ou d'unités accompagnement. C'est le cas en USSA (417 lits), en hébergement temporaire (63 lits), en accueil de jour (61 places) et en unités pour personnes handicapées vieillissantes (18 places).

Ce schéma arrive à son terme en 2010, certains objectifs seront priorisés dans le schéma suivant, qui tiendra compte de l'état de l'offre d'hébergement croisé entre sanitaire et médico-social, compte tenu des évolutions au sein des autorités de régulation.

Sur le territoire de développement social de Chambéry et de la couronne chambérienne, le CH de Chambéry est l'établissement de référence. Il dispose d'une filière gériatrique et d'un pôle avec une offre d'hébergement en EHPAD et en USLD lui permettant de répondre aux besoins de la population de son territoire d'implantation.

³⁰ Arrêté du directeur de l'ARH Rhône Alpes n°2009-RA-500 en date du 21 juillet 2009 relatif au schéma régional d'organisation sanitaire pour Rhône-Alpes.

2 L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE : ENTRE PROJET MEDICAL GERIATRIQUE ET OFFRE D'HEBERGEMENT MEDICO SOCIAL

Avant de pouvoir établir une analyse de l'existant en matière de prise en charge globale de la personne âgée (2.3), il est nécessaire au préalable de présenter le terrain de cette étude (2.1) puis d'identifier le profil des résidents accueillis et à accueillir (2.2). Le Centre Hospitalier de Chambéry, établissement référent du bassin n°11, dispose aujourd'hui d'une filière gériatrique complète et d'un pôle "Hébergement".

2.1 Une filière gériatrique et un pôle médico-social tentant de répondre aux besoins d'un territoire : l'exemple du Centre Hospitalier de Chambéry.

Le SROS³¹ relève que pour la personne âgée « l'absence de filière gériatrique organisée implique des risques d'une prise en charge inadaptée et de non qualité : retard des mise en place de réadaptation (préservation autonomie), perte de chance par méconnaissance des capacités de récupération, co-morbidités mal repérées, rupture dans la continuité des soins, surcoût hospitalier, non repérage de syndromes démentiels débutants... ». Or, les personnes âgées représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions à l'hôpital non programmées. L'hôpital doit donc s'adapter à leurs besoins.

C'est dans ce contexte que le CH de Chambéry a développé sa filière gériatrique dès 2006. Cette dernière a pour objectif de « permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique »³² (2.1.1).

³¹ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes. 2006-2010, Lyon : ARHRA, Livre 2 : la constitution des filières de soins, vers une prise en charge intégrée des patients, 2006, p208.

³² Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2007-6, annonce n°138.

Située au sein du centre hospitalier, cette « filière de référence »³³ comprend les maillons nécessaires à la fluidité des parcours des patients âgés, en proposant les compétences et le plateau technique nécessaires aux différents acteurs des filières de proximité et en disposant en son sein d'une offre d'hébergement médico-sociale et sanitaire diversifiée à destination des personnes âgées (2.1.2).

2.1.1 Présentation de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chambéry

La filière gériatrique du CH de Chambéry a été constituée pour proposer aux personnes âgées une prise en charge médico-psycho-sociale globale, et des dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé. Ainsi, elle fédère les différents maillons de l'activité gériatrique que sont l'unité de CSG, le CEG et d'hospitalisation de jour, les consultations mémoires, l'équipe mobile de gériatrie, les services de soins de suite gériatrique et l'unité de SSR psycho-gériatrique récemment labellisée en unité cognitivo-comportementale.

A) Modalités d'entrée au sein de la filière pour une personne âgée

La personne âgée aux urgences ou en court séjour :

La part des personnes de plus de 75 ans prise en charge aux urgences se situe entre 10 et 20% du nombre de passages annuels. Or, pour une personne très âgée, fragile et souffrante souvent de plusieurs maladies, l'hospitalisation peut présenter un risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie. Soigner l'organe qui a nécessité l'hospitalisation, ne suffit pas. Il faut savoir évaluer tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance, préserver la marche, la continence, l'orientation, la nutrition, entretenir toutes les capacités nécessaires à la vie quotidienne, pour que cette personne âgée puisse retourner à son domicile³⁴. C'est ainsi qu'une personne âgée prise en charge aux urgences sera signalée par le médecin urgentiste à l'**Unité Mobile de Gériatrie**. Composée de médecin gériatre, d'équivalent temps plein (ETP) d'infirmière, d'assistante sociale, l'UMG évalue au sein de l'UHCD (ou dans les services de court séjour sur demande) la personne âgée dans sa globalité. Puis, le médecin et l'infirmière propose le projet de soins le plus adapté pour éviter les ré-hospitalisations et participe le cas échéant

³³ VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J-M., « Filières gériatriques - Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », *ARH infos*, n°51 de mars 2009, pp. 4-7.

³⁴ « L'exemple d'un réseau gérontologique : fonctionnement et positionnement stratégique sur le territoire. Vers un guichet unique ? », EHESP, MIP groupe n°33, 2008, p9-10.

à la formation des professionnels de santé présent. Et cela dans le but d'améliorer la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital.

La personne âgée en admission directe à l'hôpital : le Court Séjour Gériatrique

La prise en charge des patients généralement de plus de 75 ans poly pathologiques en admission directe se fait au sein du service de **Court Séjour Gériatrique** de 18 lits pour que : d'une part, des diagnostics soient établis et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ; d'autre part, qu'une évaluation pluridisciplinaire puisse avoir lieu ; et enfin, pour envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation. Contrairement à un court séjour classique, le but du CSG est d'offrir des séjours avec une moyenne de 12 jours. Dans la réalité la moyenne est plutôt de 20 jours. Pour des patients âgés avec des poly pathologies, fragiles (troubles intellectuels, dénutris, ...) et qui viennent pour un bilan hospitalier. Le CSG effectue une analyse médicale, prise en charge précoce par les métiers de rééducation et un bilan social.

La personne âgée à domicile qui a besoin d'une évaluation :

Lorsque la personne âgée en EHPA/D ou à domicile a besoin d'avoir accès au plateau technique de l'hôpital pour une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale demandée par son médecin traitant, celle-ci est réalisée au **Centre d'Evaluation Gériatrique** sur une journée pour éviter le traumatisme d'une hospitalisation. Les personnes âgées viennent pour une première consultation puis en hôpital de jour (pour des scanners par exemple) et enfin pour une consultation de synthèse. Ce sont des consultations qui durent 1H30. Il y a un examen clinique, des examens complémentaires, des tests intellectuels et une évaluation de l'autonomie. Les patients du CEG viennent pour la plupart du domicile et quelques fois de structures peu médicalisées comme les logements foyers. Le CEG est donc une unité de consultations et d'hospitalisations de jour gériatrique avec consultation mémoire. Les consultations sont assurées par les médecins de la filière de soins gériatrique et une collaboration renforcée existe avec le réseau de ville (CLIC, Médecins libéraux, Association Savoie Alzheimer, ALMA Savoie...).

B) Modalités de sortie de la filière : les lits d'aval

Avant son retour à domicile, la personne âgée prise en charge au sein de la filière gériatrique du CH de Chambéry peut avoir besoin de soins de suite et de réadaptation. Pour cela, l'établissement dispose également de 64 lits de SSR dont 2 services de 30 lits

(les Eglantines et les Gentianes) de rééducation polyvalente et un service de 14 lits (les Fougères) avec une unité sécurisée de SSR psycho-gériatrique prenant en charge des patients soit valides en décompensation, suite à un accident de santé, soit atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées troubles du comportement non gérable en unité classiques (hyper émotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitations, ...). Cette unité a récemment été labellisée Unité Cognitivo-Comportementale³⁵.

A sa sortie de la filière, soit la personne âgée est en capacité de retourner dans son domicile d'origine (projet de vie établi avec la présence des aidants), soit un hébergement en institution lui est proposée selon son état de santé et de dépendance (EHPAD ou USLD).

2.1.2 Présentation des modes d'hébergement de la personne âgée offert par le CH

Le responsable de la filière gériatrique coordonne l'ensemble des activités auprès des personnes âgées accueillies au sein de l'établissement, et travaille en étroite collaboration avec le médecin référent du pôle « hébergement ». Ce pôle est constitué de 370 lits d'EHPAD et de 30 lits d'USLD.

A) Modalités d'entrée au sein du pôle hébergement

Un dossier d'admission unique est déposé et enregistré sur plusieurs listes d'admission selon l'offre dont la personne âgée a besoin. Afin de respecter l'ensemble des acteurs et tenir compte des priorités de chacun le médecin référent du pôle et le cadre de coordination de la filière déterminent les admissions, d'une part selon le profil des résidents présents actuellement dans les structures médico-sociales (respect de la proportion environ 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes pour éviter agressivité dans unité Alzheimer par exemple), et d'autre part, selon le degré d'urgence de l'admission.

Le médecin coordonnateur essaye dans la mesure du possible de respecter la règle sur une année d'1/3 de personne âgée provenant des services de SSR, 1/3 de leur domicile (foyer logement, autre EHPAD ou maison) et 1/3 des urgences et court séjour pour permettre une fluidité de la filière.

³⁵ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 84 p.

Or, 948 personnes sont actuellement inscrites sur la liste d'attente dont 563 avec un profil EHPAD, 63 EHPAD psycho-gériatrique, 274 en USLD, 49 en USLD psycho-gériatrique. La liste d'attente ne désemplit pas et un manque chronique de places est constaté pour les patients les plus dépendants et les déments. Le nombre de places disponibles dans la structure d'octobre 2006 à octobre 2007 n'est que de 129, soit un taux de renouvellement de 29 %.

B) Un pôle avec une offre de prise en charge conventionnelle

Le pôle "Hébergement" d'une capacité de 400 lits comprend actuellement 370 lits d'EHPAD et 30 lits d'USLD, la totalité de ces lits correspondant à de l'hébergement conventionnel, c'est-à-dire sans possibilité d'accueil de jour, ni d'hébergement temporaire.

Le pôle hébergement du CH de Chambéry est réparti sur cinq sites :

- **LA CERISAIE** : EHPAD de 120 lits dont 20 lits de psycho-gériatrie intégrée (Unités des merises et Unités des griottes) - Profil des résidents : GIR 3 ou plus à l'entrée. Problématique du nombre croissant de résidents de plus en plus dépendants, ne permettant plus une prise en charge de qualité dans les 2 USSA (unités soins spécifiques Alzheimer).

- **LE CESALET DESSOUS** : EHPAD de 65 lits dont 20 lits en studio (Unité du Nivolet et Unité du Granier) - Profil des résidents : GIR 3 ou plus à l'entrée. Recrutement d'une forte population psychiatrique, Problématique du nombre croissant de résidents avec pathologie démentielle (cohabitation difficile avec les patients psychotiques).

- **LE CESALET-DESSUS** : EHPAD de 70 lits dont l'Unité des Coquelicots (40 lits) et l'Unité des Myosotis (30 lits de psycho-gériatrie sévère) ; Profil des résidents: GIR 1 et 2 ; Problématique de la partition 2005 ayant fait basculer les lits d'USLD en EHPAD, donc non reconnaissance de la structure, notamment sur la psycho-gériatrie.

- **LES BERGES DE L'HYERE** : EHPAD de 85 lits avec l'Unité des Mélèzes : 21 lits de psycho-gériatrie sévère, l'Unité de l'Iseran 32 lits, et l'Unité du Peney 32 lits ; Profil des résidents : GIR 1 et 2, Problématique de la partition 2005 ayant fait basculer les lits d'USLD en EHPAD, donc non reconnaissance de la structure, notamment sur la psycho-gériatrie

- **LES TERRASSES DE L'HORLOGE** :

Unité de la Vanoise : 30 lits d'USLD polyvalente et Unité de l'Arcalod : 30 lits d'EHPAD, Profil des résidents : GIR 1 et 2 ; Problématique de la partition 2005 ayant limité la capacité en lits d'USLD à 80 lits.

Lits d'aval de la filière gériatrique, les différentes structures du pôle ont toutes été humanisées (travaux d'humanisation 1994-2009) pour répondre aux besoins de la personne âgée dépendante³⁶.

2.2 Une multiplicité des pathologies en corrélation avec l'augmentation de la dépendance et du grand âge en institution

Selon une étude de la DREES réalisée auprès de 4 500 résidents suivis en établissement, les personnes âgées qui vivent en institution sont pour la plupart atteintes de plusieurs pathologies, lesquelles peuvent provoquer ou aggraver un état de dépendance³⁷.

2.2.1 Identification des besoins en soins au sein d'un établissement

Selon le médecin coordonnateur du pôle EHPAD et USLD de l'établissement, un projet médical doit avant tout être « *une réponse aux besoins en soins des résidents* »³⁸ **(A)** et doit donc tenir compte des poly-pathologies de chacun **(B)**.

A) Profil des résidents des EHPAD

La coupe PATHOS d'un établissement traduit la réalité des besoins en soins des personnes accueillies. Ainsi, la coupe 2009 révèle que les EHPAD du CH de Chambéry ont un PMP de 234 pour une moyenne nationale de 168³⁹, ce qui apparaît particulièrement élevée. Le nombre de SMTI est de 65, soit un peu plus de 18%.

Parmi les résidents nécessitant des soins médicaux et techniques importants, certains ont des besoins qualitatifs et quantitatifs comparables, ils sont regroupés au sein de groupes de patients proches (GPP). Les résidents SMTI précités font tous partie des GPP 1 à 5,

³⁶ Plan d'humanisation : la Cerisaie en 1994 (120 lits), le Césalet dessous en 2001 (65 lits), les Berges de l'Hyères en 2003 (85 lits), le Césalet dessus en 2005 (70 lits), le pavillon Sainte Hélène (74 lits d'USLD seront transférés dans un nouveau bâtiment de 80 lits Les Terrasses de l'Horloge).

³⁷ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, DREES n° 494 - Juin 2006, p8.

³⁸ Entretien du 25 juin 2009.

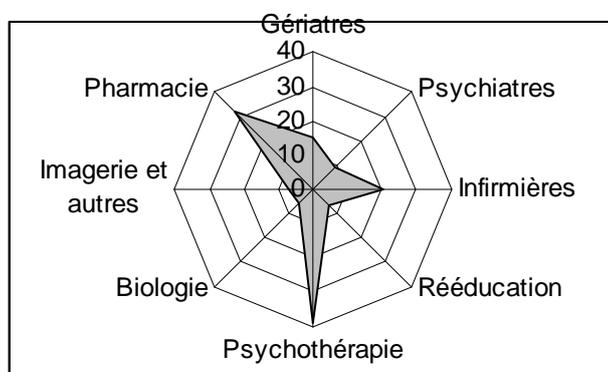
³⁹ « PMP moyen national consolidé par la CNAM-TS et correspondant à la moyenne des coupes PATHOS réalisées en 2007 et 2008 » Circulaire interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A/2009/51 du 13 février 2009 p. 6.

c'est-à-dire des personnes SMTI qui ont des besoins du type de ceux qui sont dispensés en services hospitaliers de court ou moyen séjour gériatrique.

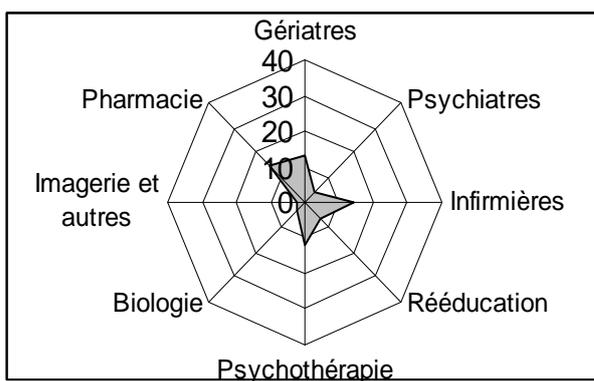
Quant aux résidents non SMTI, 82 font partie du GPP 6, c'est-à-dire des personnes démentes conservant une autonomie locomotrice, clientèle potentielle des unités dites « Alzheimer nécessitant une architecture adaptée et un personnel spécifiquement formé.

En regardant les indicateurs de charges en soins et en les comparant à la base ERNEST 2001, nous nous apercevons que les résidents pris en charge au sein des EHPAD du CH de Chambéry sont plus proches de résidents d'USLD que la moyenne des EHPAD, comme le montre les graphiques en araignée ci-dessous.

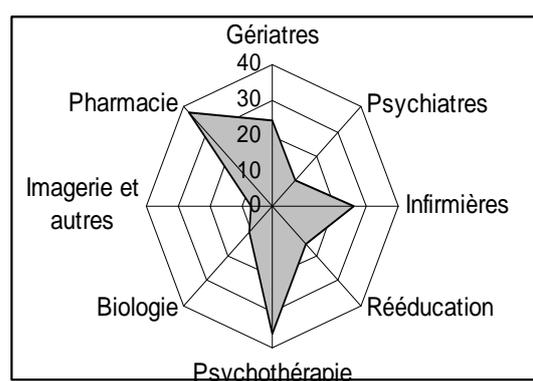
Graphique n°1 : EHPAD du CH



Graphique n°2 : EHPAD



Graphique n°3 : USLD



Le graphique des EHPAD du CH de Chambéry (n°1) ressemble plus à celui de la moyenne des USLD (n°3) que celui de la charge en soins moyenne dans les EHPAD (n°2).

A cela s'ajoute l'évolution du GMP entre les coupes 2007 et 2008 (coupes non validées). Le GMP des différents sites est compris entre 562 et 954 selon les services en 2007,

alors qu'en 2008 entre 618 et 981. Le GMP des EHPAD augmente donc entre 2007 et 2008, soit une augmentation de la perte d'autonomie des résidents.

Toutefois, le GMP des EHPAD est évalué à 788 au 1^{er} trimestre 2009 (chiffre de la coupe PATHOS validée le 30 mars 2009). La moyenne nationale étant de 564 (base ERNEST) pour un EHPAD et de 861 pour une USLD, l'établissement prend donc en charge des résidents plus dépendants que la moyenne nationale mais seulement un peu plus dépendants que les EHPAD de la Savoie (GMP départemental de 737 et PMP de 162 en 2008).

B) Profil des résidents de l'USLD

La coupe PATHOS 2009 sur l'USLD n'a pas été réalisée, le profil des résidents sera donc celui des coupes 2007 et 2008.

L'USLD de Chambéry a un PMP de 372 en 2008, soit une nette augmentation par rapport à 2007 où il n'était que de 295. Le PMP moyen au niveau national est de 303. Par conséquent, les résidents pris en charge dans cette unité correspondent au profil type d'une USLD, c'est-à-dire à des patients non autonomes qui ont besoin d'une surveillance médicale constante. Le nombre de résidents nécessitant des soins médicaux et techniques importants représentent 37% en 2008.

Cette unité se caractérise par l'accueil de personnes âgées dépendantes, déambulant ou non, présentant le plus souvent des troubles des fonctions cognitives. Son GMP a évolué entre 2007 et 2008, il passe de 890 à 930, soit une prise en charge de personnes de plus en plus dépendantes voire en dépendance complète (« grabataire »). Avec 90% de GIR 1-2, cette unité s'inscrit dans la moyenne nationale de prise en charge des résidents en USLD, qui est de 98% de résidents en GIR 1 à 4 et 82% en GIR 1 et 2⁴⁰.

⁴⁰ DEHAN P., 2007, « *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer* », 2ème édition, Le Moniteur, Collection techniques de conception, pp 15-18

Or, selon une enquête de la DREES⁴¹, le nombre moyen de pathologies par patient augmente avec la perte d'autonomie. Les résidents très dépendants (GIR 1 et 2) cumulent huit pathologies. De plus, la gravité des pathologies augmente également selon le niveau de dépendance. Les résidents des GIR 1 et 2 sont plus fréquemment atteints de démence (56 % d'entre eux) et d'incontinence urinaire (55 %).

Afin de prendre en charge la personne âgée dans une institution, il est certes important de connaître ses besoins en soins par le biais de l'outil PATHOS et l'évaluation de la dépendance par le biais de la grille AGGIR. Mais une fois ces données connues, il est nécessaire de comprendre quelles types de pathologies cela recouvrent pour pouvoir le prendre en compte lors des évolutions des modes d'hébergement ultérieurs de l'établissement et répondre ainsi aux besoins du territoire.

2.2.2 Les pathologies de la personne âgée au sein d'EHPAD et d'USLD

Comme nous l'avons vu précédemment, la gravité des pathologies augmente selon le niveau de dépendance, ce qui est le cas des EHPAD et de l'USLD du CH de Chambéry entre 2007 et 2008.

A) Les pathologies des résidents du CH de Chambéry

Selon une enquête de la DREES sur un échantillon d'établissements, 56 % des résidents sont atteints de démence, 55 %, d'incontinence urinaire, 39 %, d'hypertension artérielle (HTA), 36 % de troubles du comportement et 31 % d'insuffisance cardiaque⁴².

La personne âgée en institution étant poly-pathologique⁴³, sur l'ensemble des 400 résidents (370 en EHPAD et 30 en USLD), le médecin référent a identifié les pathologies principales que l'on retrouve le plus souvent au sein du pôle hébergement :

- 55 % des résidents sont hypertendus,
- 18 % ont un AVC,
- 56 % ont des troubles du comportement,
- 50 % un syndrome dépressif,

⁴¹ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*, DREES n° 515 - Août 2006, p8.

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

- 8 % d'escarre,
- 46 % sont dénutris,
- 15 % ont un cancer.

Ainsi, sur l'ensemble des résidents dont un sur deux a entre 80 et 95 ans, 25 % nécessitent une surveillance rapprochée, 25 % une prise en charge psychiatrique de crise, 25% une rééducation fonctionnelle, 5 % des soins locaux et complexes, 6 % des soins palliatifs de confort et surtout 70 % une prise en charge psychothérapeutique de soutien.

De ces pathologies, les cadres de santé rencontrés lors d'entretiens semi directifs ou ouverts selon le cas, ont tous décrit le pôle selon trois grandes orientations :

- une prise en charge du résident en EHPAD, qui correspond aux anciennes maisons de retraite et à l'hospice,
- une prise en charge du résident en EHPAD long séjour, qui correspond aux anciennes USLD avant la partition qui a suivi la coupe PATHOS 2006,
- une prise en charge du résident en USLD.

Même si une prise en charge de résidents psycho gériatrique est effectuée plus particulièrement dans certaines unités, elles ne sont pour l'instant pas identifiées comme telles et réservées à un type de prise en charge (excepté pour l'unité des Mélèzes).

Or, les pathologies dégénératives se développent : maladie d'Alzheimer, de Parkinson, et toutes les maladies dites apparentées. Ces maladies touchent 12% des plus de 70 ans, et pas moins de 850 000 personnes sont atteintes d'une maladie altérant le fonctionnement du cerveau, soit 1 français sur 4 confronté à ce type de maladie par parent interposé (225 000 nouveaux cas recensés chaque année). Ce type de maladie est à l'origine de 70% des placements en institution⁴⁴.

B) Des pathologies spécifiques : quelle prise en charge ?

La démence est une affection neurologique organique évolutive que la médecine ne sait pas guérir. Elle réduit les capacités cognitives et, plus globalement les facultés intellectuelles, ce qui va avoir des retentissements graves dans la vie de la personne atteinte. Les personnes dites démentes sont accueillies dans l'ensemble des unités du

⁴⁴ PLA A., *Bilan démographique 2008 : Plus d'enfants, de plus en plus tard*, INSEE Première n°1220 - Janvier 2009, p19.

pôle hébergement au CH de Chambéry, différents types de démences peuvent se rencontrer. Yves GINESTE et Jérôme PELLISSIER dans leur ouvrage *Humanitude*⁴⁵ utilisent l'expression « syndrome cognitivo-mnésique » (S.C.M.), car elle englobe les principales affections qui y sont liées : les défaillances cognitives et surtout les défaillances de la mémoire. Parmi les SCM, on distingue plusieurs types d'affections :

- la démence d'origine vasculaire (15 à 20 %),
- la démence fronto-temporale, la démence due à la maladie de PICK et la démence sémantique ou syndrome d'immobilisation (10 à 12 %),
- la démence à corps de LEWY et la démence de la maladie de Parkinson (12 à 14%),
- la maladie d'Alzheimer (50 à 60 %).

La maladie d'Alzheimer est l'une des principales causes d'entrée en établissement. Elle explique 96 % des causes de démence chez les 85 ans et plus⁴⁶. Certaines des maladies précitées peuvent se cumuler.

De plus, les résidents atteints au moins d'un syndrome démentiel constituent une population plus sévèrement dépendante au plan des fonctions supérieures qu'au plan locomoteur⁴⁷. Les établissements doivent donc s'adapter à la multiplicité des pathologies et y répondre par une offre d'hébergement cohérente et évolutive en fonction des besoins.

2.3 Une évolution : les modes d'hébergement conventionnels de la personne âgée ne suffisent plus

Face à ces changements, il m'a paru nécessaire d'établir un diagnostic du pôle hébergement du CH de Chambéry. Pour cela j'ai décidé d'utiliser la méthode « Strengths Weaknesses Opportunities Threats » dite SWOT, et de confronter les résultats du diagnostic pour formuler des orientations stratégiques concernant l'offre d'hébergement proposée par le pôle à la personne âgée. La méthode SWOT consiste à effectuer deux diagnostics : l'un interne, qui identifie les forces et les faiblesses du domaine d'activité

⁴⁵ GINESTE Y. et PELLISSIER J., « *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux* », 2007, Armand Colin, 320p.

⁴⁶ TOULLY V. / ed., « *Les enjeux du vieillissement – Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?* », Editions de Santé, Tableaux de bords Santé n°3, 268p.

⁴⁷ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*, DREES n° 515 - Août 2006, p8.

stratégique (2.3.1) ; et l'autre externe, qui identifie les opportunités et les menaces présentes dans l'environnement (2.3.2).

2.3.1 Un diagnostic interne : des forces mais aussi des faiblesses

A) Forces

La prise en charge au sein du pôle répond aux besoins classiques de la personne âgée :

L'offre d'hébergement existante répond aux demandes classiques de prise en charge de la personne âgée en institution nécessaire à la filière gériatrique, c'est-à-dire la prise en charge de personnes âgées en EHPAD et en USLD sans type de prise en charge spécifique compte tenu des multiples pathologies qu'un seul résident peut présenter⁴⁸. 88% des demandes concernent ce type de prise en charge⁴⁹. Le plan de travaux de l'humanisation des différentes structures du pôle hébergement (1994 à 2009) est achevé. Les espaces de vie proposés répondent au cahier des charges de l'EHPAD (1999)⁵⁰. L'offre d'hébergement est donc adaptée au profil des résidents en matière de dépendance et de besoins en soins. Le taux d'occupation sur l'ensemble des structures du pôle hébergement est d'ailleurs de 95,86% en 2008 au lieu de 94,23% en 2007.

Une culture gériatrique au sein du pôle hébergement :

Alors que l'ARH Rhône Alpes préconise « une filière gériatrique intégrée » regroupant sur un territoire d'implantation, l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux concourant à la prise en charge globale du patient âgé, la filière gériatrique et le pôle hébergement du centre hospitalier de Chambéry font partie d'une seule organisation les liens entre les professionnels sanitaires et médico-sociaux sont déjà présents. En effet, les EHPAD et USLD du pôle ont des liens privilégiés avec l'ensemble des gériatres de la filière. La plupart des PH gériatres interviennent à la fois dans un des maillons de la filière gériatrique et dans une unité du pôle hébergement en tant que gériatre référent. Tel est le cas par exemple d'un des PH gériatre de l'UMG au sein de l'unité d'EHPAD du Peney, ou encore du PH gériatre de l'HAD au sein de l'USLD.

⁴⁸ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, DREES n° 494 - Juin 2006, p8.

⁴⁹ Source : liste d'attente juin 2009.

⁵⁰ Arrêté ministériel du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 27 avril 1999.

Certes, sur l'ensemble des PH gériatres, certains n'interviennent que dans les maillons de la filière gériatrique. Néanmoins, ils sont en contact avec les résidents des EHPAD en cas de besoin d'hospitalisation ou de bilan de ces derniers. Le PH du CSG intervient ainsi également au CEG.

B) Faiblesses

Des résidents avec un profil de besoins en soins USLD admis en EHPAD par manque de lits USLD :

Le nombre de places disponibles au sein du pôle est d'1/3 par an⁵¹. Or, le nombre de demande d'entrée est sept fois supérieure (liste d'attente active tenu par le cadre de coordination). Il y a donc un manque de lits d'aval EHPAD et USLD, et donc un risque de blocage de la filière. A cela, s'ajoute le fait que les demandes recensées concernent une prise en charge en EHPAD à 65% et en USLD à 35%, alors que le pôle propose actuellement une répartition de son offre d'hébergement de 8% en USLD et de 92% en EHPAD. Par conséquent, les personnes âgées admises en EHPAD ont un profil de besoins en soins, qui se rapprochent plus des USLD que de celui de la moyenne des EHPAD en France et ce notamment pour pallier le manque de lits d'aval USLD⁵².

Une prise en charge spécifique en psycho-gériatrie insuffisante :

Par ailleurs, près de 12% des demandes recensées nécessitent une prise en charge spécifique en psycho-gériatrie, alors que 3 unités sont actuellement identifiées pour accueillir ce type de résidents : les Mélèzes (unité d'EHPAD pour 21 déments déambulants), 10 lits au sein de l'unité des Merises et 10 lits au sein de l'unité des Griottes, soit 10% de l'offre du pôle hébergement. Cette offre paraît insuffisante compte tenu de l'évolution des besoins de la personne âgée dans les années à venir.

⁵¹ cf. 2.1.2.

⁵² cf. 2.2.1.

Une autre faiblesse au sein du pôle peut être constatée :

Même si le taux d'occupation global du pôle est satisfaisant, comme nous l'avons vu précédemment⁵³, le détail du taux d'occupation par unité dans le tableau suivant démontre que, l'unité d'EHPAD du Granier est sous occupée.

	2007	2008
	Taux d'occupation	Taux d'occupation
<u>USLD :</u>		
Arcalod	97.28%	96.13%
Vanoise	97.75%	92.41%
<u>EHPAD LONG SEJOUR :</u>		
Peney	98.77%	98.25%
Iseran	98.56%	99.63%
Coquelicots	98.92%	99.53%
<u>EHPAD PSYCHO-GERIATRIQUE :</u>		
Mélèzes	99.35%	99.67%
Myosotis	98.76%	99.86%
<u>EHPAD :</u>		
Granier	72.76%	71.73%
Nivolet	98.65%	98.83%
Griottes	98.04%	99.30%
Merises	97.84%	99.09%

⁵³ cf. 2.3.1.A.

Or, le Granier est une unité d'EHPAD qui prend en charge, au sein de studios comprenant deux chambres, des résidents majoritairement psychiatriques et plus jeunes que la moyenne d'entrée en EHPAD. Aujourd'hui, la cohabitation au sein d'un même studio devient difficile compte tenu de l'état des patients psychotiques et du nombre croissant de résidents avec des pathologies démentielles. De plus, lorsque ces résidents vieillissent en studio, se pose un problème de mobilité compte tenu de l'accès actuel non adapté à des personnes très dépendantes. Il y a une réelle difficulté de recrutement pour les 20 chambres des 10 studios. L'offre proposée de prise en charge en studio ne répond donc plus à la demande et aux besoins d'une population plus âgée et plus dépendante qu'à l'ouverture de cette unité.

2.3.2 Un diagnostic externe : des opportunités mais aussi des menaces

Afin d'effectuer un diagnostic externe exhaustif, j'ai décidé de procéder non pas seulement à des entretiens avec du personnel de l'établissement, mais de rencontrer différentes personnes du service personnes âgées au sein du conseil général, ainsi qu'à la DDASS. Suite à divers entretiens et réunions en position d'observation participante, j'ai pu en déduire que le CH avait des « opportunités » dans son environnement extérieur **(A)**, mais également des « menaces » **(B)**.

A) Opportunités

L'offre d'hébergement existante sur le territoire répond aux demandes classiques de prise en charge de la personne âgée en institution mais pas aux besoins d'urgence identifiés dans le schéma départemental des personnes âgées. Afin d'anticiper l'accueil en institution de personnes âgées particulièrement vulnérables à domicile, le conseil général envisage la possibilité de laisser des lits vacants (1 ou 2) dédiés à l'accueil spécifique d'urgence (lits d'hébergement temporaire). C'est une opportunité pour un établissement référent, car au sein de la filière gériatrique des situations de crise sont parfois constatées et l'offre d'hébergement actuelle ne permet pas un accueil spécifique d'urgence de la personne âgée vulnérable.

Par ailleurs, la part des plus de 85 ans en Savoie connaîtra une évolution importante dans les années à venir, leur nombre passant de 8 800 en 2008 à près de 12 000 en 2010, soit une augmentation de plus de 36 %. En 2020, il serait 14 200, soit une hausse de 61 %. Or, cette tranche d'âge est particulièrement significative car elle correspond à l'apparition des problèmes de dépendance lourde et à l'âge moyen d'entrée en établissement. C'est

la raison pour laquelle, il est indispensable d'en tenir compte dans l'analyse externe de l'offre d'hébergement de l'établissement.

D'autant qu'à cela s'ajoute une donnée non négligeable, la croissance du nombre de personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. La prévalence des personnes atteintes de pathologies démentielles est évaluée à 769 000 en France et l'incidence annuelle à 120 000 nouveaux cas par an. En région Rhône Alpes, l'estimation de la prévalence serait de 71 000 et l'incidence de 6300 nouveaux cas par an⁵⁴.

Face à ces constats, il est nécessaire de proposer une offre adaptée aux besoins de la tranche d'âge des 85 ans et plus, et aux besoins de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

B) Menaces

Suite aux observations et rencontres effectuées au cours de mon stage de professionnalisation, la plus importante menace pour le pôle hébergement, c'est le manque de lits d'aval sur le territoire d'implantation de la filière gériatrique. En effet, le SROS vieillissement révisé en juillet 2009 démontre que le bassin de vie n°11 (Chambéry) est très déficitaire en soins de longue durée. Le taux d'équipement du bassin n'est que de 4.21 lits pour 1 000 habitants de plus 75 ans. Le taux préconisé sur le territoire Rhône Alpin est de 6.41 lits pour 1 000 habitants au 1^{er} janvier 2010. Cette carence de lits d'aval de la filière est inquiétante au regard de l'évolution démographique du bassin. Sur l'ensemble du bassin de santé n°11 qui regroupe le département de la Savoie et le canton de Belley, il n'existe que 150 lits d'USLD⁵⁵.

Or, en cas de non fluidité de la filière, les besoins des personnes accueillies notamment en matière de bilan en cas de dégradation de l'état général d'un résident (réalisée au CEG) et en matière de réadaptation (SSR ou UCC) ne pourront être pris en compte et des situations nécessiteraient en cas d'aggravation d'hospitaliser un résident alors que la fluidité au sein de la filière aurait permis de l'éviter.

⁵⁴ *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes. 2006-2010*, Lyon : ARHRA, Livre 2 : la constitution des filières de soins, vers une prise en charge intégrée des patients, 2006, p208.

⁵⁵ Voir annexe 1 bilan de l'existant sanitaire et médico-social par bassin de santé au 31 décembre 2008 (SROS révisé juillet 2009).

Face à l'augmentation de la dépendance et du grand âge en institution, à la multiplicité des pathologies et à la confrontation entre les résultats du diagnostic externe et ceux du diagnostic interne, il me paraît important de formuler des propositions d'actions, afin de permettre une évolution dans la prise en charge globale de la personne âgée au sein du CH de Chambéry.

3 DIVERSIFIER L'OFFRE D'HEBERGEMENT DANS UN PROJET GLOBAL COMMUN DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGE

Afin de mettre en œuvre une diversification cohérente de l'offre d'hébergement, il me semble nécessaire au préalable de déterminer des objectifs partagés entre la filière gériatrique et le pôle hébergement du CH de Chambéry **(3.1)**. Pour cela, il s'agit tout d'abord d'avoir une stratégie commune d'organisation de la prise en charge, puis ensuite d'adapter l'offre d'hébergement aux besoins en soins et à l'évolution de la dépendance des personnes âgées qui seront accueillies à court et à moyen terme **(3.2)**. Les différentes actions à mener passeront en tout cas par un renforcement de la coopération sanitaire et médico-sociale en intra et en extra hospitalier **(3.3)**.

3.1 Fixer des objectifs sanitaires et médico-sociaux partagés

Fixer des objectifs sanitaires et médico-sociaux partagés passe par une concertation la plus large possible des acteurs de la prise en charge de la personne âgée, cette action se déroule en plusieurs temps. Tout d'abord, déterminer face aux évolutions des besoins de la personne âgée, quelle stratégie adopter en matière d'organisation **(3.1.1)**, puis adapter l'offre d'hébergement existante aux nouveaux besoins identifiés et à l'évolution de la dépendance des personnes âgées accueillies et à accueillir **(3.1.2)**.

3.1.1 Elaborer une nouvelle stratégie commune d'organisation de la prise en charge de la personne âgée

Les organisations comme celles en pôles du CH de Chambéry sont des unités sociales poursuivant des buts spécifiques ; leur véritable raison d'être est d'atteindre ces buts. Mais une fois formées, les organisations acquièrent des besoins propres et ceux-ci deviennent parfois les maîtres. Les organisations réduisent alors la poursuite de leurs buts initiaux pour satisfaire leurs besoins acquis, plutôt que d'ajuster ces besoins aux buts. Parfois, les organisations vont jusqu'à abandonner leurs buts initiaux et en poursuivent de nouveaux, mieux adaptés à leurs besoins. « La finalité de l'organisation

devient la servante de cette organisation plutôt que sa maîtresse »⁵⁶. L'organisation de la prise en charge de la personne âgée doit donc garder sa finalité en objectif : la satisfaction des personnes accueillies.

Une stratégie d'**organisation par pathologie** pourrait être envisagée, compte tenu du nombre de plus en plus important de résidents avec des pathologies spécifiques de type Alzheimer, démences frontales, etc.... Toutefois, cette stratégie d'organisation ne semble pas pertinente pour une prise en charge globale de la personne âgée multi pathologique, ce qui est le cas de plus en plus des personnes déjà accueillies et à accueillir au sein du pôle et de la filière⁵⁷ dans les années à venir compte tenu de l'âge d'entrée en institution.

Une autre stratégie d'organisation consisterait à déterminer les besoins en prise en charge **par type de prise en charge** en fonction des besoins de la personne : comme la prise en charge des personnes jeunes très dépendantes (notamment ceux atteints de sclérose en plaques), ou encore celles des personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, sur l'offre existante des lits d'aval de la filière (SSR, USLD, EHPAD) et sur les personnes venant du domicile en consultation au CEG ou vu par l'EMG aux urgences ou dans les services de court séjour, trois grandes catégories de prise en charge existent : la prise en charge type du résident en EHPAD⁵⁸, la prise en charge du résident en USLD et la prise en charge du résident psycho gériatrique (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées).

C'est pourquoi, en tant que directeur, j'instaurerais une stratégie d'organisation commune autour de la personne âgée avec une déclinaison de projet d'accompagnement selon le type de prise en charge. Le but étant que l'organisation de la prise en charge reflète les besoins de la personne âgée au sein de la filière comme au sein du pôle.

A) Un cadre pour des actions à mener : le « projet d'accompagnement de la personne âgée » au sein d'un hôpital disposant d'une filière gériatrique intra hospitalière et d'un pôle hébergement

Traduction concrète de l'organisation commune, le « projet d'accompagnement de la personne âgée », permettrait d'inscrire dans la durée les projets, les valeurs et les actions que mènent de façon transversale la filière gériatrique et le pôle hébergement, pour

⁵⁶ ETZIONI A. / ed., « *Les organisations modernes* », Bruxelles, 1971, Duculot, pp.17-42.

⁵⁷ DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, DREES n° 494 - Juin 2006, p8.

⁵⁸ cf. 2.2.1.A.

ensuite les prioriser. Ce support définirait les objectifs communs et partagés, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement⁵⁹. Il se déclinerait à mon sens en trois projets selon les besoins de prise en charge de la personne âgée :

- la prise en charge psycho-gériatrique,
- la prise en charge en soins longue durée,
- la prise en charge en EHPAD.

Cette division me paraît opportune compte tenu de l'avis des divers acteurs de la filière et du pôle recensé sur un volet particulier : le volet animation et lien social. J'ai eu l'occasion de recenser les besoins des résidents dans les 13 différentes unités du pôle hébergement⁶⁰, En matière d'animation, cette division entre la prise en charge en psycho-gériatrie, en longue durée et en EHPAD est flagrante. En effet, les résidents en long séjour ont besoin d'une majorité d'animations individuelles en chambre ou dans l'unité (type lecture du journal par exemple), alors que les besoins en psycho-gériatrie sont toute autre puisque les personnes qui commencent une activité peuvent souvent l'interrompre subitement pour reprendre leur déambulation (problème de concentration) (nécessité de capter l'attention du résident le temps d'une activité, de communiquer de manière adaptée et de permettre un réel accompagnement).

Quant aux besoins des résidents en EHPAD ils sont divers et variées (sorties, courses, atelier, chorale, lotos, jeux de société), la dépendance des personnes permettant des activités individuelles comme collectives selon l'expression de leurs envies et leurs centres d'intérêt. De même, la liste d'attente est gérée au centre d'évaluation gériatrique selon la prise en charge en EHPAD, USLD ou psycho-gériatrie.

La déclinaison du projet d'accompagnement de la personne âgée en trois prises en charge permettrait une vision globale et transversale à l'ensemble de la filière et du pôle au sein de ses 5 sites et 13 unités des parcours et besoins de la personne âgée. Formaliser le travail effectué par les cadres avec leurs équipes dans chacun des services avec un type de prise en charge long séjour pour les unités Vanoise, Arcalod, Peney Iseran Coquelicots, psycho gériatrique : Myosotis et Mèlèzes et EHPAD classique : Merises, Griottes, Nivolet et Granier, permettrait d'associer l'ensemble des acteurs (gériatres de la filière intervenant dans chaque unité) autour du projet d'accompagnement de la personne âgée.

⁵⁹ Art L311-8 du Code de l'Action Sociale et Familiale (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002).

⁶⁰ Entretiens et questionnaire sur l'activité d'animation au sein du pôle hébergement.

A l'heure du renouvellement de la convention tripartite 2004-2009, le directeur pourrait impulser cette démarche avec l'exécutif du pôle (comité de pilotage) et constituer des groupes de travail sur chacun des trois projets de prise en charge de la personne âgée.

B) Des indicateurs pour une offre d'hébergement évolutive

Si une organisation est réorientée vers certains objectifs alors un mode d'organisation se montrera plus efficace que les autres. Une organisation de grande taille comme le CH de Chambéry ne peut pas fonctionner sans une quelconque forme de division des responsabilités. « *Une confusion totale régnerait alors si la direction ne réagissait pas à la complexité structurelle accrue en nommant davantage de superviseurs pour effectuer la coordination* »⁶¹ et en élaborant avec les acteurs des indicateurs de qualité et des alertes pour une offre évolutive.

C'est pourquoi, je préconiserais de mettre en place des indicateurs de suivi régulier de la filière et du pôle, comme par exemple le nombre de personnes âgées aux urgences de plus de 75 ans, et celles vues par l'EMG, ou encore le GMP et le PMP des résidents de la filière au 1^{er} janvier de chaque année comme indicateur de l'évolution des profils des résidents à accueillir dans l'avenir. D'autres indicateurs me semblent importants et sont déjà diffusés au sein de l'établissement. Ainsi, les taux occupation ou encore la durée moyenne de séjour des lits d'aval de la filière sont révélateurs de la fluidité du parcours de la personne âgée ou d'un blocage à anticiper (par le contact en amont des filières de proximité et des acteurs de la ville comme le CLIC pour trouver des solutions).

De plus, les orientations stratégiques du centre hospitalier en 2010 s'appuient sur deux axes phares, la reconstruction du futur hôpital et la tarification à l'activité. A cet effet, le positionnement en tant qu'hôpital de référence, la volonté institutionnelle de s'inscrire dans une dynamique continue d'amélioration de la qualité pour la satisfaction de la clientèle et l'amélioration des conditions de travail doivent être déclinés sans réserve au sein du pôle d'hébergement, à l'identique des autres pôles (tableaux de bords trimestriels de suivi des dépenses en soins, en dépendance et en hébergement à envisager).

⁶¹ SALAMAN G. « Les déterminants de la structure organisationnelle » *Work Organizations : resistance and control*, Londres et New York, Longman, 1979 cha 7 pp.81-100

Si la démarche de T2A ne s'applique pas au médico-social, elle n'empêche pas : d'une part, un suivi de l'activité des unités du pôle hébergement et de la filière afin de surveiller la fluidité des parcours de la personne âgée au sein de l'établissement ; et d'autre part, un suivi de ses dépenses et de l'absentéisme souvent révélateur des changements dans les prises en charge (alourdissement de la charge de travail).

La vision globale du parcours de la personne âgée permet d'améliorer continuellement une prise en charge qui se veut de plus en plus individualisée, tout en tenant compte de l'état de santé et de dépendance de la personne âgée accueillie et celle qui est à accueillir dans les années à venir.

3.1.2 Adapter l'offre d'hébergement aux besoins en soins et à l'évolution de la dépendance des personnes âgées accueillies et à accueillir

Selon Jacques PAPAY, la loi 2002-2 consacre notamment le fait d'une diversification des services et des formes institutionnelles proposés aux personnes⁶², les options stratégiques politiques liées aux nécessités d'adaptation de l'offre du pôle hébergement du CH de Chambéry à son environnement seront à décliner dans le projet médical 2010-2015 de la filière et la convention tripartite 2010-2015 du pôle hébergement du CH de Chambéry.

Une analyse de différents avis de gériatres et de personnels d'encadrement soignant au sein du CH de Chambéry conduit à envisager des changements dans les modes d'hébergement dans les années à venir (2010-2015) :

- besoin de requalification de lits d'EHPAD en USLD,
- développement de l'hébergement temporaire,
- création de l'accueil de jour,
- identification au sein des lits d'EHPAD et d'USLD de lits en soins palliatifs,
- réaménagement des studios (taux d'occupation 72%) ne répondant plus aux besoins actuels de prise en charge,
- installation de 20 lits supplémentaires dans cinq ans dont l'orientation d'origine en USLD provisoirement réservée à une autre activité compte tenu des opérations tiroirs nécessaires à la reconstruction de la partie MCO de l'établissement.

⁶² PAPAY J., « *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social* », 2009, 2ème édition, Vuibert, Collection perspectives sociales, pp 99-105.

En confrontant le diagnostic réalisé précédemment, et ces divers avis⁶³ à l'offre d'hébergement existante, il semble que différentes actions à mener doivent être prioritaires.

A) Eviter les « goulets d'étranglement liés à l'inadéquation des structures d'aval »

La première action à mener pour un directeur est d'éviter les « goulets d'étranglement liés à l'inadéquation des structures d'aval » pour une filière gériatrique. Pour la fluidité des parcours des personnes âgées au sein de la filière, les réponses proposées par le pôle hébergement doivent correspondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées d'aujourd'hui et de celles à accueillir dans l'avenir. Or, certains points de l'offre d'hébergement existante sont à adapter.

C'est le cas en premier lieu des studios qui se trouvent au sein de l'unité du Granier. Le taux d'occupation qui faiblit chaque année 71,73% en 2008 contre 72,76% en 2007 est le reflet d'une inadéquation de l'offre proposée aux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes d'aujourd'hui. Compte tenu de l'entrée de plus en plus tardive en institution et de l'augmentation de la dépendance avec l'âge, il me semble indispensable de réhabiliter en priorité les studios du Césalet Dessous.

Pour cela, une étude de faisabilité devra être réalisée en tenant compte d'une part de la problématique de l'individualisation des chambres, et d'autre part, de l'accessibilité à la structure d'EHPAD attenante pour des personnes dépendantes. Chacun des 10 studios comportant à l'heure actuelle deux chambres dont une seule est occupée, l'individualisation des chambres répondrait aux besoins des personnes sortant de la filière à court terme. En revanche, les personnes à accueillir dans les années à venir, c'est-à-dire des personnes du grand âge et plus dépendantes, nécessiteront une prise en charge identique à celle pratiquée dans la structure attenante. C'est pourquoi, il faut dès aujourd'hui anticiper ce besoin et améliorer l'accessibilité des résidents de leur chambre à l'EHPAD attenant.

Avec une meilleure occupation des chambres, l'effet sera sans doute limité à court terme compte tenu du montant des travaux à engager mais à long terme cela représentera une réelle économie et des lits d'aval supplémentaires pour les personnes âgées sortant de la filière.

⁶³ Entretiens réalisés auprès des gériatres de la filière et des cadres du pôle hébergement.

B) Requalifier des lits d'EHPAD en lits d'USLD

La deuxième action à mener serait la requalification de lits d'EHPAD en lits d'USLD.

En effet, alors que 8% de l'offre d'hébergement sont consacrés à une prise en charge en USLD, la liste d'attente à la sortie de la filière révèle des demandes à hauteur de 35%, l'offre ne sont donc pas en cohérence avec la demande⁶⁴.

Suite à la coupe PATHOS 2006 réalisée avant la fin du plan d'humanisation (1994-2009), l'établissement a été autorisé à conserver 80 lits d'USLD. Toutefois, la construction d'un bâtiment de 80 lits d'USLD sur 3 étages au lieu de 74 lits sur 2 étages auparavant a nécessité un changement dans les organisations de travail dès l'ouverture en janvier 2009. Des négociations ont été engagées avec le conseil général et la DDASS de Savoie et ont abouti à une requalification en EHPAD d'une unité de 30 lits d'USLD faute de moyens supplémentaires à accorder. Les 20 lits d'USLD du rez-de-chaussée sont provisoirement réservés à une autre activité compte tenu des opérations tiroirs nécessaires à la reconstruction de la partie MCO de l'établissement (835 lits et places). L'offre en USLD au sein du CH de Chambéry n'est donc plus actuellement que de 30 lits.

Des négociations concernant la requalification de lits d'EHPAD en USLD ont été entamées avec la DDASS et le conseil général, compte tenu du déficit de lits d'USLD sur le bassin n°11 (150 lits pour le département de la Savoie et le canton de Belley). Une nouvelle coupe PATHOS du pôle devra être réalisée par le médecin référent du pôle en 2010 et validée par l'assurance maladie pour pouvoir déterminer le nombre de lits d'EHPAD à requalifier en USLD, compte tenu du profil en soins des résidents hébergés à cette date. Les négociations se poursuivront jusqu'en 2011, date à laquelle l'ARH (ou l'ARS à cette date) aura fini la partition en Rhône Alpes et pourra financer (sous réserve) les bassins déficitaires prioritaires⁶⁵.

⁶⁴ cf. 2.3.1 B.

⁶⁵ *Schéma régional d'organisation sanitaire, Période 2006-2010, Projet de révision, Juillet 2009, p209.*

3.2 Répondre aux besoins des personnes âgées au sein de la filière et à domicile

Le directeur d'un EHPAD doit également adapter l'offre d'hébergement de l'établissement selon les besoins des personnes âgées. Au sein de la filière gériatrique et à domicile, certains besoins sont identifiés. Il s'agit de développer les alternatives à l'hébergement au sein du pôle par la transformation de lits d'hébergement conventionnel en hébergement temporaire **(3.2.1)**, ainsi que la création d'un accueil de jour en EHPAD dans le cadre d'une plateforme de répit **(3.2.2)**.

3.2.1 Transformer des lits d'hébergement conventionnel en hébergement temporaire

L'hébergement temporaire « s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départs en vacances de la famille, travaux dans le logement...Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive ».

Une seule place d'hébergement temporaire est proposée actuellement au sein de l'unité des Mélèzes pour une entrée progressive de la personne âgée démente et déambulante atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Cette offre d'hébergement est à conforter, afin de favoriser le maintien à domicile et la préparation à l'institutionnalisation, notamment pour des patients poly-pathologiques à dépendance lourde ou déments sévères. Elle nécessiterait la transformation de lits d'hébergement conventionnel en hébergement temporaire. Cette offre d'hébergement temporaire permettrait de répondre également aux demandes d'urgence émises par la filière, et aux orientations gérontologiques locales. Une offre extérieure au pôle pourrait également être envisagée selon la priorité accordée par le futur schéma départemental en faveur des personnes âgées, le précédent se terminant en 2010.

Une réflexion en ce sens devra être élaborée tout en tenant compte des projets des acteurs du territoire tel que le projet de plateforme de répit élaboré par Savoie Alzheimer.

3.2.2 Créer des places d'accueil de jour en lien avec une plateforme de répit

Dans le cadre de l'appel à projet lancé par la CNSA le 22 janvier 2009⁶⁶, l'Association Savoie Alzheimer a décidé de créer à titre expérimental une plateforme de répit pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En tant qu'établissement référent et compte tenu de l'évolution du nombre de personne âgée atteinte de la maladie Alzheimer au sein de la filière et du pôle hébergement, le CH s'est positionné pour la création de deux places en accueil de jour dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des grands déments.

La création d'un accueil de jour au sein de l'unité des Mélèzes aux Berges de l'Hyères est une alternative à l'hospitalisation et répond donc à l'adaptation de l'offre d'hébergement que doivent mener en commun filière gériatrique et pôle hébergement.

La diversification de l'offre d'hébergement permettra à la filière d'assurer « la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé », comme le rappelle la circulaire de 2007⁶⁷.

3.3 Renforcer la coopération sanitaire et médico-sociale intra et extra hospitalière

Au cours de l'étude menée pour la réalisation de ce mémoire, j'ai notamment eu l'occasion de constater que la coopération sanitaire et médico-sociale intra et extra hospitalière existaient déjà sur le bassin de santé n°11. Par exemple, certains gériatres interviennent au CH de Chambéry, mais également au sein des filières de proximité (hôpital local, autres EHPAD). Il contribue ainsi à faire connaître la filière, et à diffuser les bonnes pratiques gériatriques et gérontologiques auprès des médecins libéraux, et personnel soignant.

Néanmoins, même si la filière est connue par les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire, il me semble important après quelques années de fonctionnement de permettre

⁶⁶ Appel à projet disponible sur le site http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=575.

⁶⁷ Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel n°2007-6, annonce n°138.

à la personne âgée à domicile et à ses aidants de repérer les différentes étapes d'une prise en charge globale en labellisant une « inter filière » **(3.3.1)** et d'envisager des développements futurs de certains maillons de la filière **(3.3.2)**.

3.3.1 Clarifier les liens entre filière de référence et filières de proximité : la labellisation d'une « inter filière »

La valeur ajoutée d'une filière gériatrique est d'« associer sur son territoire l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge globale du patient âgé ». La révision du SROS III dans son volet vieillissement (juillet 2009) prévoit après concertation des acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, la constitution d'« inter filière » (référence/proximités) pour notamment clarifier la prise en charge de la personne âgée **(A)**. Afin de labelliser l'existant, l'« inter filière » savoyarde doit se structurer de manière formelle avec l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux **(B)**.

- A) Une prise en charge globale de la personne âgée à faire connaître aux usagers et aux divers acteurs : la clarification des relations extra hospitalières

Le CH de Chambéry en tant que filière de référence, dispose en intra hospitalier de lits de court séjour gériatrique, d'un pôle d'évaluation gériatrique (hôpital de jour, consultations spécialisées..), d'une équipe mobile de gériatrie, de lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique, de lits d'USLD, de lits de soins palliatifs non dédiés à la filière gériatrique. Il a recourt également de manière formelle (conventions) ou informelle à des établissements de proximité, qui assurent notamment les dispositifs de prise en charge coordonnée du patient âgé psychiatrique (lien avec le CHS de Bassens) et des pathologies de type Alzheimer avec par exemple l'accueil de jour de Savoie Alzheimer.

Certains gériatres de la filière intra hospitalière interviennent au sein des filières extra hospitalières de proximité (hôpital local, autres EHPAD) et diffusent ainsi une véritable culture gériatrique auprès d'établissements ou médecins demandeurs. En cas de besoin, les médecins coordonateurs ou les médecins généralistes interrogent par téléphone les gériatres de toute la filière gériatrique qui orientent la demande vers les urgences, le court séjour, le SSR ou l'hôpital de jour selon le cas. Ces appels sont traités en priorité. Un formulaire de pré-admission à disposition des médecins libéraux pour toute entrée directe en court séjour gériatrique est rempli par les médecins du CSG pour préparer l'admission.

Une réflexion a été engagée au sein de l'équipe de gériatrie pour structurer ces réponses téléphoniques aux médecins libéraux qui se sentent parfois isolés en terme d'orientation à l'hôpital, de coordination des services hospitaliers, de conseil de prise en charge données aujourd'hui uniquement à titre individuel, sous forme de numéro unique ou de fiche unique et qui suppose la disponibilité d'un médecin gériatre dans certaines plages horaires.

A mon sens, des liens formels renforceraient les coopérations qui existent entre les deux filières (proximité et référence), mais surtout clarifieraient pour la personne âgée et ses aidants ainsi que pour son médecin traitant, la prise en charge globale qui leurs est proposée.

B) Une « inter filière » à structurer

L'ARH Rhône Alpes préconise dans le SROS III révisé la constitution d' « inter filière » (référence/proximités). Ce nouveau label nécessiterait qu'une charte d'engagement soit signée par les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux. Cette charte⁶⁸ selon les recommandations des cahiers des charges de la circulaire de 2007 doit prévoir les modalités concrètes de relation entre les différents maillons de la filière, notamment :

- le recours par les EHPAD au plateau technique spécialisé, en favorisant les admissions directes dans les services de CSG,
- l'accès aux expertises, aux évaluations et aux formations délivrées en faveur du dispositif médico-social et de la médecine de ville,
- l'accès aux informations sur les disponibilités en lits de court et moyen séjour et des places médico-sociales,
- l'admission facilitée par les EHPAD pour les patients issus du site référent,
- la diffusion d'une culture gérontologique commune.

La filière existante et ses liens intra et extra hospitalier effectuent déjà la plupart de ces recommandations sans pour autant les formaliser avec une charte d'engagement. Le schéma cible proposé au sein du volet vieillissement du SROS III Rhône Alpes révisé en juillet 2009 est un outil pour permettre de clarifier les relations entre les acteurs au service de la personne âgée⁶⁹.

⁶⁸ Voir annexe n° 2 proposition de charte d'engagement.

⁶⁹ Voir annexe n° 3 proposition de schéma cible.

La mise en place d'un comité inter filière, lieu de communication en lien avec le coordonnateur gérontologique départemental : le CLIC, permettrait de renforcer la coopération et d'atteindre le double objectif fixé de la prise en charge des besoins spécifiques de la « personne âgée » et de la fluidité du parcours du « patient gériatrique ».

Labelliser et communiquer sur la prise en charge proposée auraient également pour effet de valoriser l'image des professionnels qui y travaillent et le travail qu'ils accomplissent au quotidien.

3.3.2 Envisager les développements futurs d'activité des maillons de la filière gériatrique en fonction de l'évolution des besoins de la personne âgée

Certaines activités de la filière peuvent également être développées pour renforcer la prise en charge globale de la personne accueillie ou à accueillir. Différentes hypothèses pourraient être envisagées, je n'en retiendrais ici que deux qui me semblent nécessaires. La première est l'intervention de l'EMG au domicile des personnes pour la gestion de cas sanitaires complexes et éviter un passage aux urgences **(A)**. La deuxième est l'intervention de l'HAD en EHPAD compte tenu du nombre d'hospitalisation qui pourrait être évité pour les résidents présents **(B)**.

A) L'Equipe Mobile de Gériatrie, une intervention extra hospitalière à envisager

Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) se sont constituées dans le cadre des réseaux de santé prévus par le code de la santé publique et le code de la Sécurité sociale, en application de la circulaire du 18 mars 2002. Les EMG, composées d'un médecin gériatre, d'une infirmière et d'une assistante sociale ou d'un ergothérapeute, voire d'un psychologue, ont « *notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée* » Les équipes mobiles de gériatrie ont également pour missions de conseiller, d'informer et de former des équipes soignantes. Elles procèdent à une évaluation globale (médico-psycho-sociale) de la personne et élaborent son projet de soin et son projet de vie. L'EMG est amenée également à orienter la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière, ou dans le cas d'une hospitalisation elle propose une orientation à la sortie et participe à sa mise en oeuvre.

En 2009, l'UMG du CH de Chambéry intervient exclusivement en intra-hospitalier⁷⁰, du lundi au vendredi de 8H à 17H :

- de manière systématique, tous les matins à l'UHCD en privilégiant les solutions de retour à domicile dans 50% des cas,
- dès l'accueil des urgences à la demande (nécessité d'une hospitalisation)
- en MCO, à la demande.

Pour les situations complexes ou conflictuelles, l'UMG réalise une réunion de synthèse médico-sociale rassemblant le patient, sa famille, le médecin et le cadre du service où il est hospitalisé, ainsi que les intervenants du domicile ; le médecin traitant est invité. Un compte-rendu est rédigé qui énonce des propositions (rien n'est imposé) et précise clairement le rôle des différents acteurs. La valeur ajoutée de ces réunions de synthèse est de ne pas limiter la problématique à la seule question médicale (qui reste de la responsabilité du médecin du service), mais de considérer la dimension sociale et de coordonner et organiser au mieux la sortie de la personne âgée.

L'intervention extra hospitalière de l'équipe mobile gériatrique (UMG) est souhaitable dans l'aide à l'élaboration d'un diagnostic médico-social et d'un plan adapté pour les patients complexes⁷¹. L'intervention de l'UMG du CH de Chambéry hors les murs a été envisagée mais n'a pas à ce jour abouti faute de moyens et de structures juridiques claires sur le mode de financement ou de facturation.

B) L'HAD en EHPAD, une hypothèse à envisager pour une prise en charge sanitaire réussie dans le lieu de vie (institutionnelle ou domicile)

En 2007⁷², un décret et une circulaire autorisent l'intervention des services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) en EHPAD, selon des indications de soins bien particuliers. 14 modes de prises en charge sont ici définis par l'arrêté du 31 décembre 2004. Un arrêté du 24 mars 2009 clarifie ce dispositif réglementaire lourd et complexe en matière de conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

⁷⁰ Entretiens réalisés par Mme PEREZ en 2008 dans le cadre de son « étude sur l'intérêt d'une unité mobile de gériatrie hors les murs ». avec la directrice des soins – équipe de gériatrie (chef de service et gériatres de l'UMG), IDE de l'UMG, AS de l'UMG – assistante sociale chef et un urgentiste.

⁷¹ COUTURIER P. p/o le groupe SFGG, « *Equipes mobiles de gériatrie : où en sommes nous ?* », in IV^{èmes} journées nationales des équipes mobiles de Gériatrie, 14 Mai 2008, Bordeaux, 29p.

⁷² Décret n°2007-241 du 22 février 2007 et circulaire n°2007-365 du 5 octobre 2007.

Une étude serait à mener sur le nombre de résidents du pôle hébergement qui sont hospitalisés pour des modes de prise en charge « principaux » tels que la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, ou les pansements complexes, et avec des modes de prise en charge « associés » : prise en charge de la douleur, pansements complexes, soins de nursing lourds, nutrition parentérale, assistance respiratoire. Par ailleurs, un point important ne devra pas être négligé, c'est à dire l'incidence financière pour le service d'HAD d'intervenir au sein des EHPAD. En effet, si un service d'HAD intervient en EHPAD, une minoration du GHS de 13% est opérée compte tenu des actes à mener par les équipes soignantes déjà en place de l'EHPAD. La dimension d'une extension de cette activité d'HAD serait alors à déterminer compte tenu du choix à opérer d'intervention en interne au sein du pôle hébergement, ou en externe au sein des EHPAD de la couronne chambérienne.

Tous les intervenants le reconnaissent, l'intervention de l'HAD en EHPAD permet non seulement le maintien de la personne âgée dans son lieu de vie habituel, mais permet aussi une coopération entre professionnels de l'EHPAD et ceux de l'HAD. En effet, l'HAD permet des prises en charge spécifiques (ergothérapie, prise en charge de la douleur, conseils nutritionnels). De plus, l'action de l'HAD diminue de manière non négligeable la charge en soins en EHPAD, et évite l'hospitalisation voire la ré-hospitalisation des résidents.

L'intervention de l'HAD en EHPAD serait le symbole que le lieu de vie de la personne âgée et son projet de vie prime sur l'aspect « soin » de la prise en charge des personnes âgées même en cas de forte dépendance.

CONCLUSION

Dans les années à venir, les établissements hébergeant des personnes âgées devront évoluer, en créant un mode d'hébergement alliant l'ensemble des besoins d'une personne âgée dépendante, et ce jusqu'à la fin de sa vie. Pour cela, je suis intimement convaincue qu'individualisation et médicalisation devront cohabiter dans un lieu de vie et non dans une « *gestion rationalisée des corps de vieillards réduits au statut de simples objets de soins* ».

La réalisation de ce mémoire s'est révélée riche d'enseignements. Je dirais avant tout qu'il m'a apportée une vision transversale de la prise en charge d'une personne âgée propre au métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Mais plus encore cela a été pour moi l'occasion d'aborder des aspects du métier de directeur, qui me paraissent essentiels. La rencontre avec des équipes motivées dont le travail est à valoriser au quotidien pour un directeur, m'a permis de prendre conscience que l'hébergement en institution ne peut se faire qu'en respectant le mode de vie de la personne accueillie.

Diriger un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, c'est tenir compte de leur « besoin en soin », (dimension sanitaire) c'est également faciliter le « prendre soin » dans un lieu de vie adapté (dimension médico-social). Le management des équipes, la gestion financière de l'établissement, la logistique, tout doit concourir à apporter une réponse au besoin de la personne accueillie ou à accueillir. De plus, la rencontre avec des résidents dont le reste à charge du prix de journée d'un établissement est de plus en plus important, permet d'appréhender la dimension sociale de la prise en charge de la personne âgée (mise sous tutelle, aides sociales...).

La fusion des corps de directeur d'établissement sanitaire et social, et de directeur d'établissement social et médico-social en 2008 en un seul corps de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est le symbole des liens créés ou à créer entre les différentes dimensions d'accompagnement de la personne âgée qui sera l'enjeu de demain.

L'analyse des données, des entretiens et des observations de terrain a montré que l'offre d'hébergement actuel doit s'adapter. Aussi, me semble-t-il important d'insister sur la mise en œuvre d'une démarche projet commune à l'ensemble des acteurs de la prise en charge globale de la personne âgée qu'ils interviennent à domicile ou en institution, au sein d'une filière gériatrique ou d'une filière médico-sociale. Il me paraît en effet nécessaire de clarifier la structuration de l'accompagnement de la personne âgée tout au long de sa trajectoire gérontologique pour valoriser les interactions entre gériatrie et gérontologie existantes.

Dans la perspective d'une future prise de poste, il me semble indispensable de travailler dans un esprit de coordination et de cohésion à des grandes valeurs de la prise en charge de la personne âgée. D'autant que l'augmentation de l'espérance de vie et les changements opérés dans la société demanderont la mise en place de démarche projet prospective pour un hébergement en continuelle adaptation.

Le directeur s'attachera ainsi dans l'ensemble de ses attributions à anticiper les besoins futurs de la personne âgée de demain.

Sources et bibliographie

- TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

LOIS

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal Officiel du 30 juin 1975. [visité en mars 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n°1997-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes [en ligne]. Journal Officiel du 25 janvier 1997. [visité en mars 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. [en ligne]. Journal Officiel du 21 juillet 2001. [visité en septembre 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal Officiel n°2 du 3 janvier 2002. [visité en mars 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009. [visité en mars 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

DECRETS

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION DU MINISTRE DE L'INTERIEUR, DU MINISTRE DES FINANCES ET DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET DU MINISTRE DU TRAVAIL. Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.

PREMIER MINISTRE. Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. [en ligne]. Journal Officiel du 30 avril 1997. [visité en juin 2009], disponible sur le site internet : <http://infodoc.inserm.fr/>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel du 27 avril 1999 [visité en septembre 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel du 27 avril 1999 [visité en septembre 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD. [en ligne]. Journal Officiel du 28 mai 2005 [visité en septembre 2009], disponible sur le site internet : http://www.amcehpad.org/IMG/pdf/decret_medecin_coordonnateur.pdf

CONSEIL D'ETAT. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (2^{ème} partie: décrets en Conseil d'Etat) [en ligne]. Bulletin Officiel 2007-11 [visité en juin 2009], disponible sur le site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

CONSEIL D'ETAT. Décret n° 2007- 660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD intervenant dans les EHPA et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Bulletin Officiel 2007-11 [visité en juin 2009], disponible sur le site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

ARRETES

MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, LE MINISTRE DE L'INTERIEUR, MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, LE SECRETAIRE D'ETAT A LA

SANTE ET A L'ACTION SOCIALE. Arrêté ministériel du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. [en ligne]. Journal Officiel du 27 avril 1999. [visité en juin 2009], disponible sur le site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE ALPES. Arrêté n° 2005-RA-116 en date du 27 mai 2005 fixant la limite des territoires de santé et le ressort territorial des conférences sanitaires pour la région Rhône-Alpes, modifié par l'arrêté n°2008-RA-299 en date du 27 mars 2008 et l'arrêté n° 2008-RA-326 en date du 21 avril 2008. [en ligne]. [visité en janvier 2009], disponible sur le site internet : www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES ET LE MINISTRE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPA en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP. [en ligne]. Journal Officiel du 25 mars 2007. [visité en juin 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE ALPES. Arrêté n° 2008-RA-335 en date du 30 avril 2008 relatif à la révision du schéma régional d'organisation sanitaire pour Rhône-Alpes [en ligne]. [visité en janvier 2009], disponible sur le site internet : www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique [en ligne]. Journal Officiel du 16 mai 2009. [visité en juin 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE ALPES. Arrêté n°2009-RA-500 en date du 21 juillet 2009 relatif au schéma régional d'organisation sanitaire pour Rhône-Alpes [en ligne]. [visité en septembre 2009], disponible sur le site internet : www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD. [en ligne]. Journal Officiel du 25 mai 2006. [visité en janvier 2009], disponible sur le site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

CIRCULAIRES

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire n°DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. [en ligne]. [visité en mai 2009], disponible sur le site internet : <http://www.parhtage.sante.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA COHESION SOCIALE ET A LA PARITE. Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les USLD. [en ligne]. [visité en mai 2009], disponible sur le site internet : <http://www.parhtage.sante.fr>

MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. [en ligne]. [visité en mai 2009], disponible sur le site internet : <http://www.parhtage.sante.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-6, annonce n°138. [visité en mai 2009], disponible sur le site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>.

MINISTÈRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire ministérielle DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé des personnes âgées. [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-6, annonce n°138. [visité en mai 2009], disponible sur le site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, Circulaire n°DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour

personnes âgées. [en ligne]. Bulletin Officiel n°2007-11, annonce n°58. [visité en juillet 2009], disponible sur le site internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr>.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE - MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Circulaire interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A/2009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. [en ligne]. [visité en mai 2009], disponible sur le site internet : <http://adiph.org/TO/textesofficiels.html>

PLANS

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2006, Plan Solidarité Grand Age, 39 p.

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007, Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009, 32 p.

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, 2008, Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 84 p.

- OUVRAGES

AMYOT J-J / ed., « *Développer la coordination gérontologique – Stratégies, dispositifs et pratiques* », 2006, Dunod,, 262p.

BARTKOWIAK N., « *L'accueil des immigrés vieillissants en institution* », 2008, Editions Presses de l'EHESP, 127p.

DARNAUD T., « *L'entrée en maison de retraite : une lecture systémique du temps de l'accueil* », 2^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux : ESF; Collection L'Art de la psychothérapie; 2007, 188p.

DEHAN P., 2007, « *L'habitat des personnes âgées : du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer* », 2^{ème} édition, Le Moniteur, Collection techniques de conception, 344p.

DUBREUIL B., « *Le travail de directeur en établissement social et médico-social* », 2004, 228p.

ETZIONI A. / ed., « *L'analyse des organisations, une anthologie sociologique : TOME 2, les composantes de l'organisation* », 1987, Gaëtan Morin, 508p.

Les organisations modernes, Bruxelles, Duculot, 1971, pp.17-42

GINESTE Y. et PELLISSIER J., « *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux* », 2007, Armand Colin, 320p.

JOHNSON G., SCHOLLES K., WHITTINGTON R., FRERY F. *Stratégique*, 8ème édition, Pearson Education, 2008

PAPAY J., « *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social* », 2009, 2^{ème} édition, Vuibert, Collection perspectives sociales, 255p.

LOUBAT J-R., « *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social* », 2005, Dunod, 331p;

MINTZBERG H., « *Structure et dynamique des organisations* », 1978, tirage 2003, Les Editions d'Organisation, 434p.

MIRAMON J-M., « *Manager le changement dans l'action sociale* », 2001, 2^{ème} édition, Editions ENSP, 107p.

MIRAMON J-M., « *Le métier de directeur – techniques et fictions* », 2005, 2^{ème} édition, Editions ENSP, 270p.

STEFANI F. et DUBOIS G., « *Histoire des hôpitaux de Chambéry : mille ans au service des pauvres et des malades* », 2002, Edition l'histoire en Savoie, n°3 nouvelle série

TOULLY V. / ed., « *Les enjeux du vieillissement – Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?* », Editions de Santé, Tableaux de bords Santé n°3, 268p.

- ARTICLES :

ARGOUD D., « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui », décembre 2006, *Revue Gérontologie et société*, n°119, pp. 85-92.

CASSOU B., « Prévenir le vieillissement pathologique », décembre 1997, *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, p. IX.

CROZIER M., « L'analyse stratégique en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie », janvier 1987, *Gestions hospitalières*, n°261, pp787-791.

GUETAT P., VERMOREL et BOLLIET J-M., « Filières de recours et filières de proximité », mars 2009, *Revue Hospitalière de France et Revue ARH Infos Rhône-Alpes*, n°51, pp. 4-7.

JEANDEL C., « Les clés de la construction des filières de soins l'exemple de la filière de soins gériatriques », 9 juin 2009, *Revue FHF*

MOLLER C., « Etre au rendez-vous de la coordination, l'heure H : quel avenir pour l'hôpital public », janvier-février 2007, *Revue hospitalière de France*, pp 65-70.

VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J-M., « Filières gériatriques - Un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », *ARH infos* [en ligne], n°51 de mars 2009, pp. 4-7. [visité le 2 mai 2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf>

VILLEZ A., « L'EHPAD - La crise des modèles », décembre 2007, *Gérontologie et Société*, n°123 pp.169-184

- RAPPORTS ET ETUDES :

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE ALPES, *SROS 3 - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Rhône-Alpes. 2006-2010*, Lyon : ARHRA, Livre 2 : la constitution des filières de soins, vers une prise en charge intégrée des patients, 2006, p208.

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHÔNE-ALPES, *Schéma régional d'organisation sanitaire, Période 2006-2010, Projet de révision*, Juillet 2009, p209.

BAILLEAU et TRESPEUX F., *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2008*, DREES n° 700 - Août 2009, p8.

CARRASCO V. et BAUBEAU D., *Les usagers des urgences - Premiers résultats d'une enquête nationale*, DREES n° 212 – Janvier 2003, p8.

DEBOUT C. et LO S-H., *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008*, DREES n° 690 – Mai 2009, p8.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, *Rapport PRISMA France - Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action*, Décembre 2008, p199.

DRASS Rhône Alpes, *PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, « éléments d'analyse partagée, priorités interdépartementales et régionales cadrage des programmations 2006-2008 »*, Avril 2006, p67.

DRASS Rhône Alpes, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, Service études et statistiques, Août 2008, p50.

DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement*, DREES n° 494 - Juin 2006, p8.

DUTHEIL N. et SCHEIDEGGER S., *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées*, DREES n° 515 - Août 2006, p8.

Fondation Maison des sciences de l'Homme, *l'EHPAD : pour finir de vieillir – ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, Etude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique, (tome 1), Juin 2006, p255.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P. et VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, – Rapport commandé par Xavier BERTRAND, ministre chargé de la santé et Philippe BAS, ministre délégué chargé des personnes âgées, La Documentation française, Avril 2006

MODULE INTER PROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, *L'exemple d'un réseau gérontologique : fonctionnement et positionnement stratégique sur le territoire. Vers un guichet unique ?*, EHESP, groupe n°33, 2008, p37.

PLA A., *Bilan démographique 2008 : Plus d'enfants, de plus en plus tard*, INSEE Première n°1220 - Janvier 2009, p16.

PREVOT J., *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES n° 689 – Mai 2009, p8.

PREVOT J., *Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, DREES n° 699 – Août 2009, p8.

PREVOST P., VUILLEMIN C. et FENDER P., *Etude pathos sur l'échantillon "ERNEST" 2001 - Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national*, CNAMTS / DSM, Février 2003, p63.

VASSELLE A., *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, sénat session extraordinaire de 2007-2008*, n°447, Juillet 2008, p262.

VIAL J-P., *Schéma départemental personnes âgées 2005-2010*, conseil général de la Savoie, 2005, p175.

- THESES ET MEMOIRES :

BONIN-BELLORINI C., « *Evaluation de la maison de retraite hospitalière de Chambéry (Savoie) selon le logiciel ARGOSS – Etablissements de la Cerisaie et de Jacob-Bellecombette* », Mémoire pour l'obtention de la capacité en gérontologie, Université Joseph FOURIER faculté de médecine de Grenoble, Octobre 2002, 31p.

BURNIER A., 2008, *Humanité, qualité, efficacité : les objectifs de la filière gériatrique versaillaise*, Mémoire de l'EHESP - filière DESS, 61 p.

DEUTSCHE T., 2009, *La médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : une première phase difficile à achever dans le département du Var*, Mémoire de l'EHESP - filière IASS, 68 p.

DUBOIS P., 2005, *Contraintes et leviers de la mise en place des pôles d'activité au centre hospitalier de Chambéry*, Mémoire de l'ENSP – filière EDH, 74 p.

FEREY P., 2008, *La coupe PATHOS en complément d'AGGIR : un outil au service de la qualité de la prise en charge ? L'exemple du Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq-Nay*, Mémoire de l'EHESP – filière DESS, 60 p.

HOUADEC S., 2008, *Renouveler l'offre de services pour personnes âgées dépendantes. L'exemple de l'EHPAD « les Marronniers » de Levallois-Perret*, Mémoire de l'EHESP – filière DESSMS, 59 p.

LE GUILLANTON B., 2007, *Le développement de formules alternatives à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes : un nécessaire défi » l'exemple de l'EHPAD résidences MAREVA*, Mémoire de l'ENSP - filière DESS, 64 p.

REYDANT COUPEY C., 2007, *De la création d'une filière gériatrique à l'élaboration d'un projet gérontologique global. Pour une cohérence du parcours de santé et de prise en charge des personnes âgées. L'exemple au Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer*, Mémoire de l'ENSP – filière DESS, 62 p.

- CONFERENCE :

COUTURIER P. p/o le groupe SFGG, « *Equipes mobiles de gériatrie : où en sommes nous ?* », in IV^{èmes} journées nationales des équipes mobiles de Gériatrie, 14 Mai 2008, Bordeaux, 29p.

- SITES INTERNET :

www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees

www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf

www.cq73.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.cpasbru.irisnet.be/?PAGE=seniors

www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Communication/communication/tribune-libre-revue-hospitaliere-de-france

« Maslow et projets en EHPAD », disponible sur <http://membres.lycos.fr/papidoc>

LEONARD A-S., « La Gériatrie aux HCL : voyage au pays de nos aînés - Groupement Hospitalier de Gériatrie : principes et fondements », disponible sur www.chu-lyon.fr/.../geriatrie/dossier_geriatrie_tonic114.pdf

Le Monde du 24/08/2009 « les personnes âgées, premières bénéficiaires des aides sociale », disponible sur <http://www.lemonde.fr>

Liste des annexes

Annexe 1

Bilan de l'existant sanitaire et médico-social de Rhône Alpes au 31 décembre 2008
(Source DRASS)

Annexe 2

Charte pour la filière gériatrique
(Source SROS III Rhône Alpes révisé en juillet 2009)

Annexe 3

Schéma cible des relations entre les acteurs au service des usagers
(Source SROS Rhône Alpes révisé en juillet 2009)

Annexe 1

Bilan de l'existant sanitaire et médico-social de Rhône Alpes au 31 décembre 08

Bilan de l'existant sanitaire par bassin

BASSIN	CSG		USLD		EMG
	Nombre de site	Capacité	Nombre de site	Capacité	Nombre
1	2	27	3	185	1
2	2	31	2	108	2
3	2	36	4	229	2
4	3	87	6	395	3
5	1	21	2	120	1
6	5	100	5	360	5
7	2	37	3	103	1
8	4	100	6	408	2
9	2	28	2	145	2
10	5	196	6	360	2
11	3	36	4	150	3
12	3	51	5	195	3
13	2	30	3	110	2
Total	36	780	51	2 868	29

Extrait du bilan de l'existant EHPAD et SSIAD Bassin n°11

	NATURE JURIDIQUE	NB ETABLISSEMENTS	CAPACITE
EHPAD	Etablissements et collectivités territoriales	4	241
	Etablissements publics	33	2 099
	Etablissements privés commerciaux	8	421
	Etablissements privés non lucratifs	12	699
TOTAL TOUT BASSINS		671	49 096

	NATURE JURIDIQUE	NB DE SERVICES	CAPACITE
SSIAD	Etablissements et collectivités territoriales	1	15
	Etablissements publics	11	347
	Etablissements privés commerciaux	2	53
	Etablissements privés non lucratifs	8	267
TOTAL TOUT BASSINS		206	8267

PATHOS en EHPAD par bassin (Source DRSM)

Nombre et pourcentage de SMTI et de M2 -GPP7) par Bassin Hospitalier

Bassin Hospitalier	2007					2008				
	Effectif coupé	Nb SMTI	% SMTI	Nb M2 (GPP 7)	% M2	Effectif coupé	Nb SMTI	% SMTI	Nb M2 (GPP 7)	% M2
01	1447	173	12,0%	14	1,0%	489	56	11,5%	2	0,4%
02	2124	220	10,4%	21	1,0%	818	88	10,8%	5	0,6%
03 + MSA	2345	175	7,5%	44	1,9%	671	45	6,7%	8	1,2%
04	1397	149	10,7%	10	0,7%	710	63	8,9%	11	1,5%
05+MSA	1292	70	5,4%	10	0,8%	668	14	2,1%	13	1,9%
06+MSA	4360	399	9,2%	43	1,0%	857	38	4,4%	9	1,1%
07	550	78	14,2%	10	1,8%	761	104	13,7%	4	0,5%
08	1228	117	9,5%	12	1,0%	586	49	8,4%	5	0,9%
09	315	24	7,6%	1	0,3%	570	39	6,8%	3	0,5%
10	1524	210	13,8%	18	1,2%	737	74	10,0%	10	1,4%
11	1128	109	9,7%	25	2,2%	333	20	6,0%	3	0,9%
12	748	62	8,3%	10	1,3%	417	33	7,9%	4	1,0%
13	365	45	12,3%	1	0,3%	63	16	25,4%	0	0,0%
Région	18823	1831	9,7%	219	1,2%	7680	639	8,3%	77	1,0%

Annexe 2

Charte pour la filière gériatrique

La charte concerne toutes les structures et tous les professionnels prenant en charge les personnes âgées.

Le principe de la charte est d'établir un socle commun clarifiant le rôle et les engagements de chacun pour assurer la qualité des prises en charge.

Cette charte ne signifie en aucun cas que la coopération entre le secteur sanitaire, social et médico-social n'existe pas à ce jour.

Elle revêt souvent un caractère informel.

Elle doit être le fruit d'une réflexion concertée entre les acteurs.

Au-delà de leurs propres spécificités, les signataires s'engagent à respecter les principes suivants :

- une connaissance et une reconnaissance mutuelle en vue d'une meilleure articulation entre les différents dispositifs existants,
- une volonté commune de mettre en place, développer et mettre à jour des outils nécessaires facilitant leurs échanges,
- une volonté commune de définir les rôles respectifs et les règles d'échanges.
Son contenu devra comprendre :
 - l'identification du correspondant de la filière, interlocuteur privilégié des correspondants gérontologiques départementaux et animateur et facilitateur entre les différents composants de la filière ;
 - la désignation de l'établissement assurant le pilotage de la filière ;
 - la place des acteurs dans la filière, les règles d'échange entre eux ;
 - l'organisation mise en place pour éviter le passage aux urgences hospitalières (n° d'appel, identification des consultations gériatriques, des hôpitaux de jour...) ;
 - la contribution des gériatres de la filière pour assurer une permanence de la réponse aux demandes émanant des professionnels libéraux et des structures ne possédant pas de plateau technique pour garantir la continuité des soins ;
 - l'installation d'une instance de réflexion regroupant l'ensemble des acteurs à l'évaluation du dispositif mis en place et à leur processus d'amélioration. Cette instance contribuera à la constitution du rapport annuel. Elle comprendra un représentant du collectif des usagers.

Annexe 3

Schéma cible des relations entre les acteurs au service des usagers

