



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-Social**

Promotion : **Amartya SEN (2018–2019)**

Date du Jury : **Octobre 2019**

---

**Lieu de vie, lieu de soin(s) :  
la difficile identité médico-sociale d'un  
EHPAD « hospitalier »**

---

**Alexandre BOITIER**



---

# Remerciements

---

Mes remerciements sincères vont tout d'abord en direction de Marie-Pierre CUTAJAR, Directrice des affaires médicales, de la filière gériatrique et de la communication du Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac. Dans un premier temps, afin de soutenir la préparation des concours d'accès à la formation de directeurs de la Fonction Publique Hospitalière, elle a planifié un stage d'immersion au sein des directions. Dans un second temps, admis au concours des DESSMS, elle m'a offert l'opportunité de poursuivre notre collaboration en me proposant un stage long ayant pour périmètre les séjours longs pour personnes âgées.

J'y associe Pascal TARRISSON, Directeur Général du CHHMA, ainsi que l'ensemble des directeurs et agents administratifs qui, de près ou de loin, m'ont intégré aux travaux relevant de l'EHPAD et de l'USLD.

Sur le plan opérationnel, mes pensées vont plus particulièrement vers l'ensemble des personnels paramédicaux et médicaux de l'EHPAD. Du staff d'encadrement aux soignants de proximité, des animatrices aux soignants supports, chacun a apporté, directement ou indirectement, une pierre à l'édifice de ce travail.

Sur le plan de la recherche, je remercie Josiane BETTLER, Directrice de la politique gériatrique du Centre hospitalier régional universitaire de Brest, Karelle HERMENIER, Directrice adjointe en charge des résidences pour personnes âgées du CHIC de Quimper et Cathy LEROY, Directrice adjointe en charge du département des personnes âgées du CH de Blois pour le temps consacré et l'expertise produite.

Enfin, ces remerciements ne sauraient trouver de cohérence s'ils n'intégraient pas les personnes pour lesquels mon objectif professionnel se veut empreint de sens. Les résidents et leurs proches en sont bien la raison d'être.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	4
1 Les structures de séjour long pour personnes âgées sur les territoires : de l'échelle nationale à l'échelon local .....	5
1.1 Les EHPAD : des structures médico-sociales implantées sur les territoires .....	5
1.1.1 Les EHPAD : quand et comment ? .....	5
1.1.2 Des EHPAD et des territoires.....	8
1.2 La spécificité de l'accompagnement des résidents de séjour long en hôpital .....	9
1.2.1 L'Unité de soins de longue durée : entre sanitaire et médico-social.....	10
1.2.2 Avantages et inconvénients d'un EHPAD à être adossé à un Centre Hospitalier .....	12
1.3 La structuration du secteur des personnes âgées au CHHMA .....	14
1.3.1 La construction autour d'une filière gériatrique .....	14
1.3.2 L'EHPAD : un service comme les autres ? .....	16
2 Un fonctionnement oscillant entre organisations sanitaires et intégration parcellaire des enjeux médico-sociaux.....	19
2.1 Des organisations institutionnelles hospitalo-centrées.....	19
2.1.1 Une organisation sanitaire du management .....	19
2.1.2 Des ESMS dispersés en différents pôles.....	25
2.2 Une culture et une identité médico-sociale en souffrance .....	28
2.2.1 Un manque de lisibilité .....	28
2.2.2 Une absence de visions et d'identité médico-sociale commune.....	30
2.3 La co-responsabilité des organes officiels.....	32
2.3.1 La faible position d'accompagnement des autorités .....	32
2.3.2 Budgets et finances : des complexités supplémentaires .....	34
3 Les leviers permettant de faire émerger, à partir d'une autonomisation de gestion, une véritable identité médico-sociale d'EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier.....	37
3.1 Définir la gouvernance de l'EHPAD.....	37
3.1.1 Structurer la gouvernance administrative au sein de l'EHPAD.....	38

3.1.2	Consolider la gouvernance médico-soignante de l'EHPAD .....	39
3.2	Porter des axes stratégiques forts et inscrivant une identité médico-sociale .....	42
3.2.1	... à travers l'élaboration d'un Projet de Résidence .....	42
3.2.2	à travers la consolidation de ce Projet de Résidence au sein même du Projet d'Établissement.....	47
3.3	Saisir l'opportunité du CPOM pour s'ouvrir sur l'extérieur .....	50
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

**APA** : Allocation personnalisée d'autonomie

**APL** : Aide personnalisée au logement

**ASG** : Assistant de soins en gérontologie

**ARA** : Auvergne-Rhône-Alpes

**ARS** : Agence régionale de santé

**ASH** : Aide sociale à l'hébergement

**BSI** : Bassin de santé intermédiaire

**CH** : Centre hospitalier

**CHHM(A)** : Centre hospitalier Henri Mondor (d'Aurillac)

**CHIC** : Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille

**CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

**CJV** : Centre Jean Vignalou

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CRC** : Chambre régionale des comptes

**CTP** : Convention tripartite pluriannuelle

**DA** : Directeur adjoint

**DAF** : Direction des finances, de la clientèle et de l'information médicale

**DALT** : Direction des achats, de la logistique et des travaux

**DAM** : Direction des affaires médicales, de la communication et de la filière gériatrique

**DESC** : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

**DESSMS** : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

**DG** : Directeur général

**DRH** : Direction des ressources humaines

**DS** : Direction des soins

**EHPA** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EPRD** : État prévisionnel des recettes et des dépenses

**EPS** : Établissement public de santé

**FINESS** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

**FPH** : Fonction publique hospitalière

**FPT** : Fonction publique territoriale

**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**UCC** : Unité cognitivo-comportementale

**UHR** : Unité d'hébergement renforcée

**USLD** : Unité de soins de longue durée



## Introduction

Dans un contexte de vieillissement des populations lié à une amélioration des conditions de vie – progrès de la médecine et du système de santé, diminution des comportements à risques –, les structures d'hébergement et d'accompagnement gérontologiques et gériatriques voient, actuellement, en France, le maintien de leur état capacitaire. Ainsi, *« fin 2015, les EHPA, au nombre de 10 600, proposent près de 752 000 places d'accueil. Si le nombre de structures était en lente progression entre 2011 et 2015 (+1,1 %), leur capacité d'accueil s'est accrue plus rapidement (+ 4,5 %). »*<sup>1</sup>

Le modèle sociétal d'antan où les grands-parents avaient leur place au sein du foyer familial est aujourd'hui révolu. Aux transformations des modes de vie – valorisation de la carrière professionnelle, éclatement géographique de la cellule familiale, disruption des modèles familiaux, individualisation des comportements – s'associent les pathologies du grand âge, dont les troubles cognitifs et comportementaux, qui rendent difficiles un accompagnement familial adapté et serein. Et, malgré des politiques publiques volontaristes axées sur le maintien à domicile, *« 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus fréquentent un EHPA ou y vivent. »*<sup>2</sup>

L'analyse de ces données porte à considérer que l'accompagnement et la prise en charge des aînés doit être programmée, afin de répondre de façon optimale aux attentes individuelles et aux besoins collectifs. La planification de l'offre sanitaire et médico-sociale prend ici tout son sens, d'autant plus que les projections restent soumises à l'évolution des bassins de vie, à la singularité des territoires et à des choix politiques. Ainsi en est-il du département du Cantal où les instances de régulation ont autorisé la création de lits médico-sociaux, sans pour autant anticiper la difficulté des structures à recueillir une liste d'attente suffisante et à répondre aux exigences d'un taux d'occupation supérieur à 95 %.

Corollaire de l'augmentation de l'espérance de vie, l'installation progressive d'une dépendance « de masse » dès le début des années 1990 a amené les décideurs à adapter les politiques publiques et à mettre en place des dispositifs répondant équitablement aux enjeux de la perte d'autonomie. Pour ce faire, différentes lois se sont succédé, améliorant progressivement la prise en charge des publics, notamment en inscrivant des objectifs de qualité et de sécurité de l'accompagnement et en réformant la tarification. Parmi elles, la loi 2002-2<sup>3</sup> a permis l'amorce d'une réforme profonde du secteur à plusieurs titres, élargissant et unifiant la définition des établissements et services sociaux et médico-sociaux, très hétérogènes en termes de taille, de prestations et de publics accueillis. Néanmoins, malgré ces avancées législatives notables, dix-sept

---

<sup>1</sup> DREES – L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre – page 1

<sup>2</sup> DREES – 728 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2015 – page 1

<sup>3</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

ans après, l'émergence d'une identité médico-sociale des ESSMS n'est pas encore complètement acquise dans les faits, notamment lorsque la structure est rattachée à un Centre hospitalier. La frontière entre lieu de vie et lieu de soins y est parfois poreuse.

Si le lieu de soins est entendu comme l'endroit où sont prodigués des soins médicaux et paramédicaux sur un plan préventif, curatif et palliatif, il prend alors la forme de soins technicisés. Mais, l'accompagnement en santé, telle que la définit l'OMS – « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>4</sup>, se veut holistique, ne relevant pas uniquement de la seule maladie. A ce titre, les articles du Code de la santé publique<sup>5</sup> règlementant la profession d'infirmier en posant des actes du rôle prescrit, réalisables sur prescription médicale, et des actes du rôle propre, correspondant à l'analyse personnelle des besoins et des aides à apporter à un tiers dans les gestes de la vie quotidienne, illustrent précisément cette globalité de l'accompagnement. Le lieu de vie, quant à lui, se construit au-delà du simple emplacement où se déroulent les activités quotidiennes d'une structure assurant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Il correspond avant tout à l'idée d'un endroit dans lequel les personnes - résidents, visiteurs, personnels - qui le vivent ou le côtoient ont du plaisir. Un lieu de vie est un lieu social, personnalisé et personnalisable, à l'image d'un chez-soi que l'on aurait déporté sur un collectif. En écho aux initiatives de participation sociale et de démarche inclusive, le lieu de vie est le reflet d'une organisation du groupe.

L'usage simultané de ces deux locutions dans le titre amène à s'interroger sur l'existence d'une éventuelle frontière les opposant. Un EHPAD est-il avant tout un lieu de vie ou un lieu de soins ? Existe-t-il un curseur d'ajustement entre les deux permettant de ne pas privilégier l'un au détriment de l'autre ? Malgré une tendance progressive à la (sur)médicalisation des EHPAD, Monique IBORRA et Caroline FIAT « *considèrent qu'il faut désormais sortir de l'opposition entre l'EHPAD « lieu de soins » et l'EHPAD « lieu de vie », et améliorer à la fois la qualité du soin et la qualité de vie en EHPAD, sans négliger l'un au profit de l'autre.* »<sup>6</sup>

A cela s'ajoute une autre forme de dichotomie. Sujet sensible, s'il en est dans son intitulé, que d'évoquer l'EHPAD « hospitalier », sous-tendant par là qu'il existe différentes typologies d'EHPAD et qu'une structure liée à un Centre hospitalier se gère différemment dans ses modalités d'accompagnement et de gestion du quotidien. Visitant l'EHPAD et l'USLD du CHHMA lors du pré-stage de professionnalisation, c'est sur la base de

---

<sup>4</sup> [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)

<sup>5</sup> Articles R 4311-1 à 4311-15 du Code de la santé publique

<sup>6</sup> IBORRA M., FIAT C. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD - page 31

ressentis et d'appréhensions que le sujet a émergé, avec le lot de subjectivité que ces ressentis ou ces appréhensions sont à même de produire : impression dès l'entrée de l'EHPAD de marcher dans les couloirs d'un hôpital, impression de l'absence de lieux de rencontre collectifs, absence de « gens », absence de monde, absence de vie signant peut-être une faiblesse inclusive et sociale des résidents et de leurs proches, sensation d'un cloisonnement marqué entre les différentes unités, ... Finalement, j'avais le sentiment général, en le comparant à d'autres EHPAD, de ne pas être dans une structure d'accompagnement pour personnes âgées.

Aussi me suis-je demandé : « **En quoi le fonctionnement sanitaire d'un organisme gestionnaire hospitalier peut-il interférer dans l'identité médico-sociale d'un EHPAD qui y est rattaché ? Et quelles marges de manœuvre un directeur possède-t-il pour faire reconnaître l'EHPAD non comme un service annexe de l'hôpital mais comme une entité médico-sociale à part entière ?** »

Au cours des huit mois de stage de professionnalisation, les missions confiées par la direction ont permis de valider les premières impressions. Et c'est au fur et à mesure de l'appropriation de la structure – de son bâti, de ses acteurs, de son fonctionnement – que j'ai pu comprendre que les causes en étaient multifactorielles et les réponses à apporter diverses.

Après avoir contextualisé l'évolution et la situation actuelle des structures de séjour long pour personnes âgées dans ces différents échelons territoriaux (1), nous décrivons comment l'EHPAD du CHHMA, englobé dans un tout sanitaire, peine à faire émerger sa propre culture médico-sociale (2). Au décours, nous proposerons des pistes de solutions pour que l'EHPAD hospitalier devienne un EHPAD comme les autres (3).

## Méthodologie

Sur le plan méthodologique, j'ai élaboré ce travail autour de trois axes :

Le premier est celui d'une base documentaire, s'appuyant essentiellement sur des rapports et des publications officiels. Le sujet est peu traité et il a été difficile de trouver de la documentation en rapport. Quand le thème établissement sanitaire/établissement médico-social est appréhendé, c'est plus particulièrement sous l'angle de la psychiatrie.

Le second s'appuie sur l'analyse des données recueillies sur le terrain. En cela, ce mémoire est d'abord et avant tout le fruit du stage de professionnalisation. Les propos et remarques recueillis l'ont été durant les huit mois de stage, notamment au cours des rencontres de l'évaluation interne puis des entretiens menés en coopération de consultants extérieurs pour un audit sur l'organisation de l'EHPAD. Temps forts pour recueillir du matériel sans biais, observer in situ, se questionner a priori et analyser a posteriori. Ce recueil s'est également opéré au jour le jour, de façon informelle, lors de discussions avec les directeurs, agents administratifs et encadrants. S'y ajoutent la visite des secteurs gériatriques de centres hospitaliers, notamment celui de Murat et de Brive-la-Gaillarde et les entretiens réalisés téléphoniquement avec des directeurs de filière gériatrique et/ou médico-sociale.

Le troisième porte sur l'empirisme d'un parcours professionnel varié et riche de nombreuses expériences en gériatrie. Soignant de formation - aide-soignant, infirmier puis infirmier coordinateur -, j'ai exercé au sein d'établissements publics et privés - lucratifs ou non - et à domicile, comme infirmier libéral. A travers ces différents exercices, j'ai acquis une expertise spécifique à l'accompagnement des personnes âgées, tant sur le plan clinique que sur les plans administratifs, juridiques et managériaux. La multiplicité des pratiques permet le parangonnage des établissements passés à l'EHPAD du moment, tant sur les points forts que sur les points à améliorer.

# 1 Les structures de séjour long pour personnes âgées sur les territoires : de l'échelle nationale à l'échelon local

Selon les Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 publiés en juillet 2017, « 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivent {...} Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). »<sup>7</sup> C'est dire le volume que couvrent ces structures dans le paysage des ESSMS pour personnes âgées, et dont la répartition et les statuts juridiques diffèrent (1.1). Parmi eux, les EHPAD hospitaliers sont des structures singulières ayant des avantages et des inconvénients (1.2), à l'instar de l'EHPAD du CHHMA (1.3).

## 1.1 Les EHPAD : des structures médico-sociales implantées sur les territoires

D'emblée, il semble nécessaire de contextualiser la place dans laquelle s'inscrivent les EHPAD au sein de l'offre médico-sociale et le rôle qu'ils opèrent dans l'adaptation de la société au vieillissement (1.1.1) pour observer, à partir d'indicateurs, une vue d'ensemble (1.1.2).

### 1.1.1 Les EHPAD : quand et comment ?

<u>Maisons de retraite (EHPA)</u> : prise en charge globale de la personne âgée incluant l'hébergement en chambre ou en logement, les repas et divers services spécifiques.
---

<u>Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (EHPA)</u> : maisons de retraite implantées en milieu rural, imaginées par la Mutualité sociale agricole dans les années 1980 et permettant aux personnes âgées issues de milieu rural de continuer à vivre dans leur environnement familial. Il est retrouvé également des MAPA, hors milieu rural.
--

<u>Résidences autonomie (EHPA)</u> : groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.
--

<u>Unités de soins de longue durée (USLD)</u> : structures très médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes en soins et que l'on retrouve dans les hôpitaux.
--

<u>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</u> : maisons de retraite médicalisées qui proposent un hébergement en chambre, la restauration, l'animation et les soins à des personnes âgées de plus de 60 ans, fragiles et vulnérables, et qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien.
---

**Classification des établissements d'hébergement pour personnes âgées** (classification générale, n'incluant pas la spécificité de certaines structures : UHR, UVP, ...)

A la lecture du -I- de l'article L312-1, le CASF énumère les types de structure sociale et médico-sociale répondant au handicap, à la dépendance, à la protection de l'enfance ou à la réinsertion sociale. En son alinéa 6 sont évoqués, dans la globalité, « les

<sup>7</sup> DREES – 728 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2015 – page 1

*établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* », sans détailler pour autant la multiplicité de ces établissements et services.

En réponse aux changements démographiques et sociétales des dernières décennies, les politiques publiques ont petit à petit réformé les structures d'accompagnement des personnes âgées. Avec la loi du 30 juin 1975<sup>8</sup>, la « maison de retraite » dont l'image de modernité, de lien social et de rapport collectif est largement véhiculée dans l'imaginaire collectif d'alors, remplace l'« hospice » d'antan, trop connoté. Bien que cette nouvelle entité renvoie à une frange de la population âgée mais plus autonome à l'admission et plus désireuse d'y demeurer qu'actuellement, la loi de 1975 amorce parallèlement un début de médicalisation avec les sections de cure médicale. Cependant, en l'absence de cadre législatif précis, les autorisations de sections sont laissées à l'appréciation des autorités de tutelle et ne suffisent plus, en regard de l'augmentation importante de la dépendance, à répondre efficacement aux besoins. La loi sur la Prestation Spécifique Dépendance<sup>9</sup> puis les réformes de 1999 et suivantes impulseront un virage, en créant le statut d'EHPAD, le financement ternaire, les conventions tripartites pluriannuelles et une médicalisation complète des structures avec salariat des personnels paramédicaux et création du statut de médecin coordonnateur. Au-delà de porter une nouvelle appellation - à partir d'un acronyme -, la réforme offre une réponse universelle au phénomène de dépendance, où chaque personne reçoit une allocation en fonction de ses besoins d'aide à l'autonomie. À titre de comparaison, au Québec, l'admission en CHSLD - équivalent d'un EHPAD où la prise en charge financière est assurée par la société - est possible uniquement à la (dé)faveur d'une dépendance élevée de 10 points sur 14 sur une échelle iso-SMAF - pendant de notre grille AGGIR. Si la gratuité est profitable à l'accompagnement des plus dépendants, ce système ne répond pas à la dépendance moyenne des autres personnes.

Depuis la réforme de la tarification, un EHPAD est financé selon une tarification ternaire complexe :

- le tarif soins est calculé selon une équation tarifaire à partir du GMPS, c'est-à-dire :  $GMP + (2,59 \times PMP)$ . Il est négocié avec l'ARS et la dotation financière est versée mensuellement au 1/12<sup>ème</sup> par la caisse pivot de la CPAM. Elle finance tout ce qui relève du soin : médecin coordonnateur, médecin traitant en cas de tarification globale, cadre de santé, IDE, soignants paramédicaux supports, AS à hauteur de 70 %.

---

<sup>8</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

<sup>9</sup> 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

- le tarif dépendance est calculé selon une équation tarifaire à partir du GMP. Le résident paye un reste à charge, sorte de ticket modérateur, correspondant au tarif journalier des GIR 5-6, c'est-à-dire les personnes autonomes ou très peu dépendantes. La dotation financière dépendance est versée mensuellement au 1/12<sup>ème</sup> par le Conseil Départemental qui prend également en charge le ticket modérateur des résidents relevant de l'aide sociale. Elle finance les AS et les ASH à hauteur de 30 % et la psychologue.

Bien que les autorités de tarification tiennent souvent à maintenir la clé de répartition des AS, AMP et AES à 70/30, l'article R 314-176 permet aux établissements de répartir à leur libre appréciation, sans que les tutelles n'aient en théorie de droit de regard.

- le tarif hébergement est négocié avec le Conseil Départemental, notamment si l'établissement est habilité à l'aide sociale à l'hébergement. Ce tarif est versé par le résident, ses obligés alimentaires ou le Conseil Départemental dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement. Ce forfait finance les personnels sociaux, administratifs, et techniques lorsqu'il y en a - c'est rarement le cas dans un hôpital, les services techniques assurant les réparations courantes - ainsi que les personnels de direction et d'animation et les ASH à hauteur de 70 %.

Au CHHMA, à la complexité de la tarification ternaire s'ajoute la multiplicité des tarifs, fonction de la localisation de l'hébergement.

Lieux de prise en charge	Prix de journée	Tarifs GIR 5/6 par jour	Total reste à charge par jour	Prix de journée - de 60 ans
Les Gentianes	44,34	5,51	49,85	60,89
EHPAD CJV	47,22	6,35	53,57	68,35
USLD CJV	47,21	7,03	54,24	72,69

**Synthèse des différents tarifs journaliers applicables au 01/04/18 sur les unités de séjour long du CHHMA**

Réalisation : Alexandre BOITIER

Sources : arrêtés de tarification 2018 du Conseil Départemental du Cantal

Si cette triple tarification peut s'entendre, en regard des investissements de rénovation-extension réalisés sur le bâtiment du CJV, quelques éléments étonnent :

- une différence de 0,01 euro entre l'hébergement de l'EHPAD CJV et l'USLD alors que les résidents vivent dans les mêmes locaux
- une différence de 0,84 euro entre les tarifs GIR 5/6 de l'EHPAD CJV et Les Gentianes alors qu'ils relèvent de la même autorisation et sont enregistrés sous le même numéro FINESS

## 1.1.2 Des EHPAD et des territoires

### § Au plan national §<sup>10</sup>

Au 31/12/2015, la France compte 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées. Parmi ces EHPA, 7 400 sont des EHPAD, soit 69,8 % des structures. Ils accueillent 600 380 personnes, soit 79,8 % de la totalité des personnes âgées accueillies en structure.

Parmi ces EHPAD, 23,9 % sont privés à but lucratif, 30,9 % privés à but non lucratif et 45,2 % publics. Parmi les EHPAD publics, 35,5 % sont adossés à un CH et 64,5 % sont autonomes, issus de la Fonction publique territoriale ou de la Fonction publique hospitalière.

Quel que soit le statut juridique, les EHPAD proposent des lits d'hébergement permanent et/ou temporaire et/ou des accueils de jour/de nuit. Si l'EHPAD du CHHMA propose des lits d'hébergement permanent, à ce jour, il n'accueille ni hébergement temporaire, ni accueil de jour ou de nuit. Pour le premier, la question ne s'est jamais vraiment posée puisque, selon la Directrice de la filière gériatrique, *« l'hébergement temporaire répond en général à deux profils de résident : primo, l'approvisionnement de la structure par des séjours répétés et volontaires de futurs résidents facilitant l'admission définitive, deuxio, le séjour de répit pour des personnes ayant des TCC et dont l'aidant naturel a besoin de souffler. La question ne s'est pas posée car l'EHPAD a une liste d'attente à l'admission consécutive. »* D'autre part, le DG du CHHMA précise que le « Clos des Alouettes », structure gérée par le CCAS de la ville, est autorisée à hauteur de 15 places d'AJ et que cela aurait peu de sens de proposer des places supplémentaires, au risque d'un taux d'occupation faible.

En 2015, alors que 20 % des EHPAD disposent d'un Pôle d'activités et de soins adaptés (1520 établissements), ce taux atteint les 26 % dans le secteur public hospitalier. A ce titre, le CHHMA dispose d'un PASA de 14 places ouvert 9 demi-journées par semaine et dont l'accompagnement est assuré par deux assistantes de soins en gérontologie, la psychologue et l'ergothérapeute. De plus, à l'instar des 3 % de structures ayant une Unité d'hébergement renforcée, le CHHMA est labellisé pour en mettre une en place fin 2019.

### § Au plan loco-régional §

Le Cantal est un département rural de 145 969 habitants en 2016, dont la densité de population est de 25,5 au km<sup>2</sup> (France : 117,9 au km<sup>2</sup>). Sur le plan socio-sanitaire, il est composé de :

---

<sup>10</sup> Toutes les données de cette rubrique sont extraites du rapport : L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre -DREES



- 3 bassins de santé intermédiaire intra-départementales : Mauriac au nord-ouest, Aurillac au sud-ouest, Saint-Flour à l'est
- une partie de BSI extra-départementale : Brioude au nord-est (Cf. Annexe 1-a)

La population cantalienne se singularise par son vieillissement. En 2017, selon l'INSEE, le taux de personnes de plus de 75 ans était de 14,1 %, alors qu'il n'était que d'environ 9 % pour la France métropolitaine et la région ARA. Les projections démographiques laissent penser que l'évolution de ce taux sera de 24 % entre 2018 et 2028.

S'agissant des structures médico-sociales pour personnes âgées, 40 établissements - dont 18 sur le BSI d'Aurillac, 10 sur ceux de Mauriac et Saint-Flour et 2 sur celui de Brioude -, sont autorisés pour 2818 lits, soit un taux d'équipement de 138,6 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus, à comparer au 103,6 de la France métropolitaine. Ce chiffre élevé objective que le Cantal fait partie des 20 départements français les plus dotés et se situe à la 4<sup>ème</sup> place des 13 départements de la région ARA. (Cf. Annexe 1-b)

Ce taux d'équipement est le reflet de deux réalités passées :

- une anticipation du vieillissement populationnel et d'un besoin estimé en lits et autorisé par les instances de régulation de l'offre médico-sociale
- la volonté pour certaines municipalités d'inscrire un EHPAD dans les infrastructures à disposition, parfois sans raison objectivée par un besoin quantifié

#### § Sur le BSI d'Aurillac §

Sur le plan de l'offre sanitaire, le BSI d'Aurillac comprend le CHHMA et une clinique privée, le Centre médico-social, tous deux implantés sur la ville d'Aurillac. Structure de séjour long mais relevant du champ sanitaire, une Unité de soins de longue durée est autorisée à hauteur de 48 lits sur l'hôpital (Cf. Annexe 1-c).

Sur le plan de l'offre médico-sociale, la seule ville d'Aurillac accueille 749 places sur 1567, soit la moitié des places totales du BSI. Cette proportion est à mettre en parallèle d'une population cantalienne se concentrant à hauteur de 45 % sur l'aire urbaine d'Aurillac (Cf. Annexe 1-d).

## **1.2 La spécificité de l'accompagnement des résidents de séjour long en hôpital**

Au cours des entretiens de l'audit organisationnel revenait récurrentement l'idée que l'accompagnement des résidents de l'EHPAD était plus lourd que celui des résidents des EHPAD de ville. Pour le CHHMA, l'analyse de la situation est rendue difficile de par la

mixité des résidents d'USLD et d'EHPAD sur l'ensemble des lieux de vie. Néanmoins, un EHPAD hospitalier est très souvent associé à une USLD (1.2.1), entité juridique aux contours flous. De même, la présence de structures pour personnes âgées au sein d'un hôpital a des avantages indéniables, mais aussi des inconvénients (1.2.2).

### 1.2.1 L'Unité de soins de longue durée : entre sanitaire et médico-social

Si, d'emblée, l'organisation complexe des structures d'hébergement pour personnes âgées du CHHMA relève d'un ressenti empirique, cette analyse semble cependant pour le moins confirmée, notamment au sein de l'administration centrale, puisqu'en juin 2015, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes charge l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission sur le secteur des unités de soins de longue durée. Dès l'introduction du rapport, les inspecteurs notent que *« tout en demandant qu'un état des lieux soit fait, la lettre ministérielle établit d'ores et déjà que le positionnement des USLD « tant dans le domaine sanitaire que par rapport au champ médico-social demeure peu lisible » {et} que seulement 52 % des personnes prises en charge en USLD nécessitent les soins médico-techniques importants (SMTI) qu'ils ont vocation à délivrer {...} »*<sup>11</sup> La Ministre demande également de *« proposer une clarification des missions des USLD et étudier les scénarios possibles d'évolution de leur positionnement {...}, plus particulièrement un scénario de rattachement plein et entier des soins de longue durée au secteur sanitaire. »*<sup>12</sup>

Le fait est d'autant plus prégnant qu'au CHHMA, les résidents sont dispatchés sur l'ensemble des unités, sans que l'on puisse savoir s'ils relèvent de l'USLD ou de l'EHPAD. À ce titre, lors de la visite de structure préalable à la signature du CPOM, un cadre de santé n'a pas pu répondre à la personne de l'ARS en charge du secteur personnes âgées lorsque celle-ci le lui a demandé pour l'un des résidents. Historiquement, ce mélange est la conséquence d'un dysfonctionnement. En 2012, en préparation de la signature de la convention tripartite pluriannuelle, la coupe Pathos ramenait, pour l'EHPAD, un total de 107. Ce chiffre ne peut être pris en considération comme miroir d'une réalité en regard de la population accueillie. En comparaison, la coupe Pathos d'un établissement brestois, la Résidence de l'Adoration, qui accompagnait au 2/3 des personnes moyennement dépendantes et au 1/3 des personnes très dépendantes, avec une charge en soins moyenne, ramenait un score de 192. Il est donc peu vraisemblable que la coupe Pathos d'un EHPAD hospitalier dont la porte d'entrée des résidents se fait via le court et le moyen séjour, avec des polyopathologies et une dépendance que les structures alentour se refusent parfois à accueillir, soit aussi bas. Par comparaison, la coupe Pathos de l'EHPAD réalisée et validée en 2019 ramène un total de

<sup>11</sup> Rapport N° 2015-105R : Les unités de soins de longue durée - page 15

<sup>12</sup> Ibidem – page 112

233. Cependant, retenu comme tel à l'époque par l'ensemble des parties, il n'a pas permis d'allouer des budgets à hauteur des besoins. Aussi, en regard de la coupe Pathos de l'USLD beaucoup plus élevée, la stratégie de gestion financière a été de mélanger l'ensemble des résidents de façon à équilibrer les budgets et à permettre l'affectation du même nombre de personnel à chaque unité - indépendamment des profils de résidents.

Cependant, il est utile de noter qu'il existe autant d'organisation d'USLD que d'hôpitaux. Au CH de Murat, l'USLD est un service dédié et séparé géographiquement de l'EHPAD où les taux d'occupation des deux entités sont satisfaisants, sans transfert récurrent. Au CH d'Aurillac, alors que le médecin coordonnateur évalue qu'il n'y a pas assez des 48 lits d'USLD pour orienter les futurs résidents, celui du CH de Mauriac peine à recruter des personnes nécessitant des soins médico-techniques importants pour la dizaine de lits autorisés. Selon la Directrice adjointe de site, « *le médecin change les résidents d'UF, en fonction de leur état de santé. S'ils décompensent, ils intègrent l'USLD et quand ils vont mieux, ils retournent sur un lit d'EHPAD* ». Cette question, cruciale, soulève les critères d'admission en USLD. Si certains considèrent que les résidents en relevant sont fragiles, hospitalo-requérants et nécessitent des soins médico-techniques importants au long cours car ayant un risque de décompensation, d'autres pensent que l'USLD est une variable d'ajustement, au cas où des besoins en soins techniques importants s'avèreraient nécessaires temporairement. La difficulté réside dans le fait qu'il n'y a pas de critères probants, ni de définitions d'un profil de résidents. Aussi, en mai 2019, l'AP-HP a défini une stratégie de diminution des lits d'USLD pour les transformer en places d'EHPAD<sup>13</sup>, ne gardant en USLD que les profils de résidents hospitalo-requérants. C'est également la stratégie qu'a opérée le Centre de Gériatrie et de Gérontologie Clinique du CH de Brive-la-Gaillarde. Lors d'une visite de l'UHR, le Docteur GOURDEAU-NAUCHE, Cheffe de Pôle, expliquait : « *Il n'y a que 10 lits d'USLD, mais avec des patients nécessitant des soins médicaux très techniques, et, parfois, des sorties post-réanimation stabilisées.* »

L'Unité de soins de longue durée est une entité mal définie et qui rentre malaisément dans les cases. Si elle relève juridiquement du Code de la santé publique, il n'en demeure pas moins qu'en tant que structure de séjour long, elle ressemble à s'y méprendre à ce que peut être un EHPAD, tant par le mode de financement que par les objectifs d'accompagnement des résidents au long cours.

---

<sup>13</sup> Hospimedia - La réduction du nombre d'USLD à l'AP-HP sera compensée à l'identique en lits d'EHPAD

## 1.2.2 Avantages et inconvénients d'un EHPAD à être adossé à un Centre Hospitalier

Sur le plan financier, le budget de l'EHPAD est un budget annexe à celui du budget principal de l'hôpital qui relève des règles comptables, non pas de la M22 comme pour tout ESMS, mais de la M21. Cela signifie que son compte de résultats est un compte spécifique, qui s'ajoute au compte de résultat principal du budget H. Cela facilite le contrôle de gestion des charges et produits. Par contre, le bilan financier est propre à l'organisme gestionnaire, ce qui limite la possibilité pour un éventuel directeur adjoint de site de proposer l'affectation du résultat aux instances décisionnelles. Dans un hôpital, cette prérogative appartient au DG, sur avis du DAF. De même, l'analyse financière exhaustive du seul EHPAD n'est pas possible en regard de cette organisation comptable, les immobilisations appartenant à l'organisme gestionnaire.

La mutualisation des moyens et des compétences est un énorme avantage pour un EHPAD hospitalier. En effet, la présence d'agents administratifs chargés de gérer les RH ou les finances, l'intervention d'un ingénieur travaux ou du service informatique simplifient la recherche de compétences. Les spécialistes sont mis à disposition de l'EHPAD, au même titre qu'ils le seraient pour un service de l'hôpital. Pour la restauration, les agents travaillent sur de grands volumes incluant les services sanitaires et les lieux de vie médico-sociaux. L'inconvénient majeur est que le service rendu y est moins personnalisé, ou dilué dans un tout. Par exemple, si la centralisation de la production alimentaire répond à des exigences de qualité sanitaire, elle n'en reste pas moins une production de masse, avec toute la neutralité utile à des processus collectifs. La possibilité qu'a un cuisinier, sur place, de s'adapter à la population auprès de laquelle il travaille est un atout indéniable en termes de lieu de vie. La centralisation produit indirectement une moindre qualité. De plus, le service sur plateau, corollaire de l'emploi de régéthermies est le symbole absolu d'une gestion hospitalière. Le versant hôtelier d'un service à l'assiette, individualisé à chaque résident, n'est pas mis en place, enlevant de la qualité à la prestation repas.

Les économies d'échelle d'un EHPAD hospitalier sont conséquentes, tant sur le plan de la masse salariale que sur les achats. Ainsi, le nombre d'agents nécessaires dans une cuisine centralisée est moindre que si l'EHPAD avait sa propre cuisine.

Exemple : en 2018, les 38 ETP de la cuisine centrale du CH ont préparé 605 000 repas tous services confondus. Pour les 136 380 repas de l'EHPAD, l'EPN est donc de 8,57 agents. Pour comparer, prenons l'exemple des 46 720 repas/année préparés pour les 64 résidents (64 résidents X 2 repas par jour X 365 jours) du Foyer de l'Adoration, un EHPAD autonome brestois. Pour les 2 cuisiniers nécessaires par jour cumulant environ 14 heures quotidiennes pour une prestation de qualité, l'EPN est de 3,31. Le besoin des 14 heures quotidiennes est évalué globalement. Il peut s'agir de 2 cuisiniers à 5h30/jour et d'un aide à 3h00/jour. En se basant sur l'EPN de la Résidence et en faisant un produit en croix, on s'aperçoit que 9,66 EPN seraient utiles si les repas étaient réalisées, indépendamment, sur l'EHPAD du CHHMA.  
Conclusion : une économie de 1,09 ETP avec une cuisine centralisée

Cependant, si la mutualisation est effective, elle est répercutée de façon informelle sur les budgets, selon des clés de répartition floues. Lors des rencontres CPOM, la nécessité de mettre en place la sincérité des comptes a été plusieurs fois abordée, de façon à ce que soit intégré dans le tableau des effectifs de l'EHPAD le recours à des personnels transversaux de l'hôpital. Ainsi, dans les décisions budgétaires notifiées par les autorités de tarification, aucun agent technique n'est actuellement budgété, comme pour tout EHPAD autonome parce que les services techniques interviennent directement.

Le parcours « court séjour ==) moyen séjour ==) séjour long » permet de maintenir une liste d'attente toujours à flot. Ainsi, à la suite d'un départ de résident, les gestionnaires n'ont pas à s'inquiéter d'une éventuelle future entrée. Les taux d'occupation de l'EHPAD du CHHMA sont ainsi toujours supérieurs au taux de 95 % attendu. De plus, la généralisation des admissions par ViaTrajectoire facilite les organisations, même si une Commission d'admission au sein de l'EHPAD n'est pas encore totalement effective et que la définition des types de parcours n'est pas entièrement déterminée.

A l'inverse des EHPAD autonomes où chaque résident est accompagné par le médecin traitant qui le suivait auparavant - dans la mesure où celui-ci conventionne avec l'établissement -, le(s) médecin(s) de l'EHPAD hospitalier, salariés du CH, sont les seuls intervenants. L'avantage indéniable en est la simplification de l'organisation médicale. À titre de comparaison, 44 médecins libéraux intervenaient dans un EHPAD autonome brestois pour un effectif de 64 résidents. La gestion était alors trop complexe pour assurer une qualité et une sécurité des soins. Aussi, le médecin traitant était-il devenu un critère d'admission - si le médecin n'intervenait pas déjà sur l'EHPAD, le dossier était refusé.

Par contre, les inconvénients de l'intervention d'une seule personne sont :

- si le médecin est professionnel et efficace, l'accompagnement est adapté, en réponse des besoins et des attentes. Dans le cas contraire, la qualité d'accompagnement médical n'est pas des plus optimales.
- lorsque le résident est admis, il doit remplir le formulaire de changement de médecin traitant. Alors que la Charte de la médecine libérale de 1927 prévoit une liberté de choix du médecin traitant par le patient, cette admission biaise le système du choix réel de son médecin.

L'intégration de l'établissement au Centre Hospitalier facilite le recours à des praticiens spécialistes et à un plateau médico-technique de proximité. Ce recours est souvent plus rapide que pour des établissements externes car les médecins se contactent et négocient directement. L'inconvénient est que rien n'est formalisé et que ce fonctionnement trouve ses limites dans la mesure où il est personnes-dépendant.

La présence d'une Pharmacie à usage interne (PUI) est un réel avantage car il permet en centralisant les thérapeutiques de concilier qualité, sécurité et efficience. Par contre, le fonctionnement reste empreint d'hospitalo-centrisme et reflète des orientations

parfois dénuées de sens, à l'instar de la préparation des médicaments, calquée sur le modèle hospitalier.

**Exemple** : en 2017, le comité d'audit sur le médicament a pointé des dysfonctionnements portant sur la distribution - non pas la préparation - des médicaments au sein de l'EHPAD. Reprenant à zéro les organisations, il a été décidé que les IDE feraient les plumiers de chaque résident tous les jours, comme pour les services de l'hôpital. Si cela a un sens en court séjour où les patients sont hospitalisés temporairement, il en est tout autrement sur des lieux de vie.

Actuellement, le temps imparti à la préparation en plumiers est d'environ 1 heure par lieu de vie, pour 5 lieux de vie, pour 7 jours par semaine, soit  $1 \times 5 \times 7 = 35$  heures par semaine. Si l'on compare à l'EHPAD brestois où la préparation en semainiers nécessitait 6 heures par semaine, un produit en croix ramène le temps de réalisation des semainiers de l'EHPAD et de l'USLD à 20 heures par semaine.

Entre les deux, il y a 15 heures de travail inutile.

### 1.3 La structuration du secteur des personnes âgées au CHHMA

La structuration du secteur des personnes âgées du CHHMA n'a rien de très spécifique. De façon globale, même si des différences sont notables avec d'autres structures sanitaires, cette organisation s'opère autour d'une filière gériatrique (1.3.1) et sur le fait que l'EHPAD est gérée comme les autres services (1.3.2).

#### 1.3.1 La construction autour d'une filière gériatrique

Selon l'ANAP, une filière est une « *description de trajectoires. Elle résulte d'une observation des trajectoires des patients dans l'établissement. Les éléments de caractérisation d'une filière sont les lieux et temps de passage dans chaque unité.* »<sup>14</sup> Ainsi, le Pôle de gériatrie tel qu'il est élaboré à ce jour au CHHMA est en voie de répondre aux exigences ministérielles d'une circulaire de la DHOS<sup>15</sup> qui précise les modalités et les référentiels d'organisations des soins de la filière gériatrique en intra.

Sur le plan médico-social, le Pôle de gériatrie comprend :

- un EHPAD, composé comme suit :

Lieu de vie	Lits	Localisation	Profils des résidents
« Les Gentianes »	42	Les Gentianes - RDC	Pas et peu dépendant
« Lurçat »	38	CJV - Etage 2	Plutôt TCC
« Les Genêts »	38	CJV - Etage 2	Plutôt SMTI
« Les Fougères »	26	CJV - RDC	Assez dépendant
« UHR »	14	CJV - RDC	À venir
« PASA »	14	CJV - RDC	TCC

Réalisation : Alexandre BOITIER

<sup>14</sup> ANAP - Fiche 13 : Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière

<sup>15</sup> La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques liste une unité de court séjour gériatrique, identifiée par une UF, située dans l'établissement de santé support de la filière, un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour, une ou plusieurs unités de soins de longue durée (USLD)

- un Service de soins infirmiers à domicile composé de :

Public concerné	Places	Localisation
Personnes âgées	45	Les Gentianes - R-1
Personnes handicapées	4	
ESA	5	

Réalisation : Alexandre BOITIER

Sur le plan sanitaire, le Pôle de gériatrie comprend, dans le cadre de la filière gériatrique :

Type de séjour	Nom de l'UF	Nombre de lits/places	Localisation
Court séjour	Unité de Médecine Aigüe Gériatrique (MAG)**	18	EMC
	Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP) intégrables à moyen terme dans une Unité de Soins Palliatifs	8	EMC
	Unité Mobile de Soins Palliatifs à vocation départementale	En cours de mise en œuvre	
De moyen séjour	Unités de Soins de Suite et de Réadaptation** - « Utrillo »	26	CJV - Étage 3
	Unité de Soins de Suite et de Réadaptation** - « Picasso »	21	Bâtiment isolé
	Unité de Médecine Physique et de Réadaptation - « Rodin »	15	Bâtiment isolé
	Unité Cognitivo-Comportementale**	10	CJV - Étage 3
	Hôpital de jour gériatrique**	10	CJV - Étage 1
De long séjour	Unité de Soins de Longue Durée** - « Les Bruyères »	48	CJV - Étage 1

#### Organisation de la partie sanitaire du Pôle de gériatrie du CHMA

\*\* Les unités surlignées sont des maillons de filière gériatrique au sens de la circulaire.

Actuellement, pour parvenir à l'exhaustivité de la filière gériatrique, il y manque :

- « Une équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalière et régulièrement présente dans le service des urgences ». A ce jour, le projet d'équipe mobile départementale de gériatrie extra-hospitalière est en cours d'élaboration, notamment dans le cadre de l'adhésion des EHPAD publics départementaux au GHT Cantal. En intra, faute de médecin gériatre, la cadre de santé de la Plateforme de coordination gériatrique assure des évaluations à la demande et répond aux sollicitations des médecins de ville. Dans les cas complexes où la

réponse d'un médecin se révèle nécessaire, elle se tourne vers la gériatre qui assure les consultations mémoire.

- « *Une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique* ». Des consultations dédiées sont organisées deux fois par semaine par une gériatre mais il n'y a pas d'hospitalisation de jour gériatrique relevant du court séjour.

### **1.3.2 L'EHPAD : un service comme les autres ?**

Si les unités fonctionnelles du Pôle de gériatrie sont disséminés sur différents sites (espace médico-chirurgical, Centre Jean Vignalou, Bâtiment Les Gentianes, Bâtiment Picasso), l'accompagnement des résidents et usagers des ESMS se réalise sur un espace unique :

#### **§ Le bâtiment des Gentianes pour Les Gentianes ou EHPAD 1 ou maison de retraite §**

Le bâtiment dans lequel sont accompagnés les résidents du lieu de vie Les Gentianes a été rénové en 1997. Il est composé de 3 niveaux :

- rez-de-chaussée : hall d'accueil, office alimentaire, salles à manger, salon de télévision, salle de soins, bureau de la Cadre de Santé, salle de pause du personnel, WC du personnel, 2 WC pour les résidents, local linge propre, local linge sale, locale ménage, 18 chambres individuelles
- 1<sup>er</sup> étage : salon de lecture, local linge propre, local linge sale, local ménage, ancienne salle de bains servant de rangement, WC pour le personnel, 24 chambres seules
- R-1 : locaux du SSIAD et de l'HAD, vestiaires des personnels, buanderie, local linge sale, zone de stockage du matériel pour le SSIAD et l'HAD

Les Gentianes offrent 42 chambres individuelles avec salle de bains (lavabo, WC, douche à l'italienne). Un ascenseur dessert les chambres du 1<sup>er</sup> étage. Les chambres du rez-de-chaussée sont habituellement réservées aux personnes les moins valides. L'établissement actuellement non sécurisé le sera à moyen terme.

#### **§ Le Centre Jean Vignalou pour l'EHPAD 2 §**

L'EHPAD 2 se situe dans un bâtiment dédié plus spécifiquement à une partie de la filière gériatrique, le Centre Jean Vignalou, dans lequel sont accueillis :

- l'hébergement permanent de personnes âgées : USLD et une partie de l'EHPAD
- l'accueil de patients relevant du moyen séjour : Soins de Suite et de Réadaptation, Unité Cognitivo-Comportementale, Hôpital de Jour, consultations de neuropsychologie



De sa création à 2009, l'hébergement de longue durée du Centre Jean Vignalou s'est opéré dans le cadre d'une Unité de Soins de Longue Durée relevant du champ sanitaire. Au CJV, il n'y avait aucun lit d'EHPAD. Les seuls lits d'EHPAD étaient ceux des Gentianes, reconnue alors sous le statut de « maison de retraite ». Avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, l'article 46 prévoit une redéfinition du périmètre des lits d'USLD et un transfert vers le secteur médico-social (EHPAD ou FAM). Aussi, l'arrêté n°2009-42 du 27 mai 2009 fixant la répartition des capacités de l'USLD du Centre Hospitalier d'Aurillac entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social définit un partage des 160 lits en :

- 115 lits d'EHPAD
- 45 lits de Soins Médico-Techniques Importants (USLD)

Plus tard, le CHHMA parviendra à étendre la capacité d'hébergement de l'USLD d'Aurillac à 48 lits après avoir négocié avec les autorités la reprise de gestion de l'Unité Parkinson d'Ydes et la création de 3 lits de repli.

L'EHPAD du CHHMA est un lieu de résidence accueillant des personnes âgées ne souhaitant plus rester seules à domicile ou qui souhaiteraient y rester, mais dont le maintien semble difficile, voire impossible, car les services d'aide ne peuvent plus répondre efficacement aux besoins. Les prestations proposées sont identiques à celles retrouvées dans d'autres EHPAD :

- Prestations d'hôtellerie et de restauration

L'hébergement est assuré au sein d'une chambre individuelle avec cabinet de toilettes dans l'un des 6 lieux de vie. Il ne restera à la fin des travaux que 8 chambres à 2 lits sur l'ensemble des 2 bâtiments. Les trois repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) sont servis en chambre ou dans la salle à manger. Des collations sont prévues le matin et au goûter. Le linge de lit et d'hygiène est pris en charge par la structure mais pas les vêtements personnels.

- Prestations de soins

La présence continue d'une équipe paramédicale répond aux besoins de chaque résident. Les soins relevant du rôle propre infirmier sont réalisés par l'équipe d'aides-soignantes et d'agents de service hospitalier, sur délégation de, et en collaboration avec, l'infirmière. Les soins relevant du rôle prescrit sont réalisés par les infirmières. La présence continue d'un médecin permet un suivi sanitaire, tant sur le plan préventif que curatif.

De plus, le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés accueille quatorze résidents. Les assistants de soins en gérontologie assurent des activités thérapeutiques en un Pôle sécurisé et sécurisant et apportent une plus-value certaine aux résidents ayant des troubles cognitivo-comportementaux qui en bénéficient.

- Prestations sociales

La présence d'une assistante-sociale facilite l'accès aux droits pour chaque résident. Entre autres éléments, un bilan social est réalisé pour chaque entrée et une demande d'allocations est mise en œuvre (APA, APL, ASH, ...). De même, toutes les démarches de mise sous protection juridique sont initiées par l'assistante sociale.

- Prestations de vie

Les animatrices offrent des activités dans les lieux de vie, dans l'établissement, voire à l'extérieur de l'établissement. Elles favorisent l'inclusion des résidents dans la cité, notamment avec des sorties au restaurant ou des visites, et l'intégration de la cité dans l'établissement en faisant venir des artistes pour des spectacles, en organisant des journées intergénérationnelles, ...

## **2 Un fonctionnement oscillant entre organisations sanitaires et intégration parcellaire des enjeux médico-sociaux**

L'adossement d'un EHPAD à un Centre hospitalier a des avantages certains. Néanmoins, l'autonomisation d'une structure relevant du CASF est parfois difficile à mettre en place, tant l'hôpital pèse par ces organisations (2.1). Cela a pour effet de contrecarrer la possibilité de l'EHPAD/USLD de s'inscrire complètement dans une identité médico-sociale (2.2), d'autant plus que les institutions extérieures tendent à confirmer cette situation (2.3).

### **2.1 Des organisations institutionnelles hospitalo-centrées**

Le fonctionnement du CHHMA permet de comprendre les raisons pour lesquelles il est malaisé d'envisager l'EHPAD comme un établissement médico-social, d'abord parce que ce « grand frère », à la culture sanitaire, déploie ses organisations sur le petit (2.1.1), ensuite parce que les établissements et services régis par le CASF ne sont pas regroupés au sein d'un même pôle (2.1.2).

#### **2.1.1 Une organisation sanitaire du management**

##### § Des directions fonctionnelles cloisonnées §

L'organisme gestionnaire de l'EHPAD est le Centre Hospitalier Henri Mondor, dont les modalités de gestion et la responsabilité juridique incombent au Directeur Général. En regard des nombreuses missions usuelles dévolues à un Centre Hospitalier Général de département, établissement support du GHT Cantal rendu obligatoire par les nouvelles modalités de coopération inter-établissements<sup>16</sup>, le travail en équipe amène à la délégation de missions fonctionnelles vers des directeurs adjoints, organisées comme suit<sup>17</sup> :

- Direction des finances, de la clientèle et de l'information médicale
- Direction des ressources humaines
- Direction des achats, de la logistique et des travaux
- Direction des affaires médicales, de la communication et de la filière gériatrique
- Direction de la qualité, des affaires générales et de la coordination du GHT
- Direction des Soins

S'y ajoutent, dans le cadre d'une direction commune, les trois directions adjointes du :

- Centre de Soins de suite et de réadaptation et de l'EHPAD de Chaudes-Aigues

<sup>16</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - article 107

<sup>17</sup> dénomination des directions validée par le secrétariat général du CHHMA en août 2019 par mail

- Centre Hospitalier de Mauriac
- Centre Hospitalier de Saint-Flour

L'absence d'un directeur délégué de l'EHPAD (et non de la filière gériatrique), ayant une action transversale, amène à une gestion cloisonnée des directions fonctionnelles, chacun travaillant ses prérogatives, avec des modalités de communication et des indicateurs parfois peu amènes à produire de la performance. Ainsi, à la faveur d'une réflexion sur la mise en adéquation entre les moyens humains et les budgets négociables en vue de la signature du CPOM médico-social 2020-2024, un audit interne sur les ressources en personnel de l'EHPAD permettant de comprendre ce qui relevait des budgets EHPAD et CH a été réalisé en avril-mai 2019. La conclusion de cette évaluation a mis en exergue plusieurs points d'achoppement :

- des données divergentes entre le nombre d'ETP budgétés, d'ETP réels et d'ETP rémunérés
- des données différentes entre la DRH, la DAF et la DS
- la découverte d'un effectif surnuméraire de 14 à 17 postes, en regard de l'effectif budgété initialement par la convention tripartite de l'EHPAD en 2012

Ce cloisonnement s'illustre par exemple avec la mise en place d'un contrôle de gestion propre à la DRH et un autre propre aux affaires financières. Alors que certains EPS s'organisent avec une Direction de la performance dans laquelle les contrôles de gestion sont centralisés pour plus d'efficacité, le modèle en cours au CHHMA montre ses faiblesses. Surtout si l'on y ajoute une analyse des effectifs sur le terrain par la DS ne semblant pas faire écho aux données des deux directions.

Autre exemple avec le recrutement d'une nouvelle Cadre supérieure de santé du Pôle de gériatrie pour lequel deux directeurs avaient des points de vue divergents quant à la personne à nommer : si le DS souhaitait mettre en responsabilité une cadre de santé du Pôle de gériatrie plus ou moins volontaire à endosser la fonction, la Directrice de la filière gériatrique privilégiait la nomination de la CSS du Pôle d'addictologie et de médecine d'urgence, seule candidate à la publication du poste. De même, alors qu'en regard de ses missions, elle est amenée à travailler avec l'encadrement supérieur du Pôle, la Directrice de la filière n'a pas participé au jury d'entretien, composé des seuls DRH et DS.

L'attachement des directeurs fonctionnels à leurs prérogatives, sans laisser la possibilité à d'autres d'intervenir, démontre les limites d'une organisation en silos. Dans l'hypothèse d'une Direction de site se poserait alors la question de sa place au sein de la gouvernance, ses missions transversales portant sur une population et non pas sur un secteur d'activité. La difficulté résiderait sur le fait de savoir où se situent les limites de responsabilité et de prérogatives, entre celle-ci et d'autres directions (ressources humaines, soins infirmiers, finances, travaux et logistiques) et quelles formes prendraient

les collaborations. Les directrices adjointes missionnées sur le secteur des personnes âgées avec qui je me suis entretenu sont unanimes pour dire que les bonnes relations entre les directions est une question de personnes, chacun devant travailler en bonne intelligence et dans un but commun : les résidents.

#### § L'absence d'une responsabilité administrative de site §

À la différence d'autres EPS de taille similaire où est intégrée une direction spécifique aux hébergements de personnes âgées – « Direction des résidences pour personnes âgées » au CHIC de QUIMPER-CONCARNEAU<sup>18</sup> / « Département des personnes âgées » au CH de BLOIS<sup>19</sup> - dans l'organigramme de direction, aucune place n'est laissée à un directeur délégué d'EHPAD/USLD, ce qui pourrait sembler pertinent en regard du nombre total de lits - 206 sur 900 - et si tant est que l'on y inclut les 54 places du SSIAD. En effet, la directrice de la filière gériatrique, au cours de plusieurs entretiens, a clairement spécifié qu'elle était désignée pour organiser la filière gériatrique du GHT Cantal, non pas pour assurer la direction du site médico-social aurillacois. Si des dossiers ponctuels d'importance lui sont confiés (organisation de l'évaluation interne, préparation du CPOM), il n'y est pas prévu la gestion du quotidien.

Mais, au-delà de la nomination claire et déterminée d'un directeur délégué de site, il n'est pas non plus fait état d'un référent administratif, personne en responsabilité de l'EHPAD sur le plan administratif. Actuellement, la Cadre supérieure de santé du Pôle de gériatrie (court, moyen et long séjour) a pour mission de gérer le quotidien et de porter les projets du Pôle, sans différenciation entre le sanitaire et le médico-social. Elle agit de façon assez similaire à ce qu'un DESSMS réalise sur site autonome, à ceci près qu'elle collabore avec les multiples interlocuteurs d'une « superstructure » hospitalière, complexe, dont la lecture est malaisée. Issue de la filière soignante, son expertise clinique est indéniable. Néanmoins, une manque factuel de connaissances juridiques et administratives ne peut répondre à des prérogatives de gestion de structure, tout au moins pas sans formation complémentaire et axée sur le domaine très précis du médico-social. Cela est d'autant plus prégnant que l'encadrement supérieur est lui-même issu, dans le cadre d'une mobilité interne, du sanitaire et que la spécificité du médico-social est un champ d'emblée inconnu, nécessitant une adaptation et des lignes directrices administratives claires. Concrètement, sur le terrain, cet encadrement a connu des périodes d'instabilité, avec une CSS faisant valoir ses droits à la retraite en septembre 2018, remplacée temporairement par une cadre de santé faisant fonction puis officiellement et durablement par une CSS, nommée dans un premier temps à hauteur d'un seul mi-temps. Au gré des difficultés rencontrées, elle tente de porter des solutions plus ou moins pérennes avec la quotité de travail qui lui est impartie.

<sup>18</sup> <http://www.ch-cornouaille.fr/presentation-du-chic/organisation-de-letablissement/directions-fonctionnelles>

<sup>19</sup> [https://www.ch-blois.fr/wp-content/uploads/2014/03/organigramme\\_janvier\\_2019.pdf](https://www.ch-blois.fr/wp-content/uploads/2014/03/organigramme_janvier_2019.pdf)

## § Une équipe médico-soignante en situation de fragilité §

La problématique actuelle est qu'au-delà d'une gouvernance administrative efficace, la gouvernance médico-soignante est elle-même en difficulté et ne facilite pas la mise en place d'une identité médico-sociale des séjours longs pour personnes âgées du CHHMA.

Sur le plan médical, les difficultés sont de plusieurs ordres : le recrutement et la répartition des effectifs au sein du Pôle de gériatrie.

Situé sur la diagonale du vide<sup>20</sup> et éloigné de tout grand centre hospitalier hyperspécialisé – en distance routière, le CHU de Limoges est à 170 kilomètres, celui de Clermont-Ferrand à 160 kilomètres et celui de Lyon à 315 kilomètres, le CHHMA ne fait pas partie des hôpitaux dits « magnétiques »<sup>21</sup>. La problématique ne se pose d'ailleurs pas qu'en termes de distances. L'enclavement géographique et le manque d'infrastructures de transport permettant un accès facilité et rapide handicapent le dynamisme socio-économique et culturel de la préfecture rurale du Cantal de 25 000 habitants et n'attirent que peu les professionnels médicaux. Par exemple, en septembre 2018, le recrutement d'un praticien contractuel responsable des unités de séjour long s'est révélé possible localement puisqu'il exerçait au sein d'un organisme gestionnaire médico-social à but non lucratif du BSI. La Directrice des affaires médicales passe une grosse partie de son temps à la gestion des personnels médicaux, tant au niveau des remplacements ponctuels que des recrutements pérennes. Impactant le Centre hospitalier, cette situation se répercute inmanquablement sur les praticiens gériatres, ce que confirme un rapport de l'Agence régionale de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes<sup>22</sup> : « *Il est à noter une difficulté commune aux 3 BSI du département concernant le recrutement de médecins coordonnateurs dans les EHPAD. Des postes de gériatre sont par ailleurs vacants au sein des établissements de santé. La problématique de l'attractivité est également réelle pour différentes catégories de professionnels notamment des postes de direction ou de soignants.* »

Ainsi, sur un effectif incomplet de 9 médecins pour le Pôle de gériatrie (court, moyen et long séjour), seulement 2 d'entre eux ont une spécialisation de gériatre. Bien qu'il ait une expérience notable au sein de structures pour personnes âgées, ce qui se vérifiera par le travail efficace réalisé en 2019 lors des coupes Pathos et AGGIR de l'EHPAD validées à 233 pour la première et à 805 pour la seconde, le médecin des séjours longs est généraliste. Le propos est ici de souligner que le recrutement de médecins spécialistes est rendu difficile par un contexte multifactoriel peu favorable.

---

<sup>20</sup> Formule désignant une large bande du territoire de la France, s'étendant du nord-est (Meuse) jusqu'au sud-ouest (Landes), et se caractérisant par des densités de population relativement faibles par rapport au reste de la France

<sup>21</sup> BRUNELLE Y. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner »

<sup>22</sup> ARS ARA. État des lieux et évolution de l'offre médico-sociale Volet Personnes Âgées / Département du Cantal. Page 4

Unité fonctionnelle	Nombre de lits / places	ETP budgétés	ETP réels	Statut des médecins	Spécialisation
MAG	18	2	1,8	1 PH 1 attaché associé	GÉRIATRIE
LISP	8	1	0,7	1 PH	Méd. gén.
SSR - Utrillo	36	1	0	-	-
SSR - Picasso	36	1,6	1,6	1 PH tps partiel 1 attaché associé	MPR
SSR - HJ	10	0,4	0,4	1 PH	GÉRIATRIE
EHPAD	157	0,7	0,9	1 contractuel	Méd. gén.
USLD	48	0,7	0,8	1 attaché associé	Méd. gén.
PASA	14	0,1	0,1	1 contractuel	Méd. gén.
SSIAD	54	-	-	-	-

### Répartition des personnels médicaux du Pôle de gériatrie

Réalisation : Alexandre BOITIER

Sources : Direction des affaires médicales - CHHMA

D'autre part, depuis la loi HPST<sup>23</sup>, la gouvernance des pôles est organisée autour d'un duo de têtes - responsable médical et responsable soignant, parfois d'un trio lorsqu'il y a un responsable administratif. Au départ de la précédente Cheffe du Pôle de Gériatrie en septembre 2018, aucun praticien n'a souhaité prendre la place. Médicalement, le Pôle fonctionne bon an, mal an, sans capitaine à son bord. A la demande du DG, des responsables de départements ont été définis mais l'absence d'un chef de Pôle contraint un fonctionnement pérenne et exacerbe les cloisonnements entre court séjour, SSR et séjours longs, d'autant plus que les postes et les enjeux hospitaliers et médico-sociaux ne sont pas les mêmes. Si la gériatrie fait partie des spécialités médicales les moins retenues par les internes, au sein même du Pôle, une gradation de valeurs s'opère. Ainsi, il est plus difficile de recruter des médecins, mêmes intérimaires, pour les séjours longs que pour la MAG ou les SSR.

Sur le cas plus particulier des séjours longs, auparavant, les unités étaient réparties entre plusieurs praticiens hospitaliers intervenant sur d'autres secteurs, ce qui complexifiait l'organisation des soins : fragilisation des plannings, séjours longs servant de variables d'ajustement en cas de problème, différences d'habitudes de prescription entre praticiens amenant à une suite de prescriptions et de contre-prescriptions en fonction des passages. Actuellement, la présence d'un médecin unique, si elle a favorisé un accompagnement plus adapté des résidents le rendant univoque, a pour conséquence deux difficultés :

- d'une part, un médecin seul ne peut assurer l'accompagnement de 205 résidents (EHPAD et USLD), d'autant plus que, même si son contrat n'établit pas distinctement qu'il est médecin coordonnateur, dans les faits et en regard de l'article D312-155-3, il en remplit en partie les missions. Par exemple, en vue de la

<sup>23</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

signature du CPOM, il a réalisé les coupes Pathos et AGGIR (mission 4). Il est membre du Comité de pilotage de l'évaluation interne et a été entendu dans le cadre de l'audit organisationnel de l'EHPAD. Il participe à la Commission d'admission et d'orientation gériatrique en cours de mise en place (mission 2) et prend soin, dans le cadre de missions de santé publique, de gérer les risques gériatriques : chutes, contentions, dénutrition, ...

<b>Article D312-155-3 – Missions du médecin coordonnateur</b>	
1° Élaboration participative du Projet général de soins, coordination de sa mise en œuvre et évaluation	7° Mise en oeuvre d'une politique de formation et actions d'information des professionnels de santé
2° Avis sur les admissions des personnes à accueillir	8° Élaboration d'un dossier type de soins
3° Coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement, réunion au moins une fois par an	9° Rapport annuel d'activité médicale
4° Évaluation et validation de l'état de dépendance des résidents	10° Avis sur le contenu et mise en oeuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé
5° Application des RBPP, dont les risques sanitaires exceptionnels et évaluation de la qualité des soins	11° Mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés et autres formes de coordination
6° Bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations, élaboration en collaboration d'une liste des médicaments à utiliser préférentiellement	

- d'autre part, un seul intervenant sur la structure a ceci de biaisé que l'accompagnement médical est à son image, univoque et médecin-dépendant en termes d'orientation.

Sur le plan de l'encadrement de proximité, les périmètres d'actions sont clairement définis. Un CS gère Les Genêts et Lurçat, un autre Les Fougères et Les Bruyères et le dernier Les Gentianes, le SSIAD et le PASA. À y regarder de plus près, ces périmètres sont actuellement définis sur un plan spatial. Ainsi, Les Gentianes et le SSIAD sont les entités excentrées du CJV. Les Genêts et Lurçat sont deux unités situées sur le même palier, au 2<sup>ème</sup> étage. Enfin, à la suite des multiples déménagements liés aux travaux, Les Fougères et Les Bruyères sont deux services situés au rez-de-chaussée et au 1<sup>er</sup> étage. Mais, hormis cette explication géographique, il n'y a pas de raisons permettant d'objectiver une cohérence à ces délimitations.

L'autre point d'achoppement de l'encadrement de proximité qui joue clairement en défaveur d'une culture commune aux séjours longs (dans le domaine privé, on parlerait de culture d'entreprise) est que le cloisonnement appréhendé au sein des directions est également présent au sein même des lieux de vie. Chaque CS gère son quotidien et mène ses projets suivant une procédure personnelle. Par exemple, si, actuellement, l'Humanité se développe sur l'ensemble des lieux de vie, il n'en a pas toujours été ainsi. Alors que le projet a une dimension institutionnelle indéniable (adaptation de



l'accompagnement, prévention de la maltraitance, promotion de la bienveillance, verticalisation de la prise en charge), il a été initié, au départ, par la CS des Genêts et de Lurçat. Si l'idée était de prioriser la formation des soignants exerçant avec des personnes ayant des TCC, il n'en reste pas moins que le projet nécessitait d'être, dès ses prémices, travaillé collectivement.

### § Des prérogatives mal définies et peu performantes §

Comme le Pôle de gériatrie est un amalgame de plusieurs types de séjour, les rôles et les missions y sont complexes et peu lisibles.

Par exemple, les 3,5 secrétaires du Pôle travaillent toutes au rez-de-chaussée du Centre Jean Vignalou. En réponse à la qualité de vie au travail, elles travaillent sur les différents postes, sans que l'on puisse déterminer laquelle s'occupe du court, du moyen ou du long séjour. La conséquence est que les familles ne peuvent s'attacher à une personne vers qui se tourner plus particulièrement, à l'instar d'un EHPAD classique où l'agent d'accueil, par ailleurs souvent secrétaire, est un point de contact important. A travers ce type de fonctionnement, il n'est pas étonnant que les personnes venant au CJV puissent se sentir à l'hôpital et non dans un EHPAD, d'autant plus que le bureau d'accueil, vitré, ne prête pas à inscrire un rapport de proximité.

Cette dilution des organisations s'exprime également à travers l'intervention de plusieurs diététiciennes sur le séjour long. Plutôt que de désigner une seule et même personne, améliorer la qualité par l'unicité de l'intervenant et inscrire ainsi les différents lieux de vie en une entité commune, les diététiciennes se sont organisées de façon à gérer chacune un lieu de vie de gériatrie.

Enfin, le service animation est composé de 3 agents. L'une d'entre elles ne travaille qu'aux Genticanes, une seconde uniquement sur le CJV et la dernière, à mi-temps, sur les deux structures. Même si quelques activités sont mutualisées, l'animation n'est pas structurée pour faire émerger une culture commune.

#### **2.1.2 Des ESMS dispersés en différents pôles**

L'organisation des pôles du CHHMA a pour effet de ne pas regrouper tous les établissements médico-sociaux au sein d'un même pôle. Dans certains établissements, la stratégie est de définir un pôle dédié totalement au champ social et médico-social. Ici, les quatre ESMS (EHPAD de 157 lits, SSIAD de 54 places, MAS de 30 lits et CAMSP de 50 places) sont intégrés à un pôle soit à la faveur d'une filière, soit dans le cadre de parcours ou de profils. Juridiquement, l'USLD de 48 lits relève du domaine sanitaire. A ce titre, le CPOM médico-social du CHHMA 2020-2024 n'intégrera pas cette UF, même si son projet d'accompagnement des résidents résonne particulièrement dans le cadre médico-social.

Si le Pôle de Gériatrie a pour raison d'être la mise en place d'une filière gériatrique interne, avec pour fil conducteur la prise en soins et/ou l'accompagnement des personnes âgées au sein du Centre Hospitalier, l'on peut s'interroger sur la pertinence d'une répartition des Unités Fonctionnelles qui répond non moins à une filière qu'à des parcours : le parcours de la personne âgée en court, moyen et long séjour et la coordination entre chaque typologie de séjour. En effet, les enjeux de prise en charge d'un court séjour ne sont pas les mêmes que ceux d'un moyen ou d'un long séjour. Ce découpage peut même être considéré comme n'ayant pas de base théorique probante, les enjeux du sanitaire relevant du sanitaire, notamment en termes de tarifications à l'activité, et les enjeux des lieux d'hébergement de longue durée (incluant l'EHPAD et l'USLD sur le plan de l'accompagnement) du médico-social. Ainsi, les UF du Pôle de Gériatrie pourraient être répartis autrement, sans préjudice de leurs missions :

- La Médecine Aigüe Gériatrique ferait partie d'un Pôle de médecine polyvalente.

Sur ce point, il est indéniable que les services de médecine interne et polyvalente regroupent un grand nombre de patients âgés. Les statistiques ramènent un âge moyen de 72 ans pour la première et 74,1 pour la seconde. Si les âges moyens s'avèrent logiquement inférieurs à celui de la MAG, il n'en reste pas moins que 57 % des patients hospitalisés pour la première et 67 % pour la seconde ont plus de 70 ans. Les spécificités de la MAG sont que :

- le praticien a généralement complété son cursus universitaire de formation d'une spécialisation en gériatrie<sup>24</sup>
- la prise en soins, holistique car prenant en compte non seulement la situation physio-pathologique et mentale mais aussi sociale et environnementale, est plus longue avec des durées moyennes de séjour plus étendues. Selon le Dr BREYSSE, responsable du DIM, la DMS pour les médecines classiques est de 8,47 et 8,37 jours alors que celle de la MAG s'élève à 12,23 jours.

La MAG, bien qu'elle soit spécifique à une population d'aînés, relève avant tout de la médecine. Son objet est de répondre à un ou des problèmes somatiques de phase aigüe.

- Les Lits de Soins Palliatifs amenés à être intégrés à moyen terme à une Unité de Soins Palliatifs sont rattachés au Pôle de Gériatrie et l'on peut là aussi se questionner sur la mise en parallèle entre fin de vie et grand âge. Une USP relève d'un Pôle de Médecine, polyvalente ou spécialisée, voire d'un Pôle de santé publique, en regard de la transversalité du périmètre d'actions.

---

<sup>24</sup> titulaire d'un DESC de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un DU de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue – CASF – Article D. 312-155-2.

- Si les lits de SSR sont majoritairement dédiés aux personnes âgées - seulement 15 lits relèvent de la Médecine Physique et de Réadaptation -, avec 10 lits d'Unité Cognitivo-Comportementale et 47 lits de SSR à dominante gériatrique, il n'en reste pas moins que le SSR relève du moyen séjour, c'est-à-dire d'une prise en soins temporaire de moyenne durée, dont les enjeux sanitaires sont différents de ceux d'un lieu de vie.

La notion de parcours, largement usitée, correspond au cheminement d'une personne dans son environnement. Selon la CNSA, le parcours de vie « *prend en compte les étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie.* »<sup>25</sup> À ce titre :

- la Maison d'Accueil Spécialisée est intégrée à l'un des Pôles de Psychiatrie car elle accueille des résidents dont les profils relèvent plutôt de la psychiatrie. Le diagnostic préalable au CPOM a mis en exergue que 73 % des résidents de la MAS arrivaient d'un service de psychiatrie. L'on peut y voir des logiques particulières : selon la cadre de santé de la MAS, celle-ci « *est plus spécifiquement dédiée à des personnes affectées de déficiences et de troubles du caractère et du comportement relevant de la psychiatrie* ». S'il est entendable, cet argument ne saurait suffire à cette seule répartition et une autre forme de logique envisagerait de la regrouper au sein d'un Pôle médico-social, dans le sens où ce lieu de vie est un lieu de séjour long.
- le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce est un service du Pôle Femme-enfant. Ce choix semble au premier abord logique puisque le CAMSP accompagne des enfants de 0 à 6 ans et trouve sa légitimité dans les limites d'âge de la population concernée. Cependant, cette organisation dont la vision est sanitaire tend à dénier la sphère médico-sociale du service.

Si le positionnement des ESMS en différents pôles peut répondre à certaines logiques, il n'en reste pas moins que :

- la culture médico-sociale ne peut s'opérer tangiblement dans la mesure où chaque ESMS est un maillon, singulier mais englobé par le pôle. Alors que ces entités ont des objectifs, voire des projets à réfléchir et à mettre en place communément, elles sont diluées dans le tout sanitaire. Par exemple, dans le cadre des CPOM médico-sociaux, les autorités de tarification ont la latitude de les négocier par secteurs PA/PH ou tous secteurs confondus. La DT 15 a choisi la seconde option. Au-delà de la simplification des démarches et des rencontres, cette décision impulse une dynamique et donne du sens. Or, en l'état actuel, le cloisonnement des pôles et des directions fait que des objectifs médico-sociaux qui pouvaient

<sup>25</sup> Ministère des solidarités et de la santé. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers / Lexique des parcours de A à Z

être rédigés ensemble, l'ont été séparément, les CSS de chaque pôle se chargeant de leurs propres ESMS.

- de plus, en intégrant les entités dans chaque pôle et en les considérant comme des services, la notion de partenariat institutionnel est déconstruite. L'absence de formalisation fragilise des organisations, élaborées essentiellement sur des rapports directs entre personnes à des instants T. Par exemple, l'intervention d'un psychiatre sur les lieux de vie se réalise sur demande de consultation. En général, cette demande fait suite à une décompensation et la gestion est alors de crise. La prise en charge est curative mais ne s'opère pas de façon préventive, comme cela se fait dans un EHPAD classique où l'équipe intersectorielle de psychiatrie intervient régulièrement et désamorce des états aigus en les anticipant.

## **2.2 Une culture et une identité médico-sociale en souffrance**

L'absence de culture médico-sociale empêche l'émergence d'une véritable identité qui permettrait aux professionnels de trouver un sens à ce qu'ils font et valoriserait leurs pratiques auprès des sujets âgés, de l'entourage et surtout d'eux-mêmes. Les raisons sont multiples mais parmi elles, un manque patent de lisibilité (2.2.1) et l'absence de visions stratégiques et opérationnelles (2.2.2) sont deux axes importants de fragilité.

### **2.2.1 Un manque de lisibilité**

§ En termes de distinctions institutionnelles §

L'organisation des structures d'hébergement pour personnes âgées du CHHMA est peu compréhensible tant la lecture en est rendue difficile par les organes institutionnels. D'un côté, les choses sont clairement établies, à l'instar de l'EPRD préparé par la DAF avec un budget principal pour l'organisme gestionnaire, l'hôpital, et des budgets annexes du secteur personnes âgées construits par entités : USLD, EHPAD et SSIAD. De l'autre, certains documents scindent l'EHPAD en une maison de retraite (Les Gentianes, l'un des lieux de vie) et le Centre Jean Vignalou. Ainsi, dans le cadre des dialogues de gestion du Pôle de gériatrie ou du rapport annuel de l'hôpital, les tableaux de bord servant à mesurer l'activité sont construits à partir des Gentianes, de l'EHPAD 2 et de l'USLD. Si ce dernier a toute légitimité à être distingué des autres, la séparation de l'EHPAD en deux blocs, à l'image des espaces géographiques où ils sont implantés, ne permet pas d'avoir un éclairage limpide, d'où la confusion des usagers et des professionnels sur ce qui relève de la maison de retraite et ce qui relève du séjour long (EHPAD 2 du CJV). Au final, la

règle voudrait que soit respecté le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux<sup>26</sup> qui, pour le CHHMA, référence :

- une entité juridique, c'est à dire l'organisme gestionnaire, sous le n° 15 078 009 6
- deux entités géographiques :
  - un EHPAD sous le n°15 078 256 3
  - une USLD sous le n° 15 078 231 6

La lecture est si complexe que la partie « Présentation de l'établissement » de l'évaluation interne et la partie « Diagnostic » du CPOM différencient eux-mêmes ces deux entités, alors que, concrètement, il n'y a aucune raison d'opérer de la sorte. Les Gentianes est un lieu de vie, au même titre que Les Genêts ou Lurçat. Son implantation à l'écart du CJV et la présence de résidents plus autonomes ne sauraient suffire à justifier cette distinction. Et cette erreur de lecture est très ancrée. Alors que Via Trajectoire, l'outil numérique nationale permettant de faire les demandes d'admission en établissements, est indexé au FINESS et référence deux entités - USLD et EHPAD -, l'encadrement de proximité entend que l'entité « EHPAD » correspond à la maison de retraite et l'entité « USLD - long séjour » à l'ensemble des lieux de vie du CJV.

§ En termes de repérage du secteur gériatrique médico-social dans un hôpital pavillonnaire §

Si le CHHMA se distingue par la qualité esthétique de son architecture, alliant tradition de la pierre et modernité de bâtiments construits et très bien insérés, il n'en reste pas moins que son agencement, de type pavillonnaire, ne facilite pas le repérage interne par les visiteurs. En son sein, le périmètre du secteur gériatrique médico-social, au nord de l'enceinte, est difficilement identifiable. L'évaluation interne ramène par exemple que la signalétique n'est pas adaptée, voire absente et il est assez fréquent de rencontrer des visiteurs perdus dans les environs. Si les travaux en cours en sont pour partis responsables, il n'en reste pas moins que l'EHPAD est englobé dans un tout et que les axes d'aménagement d'un précédent schéma immobilier n'ont jamais mis en exergue la spécificité de la structure, ni pris en compte des enjeux majeurs d'amélioration de la qualité de vie des résidents :

- L'insécurité de l'environnement extérieur : les risques d'accidents auxquels sont confrontés les résidents et familles du Centre Jean Vignalou et des Gentianes avec la sortie des piétons directement sur la route est particulièrement dangereux. Cela affecte une libre circulation des personnes.
- L'absence d'une identité médico-sociale commune dans un périmètre : à ce jour, il n'existe aucune connexion entre le CJV et Les Gentianes, ce qui permettrait de créer intellectuellement une seule et unique entité composée de plusieurs lieux de

---

<sup>26</sup> <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>

vie et d'activité (Les Genêts, Les Fougères, Les Bruyères, Les Gentianes, Lurçat, l'UHR et le PASA). L'une des pré-études architecturales, en amont des précédents travaux, avait proposé l'installation d'une passerelle entre les bâtiments mais n'avait pas été retenue.

- La difficile liberté d'aller et venir : au-delà de la dangerosité de la circulation, les résidents, pour beaucoup, se mobilisent ou sont mobilisés en fauteuil roulant. La déclivité du terrain rend les ballades difficiles, voire impossibles.

### § Une ambiguïté des noms de lieux de vie de la Résidence et des UF de moyen séjour §

Le Centre Hospitalier Henri Mondor est un EPS de type pavillonnaire. Globalement, l'identification des bâtiments n'est pas des plus simples : utilisation d'acronymes, qui plus est parfois assez semblables (EMC, CMS), bâtiment sans nom, ...

Sur la dénomination des lieux propres au moyen et long séjour, différents points sont à soulever :

- des noms de lieux de vie peu lisibles, manquant de cohérence ou absents : des plantes, des peintres, des acronymes, ...
- l'attribution inutile de noms aux services de moyen séjour

Ces services relèvent du sanitaire et les usagers sont amenés à ne rester que quelques semaines. Il paraît donc peu logique de les nommer, comme s'ils étaient des lieux de vie.

- une qualification de la structure malaisée car regroupant différentes durées d'accompagnement et différents dispositifs juridiques

L'USLD relève juridiquement du champ sanitaire. Sur le plan de l'offre de soins, elle répond à des résidents dont les besoins en soins médico-techniques requis sont plus importants. Pour autant, à la lecture des modes de financement, du projet de vie personnalisé et du projet institutionnel, il convient de la rapprocher du fonctionnement de l'EHPAD qui relève du champ médico-social.

- une identité commune en carence : lieu de vie « Les Gentianes » isolé, aucun lieu de rencontre collectif, pas de salle de restaurant commune, attribution d'une salle pour la chapelle ne servant que quelques heures par semaine

## **2.2.2 Une absence de visions et d'identité médico-sociale commune**

### § Le poids de la médicalisation §

L'un des écueils majeurs de l'accompagnement des résidents du CHHMA est l'impact d'une médicalisation, voire d'une surmédicalisation. S'il est évident qu'en regard :

- de l'âge moyen à l'entrée – cet indicateur n'est cependant pas spécifique au CHHMA puisque la moyenne d'âge n'est pas plus élevée qu'ailleurs

- des profils de résidents accueillis avec un état général assis sur une préfragilité, voire une fragilité en santé
- des parcours d'admission par le court séjour - pathologie aigüe - ou le moyen séjour - en cours d'amélioration ou de stabilisation d'une situation aigüe,

l'accompagnement se doit d'être sécurisé et porteur de qualité en termes de soins, au sein d'un lieu de vie identifiable comme tel. Or, de nombreux paramètres ne permettent pas de circonscrire avec sens une identité de vie, tant le poids du soin est important. Il n'est qu'à reprendre la phrase de l'OMS qui invite les nations à, après avoir ajouté des années à la vie, ajouter de la vie aux années. Toute la problématique est ici résumée. Sans forcer le trait, puisqu'un projet de vie institutionnel est réfléchi, l'EHPAD du CHHMA est encore trop marqué par une culture du soin technique, tant par les médecins que par les soignants. Les rencontres entre médecins et direction peuvent par exemple tourner autour du curseur d'intervention médicale en EHPAD. La direction argumente que le temps médical imparti aux résidents d'EHPAD est logiquement moindre que celui de l'USLD et qu'il doit le rester, en regard des profils. Or, sur Aurillac, la présence de l'USLD au sein des mêmes lieux de vie fausse l'analyse portée à la priorisation de cette intervention médicale, pour la centrer sur le bon résident au bon moment. La présence continue de compétences sur la structure amène les professionnels à se détacher de leurs propres prérogatives. Ainsi, les infirmiers ont tendance à très rapidement faire appel au médecin dès qu'un grain de sable apparaît, sans parfois utiliser leurs propres ressources. Par exemple, au cours de l'audit externe, l'intervenant, passant dans la salle de soins, a demandé les points qui devaient être vus le lendemain par le médecin. Sur cinq points répertoriés, trois n'en étaient pas réellement en ce sens qu'en les anticipant ou en recentrant les professionnels sur leur champ de compétences, ils auraient pu être soustraits à la liste : l'un portait sur l'absence de compte-rendu écrit, qui arriverait le lendemain, suite à une consultation d'angiologie - comme l'IDE ne l'avait pas fait, le médecin devait téléphoner pour avoir la conduite à tenir quant à la poursuite du port de bas de contention, sachant que la résidente disait ne plus en avoir besoin ; les deux autres concernaient des précisions de prescriptions - éléments anticipables s'il en est.

En France, de manière globale, la culture du « tout médecin » est assez prégnante. À l'hôpital, elle est exacerbée et a tendance à (auto)désresponsabiliser les soignants de leurs propres fonctions. Au Québec, où la corporation des infirmiers s'est constituée et a défini une science et une pratique, les choses sont différentes. L'IDE travaille à égalité avec le praticien, non pas dans un rapport hiérarchique fonctionnel. À cette culture du poids du corps médical s'ajoute la disponibilité continue d'un médecin à toute heure. Dans un EHPAD autonome où le médecin n'est pas sur place, les soignants, contraints, apprennent à gérer des situations qu'une IDE de séjour long n'aurait pas osé gérer, même si celles-ci relèvent de son champ de compétences propres.

## § L'agencement interne du Centre Jean Vignalou §

L'organisation spatiale intérieure du CJV rappelle immanquablement l'agencement d'un établissement hospitalier. Si le lieu de vie Les Gentianes est sauvegardé de cette réalité et correspond à l'image d'une structure médico-sociale adaptée aux personnes âgées (bâtiment sur deux niveaux, des espaces communs adaptés), il en est autrement s'agissant du Centre Jean Vignalou. Héritier du modèle architectural de type V240 - le chiffre 240 correspondant au nombre de lits installés -, le bâtiment, moderne au moment où Simone Veil, Ministre de la Santé, en posera la première pierre en 1976, nécessitait en regard des attendus de notre époque une rénovation-extension, notamment pour répondre aux dédoublements des chambres et à l'installation d'une douche par chambre. Le programme pluriannuel d'investissement a permis la réalisation de travaux dits « d'humanisation » - on peut s'interroger sur le terme - mais la réflexion s'est opérée dans une perspective hospitalière et en intégrant secondairement qu'un EHPAD-lieu de vie pouvait y être implanté.

Par exemple, alors qu'un rez-de-chaussée est un lieu de rencontres, avec, généralement un grand hall d'accueil et un espace convivial, l'architecte a implanté, entre autres, les bureaux administratifs des médecins, des cadres, des secrétaires et des soignants supports.

Des patios dont l'utilisation est fonction du temps qu'il fait, ne servent pas tout le temps et prennent une place précieuse à un aménagement collectif possible et pérenne. De même, la salle relativement grande attribuée à la chapelle n'est utilisée que quelques heures par semaine. Une animation y est quelquefois organisée, sous couvert de l'accord de la responsable de la chapelle, mais cela reste anecdotique.

Dans les lieux de vie, les salles à manger ne sont pas assez grandes pour recevoir tous les résidents. Les résidents mangent donc en chambre matin, midi et soir. Aussi, certains d'entre eux, souvent grabataires, ne sortent-ils quasiment jamais de leur chambre.

## **2.3 La co-responsabilité des organes officiels**

Dans cette situation, les instances officielles jouent aussi un rôle, soit dans l'irrégularité du suivi des établissements (2.3.1), soit à partir d'analyses ou de points de vue pas toujours en adéquation avec les réalités, notamment financières (2.3.2).

### **2.3.1 La faible position d'accompagnement des autorités**

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dix-sept ans se sont écoulés. Depuis lors, il est entendu qu'en à peine vingt ans, les choses soient



ainsi faites que toutes les préconisations de la loi soient à jour. Or, à la lecture de l'évaluation interne et à partir des observations de terrain, force est de constater que tout n'est pas réglé. Ainsi, la formalisation totale d'un Projet de Résidence n'est-elle pas actée, amenant l'EI à porter la cotation du module « Projet d'établissement » à 1. Pour cette partie, rien n'est fait et tout reste à faire. Alors que les documents de la loi 2002-2 sont un préalable à la contractualisation médico-sociale, il est surprenant que ces documents n'aient pas été requis pour la CTP de 2012.

Dans les couloirs, l'affichage des documents obligatoires n'est pas assuré, ou incomplètement. Si les tarifs appliqués sur la Résidence sont généralement affichés, la feuille portant connaissance d'un recours auprès de la personne qualifiée ou les compte-rendus de CVS n'apparaissent pas forcément. Si l'encadrement se prévaut d'une difficulté à assurer ce suivi à cause des travaux par tranches et des déménagements successifs, il n'en reste pas moins qu'un affichage obligatoire, défini par des textes législatifs et réglementaires et incombant à un établissement public n'est à ce jour pas opérationnel. La justification des déménagements ne saurait suffire et derrière ce non-respect de l'information du résident et de l'entourage se cache une méconnaissance, à l'instar de la personne qualifiée dont aucun cadre, lors de l'EI, ne connaissait l'existence. Il manque aussi, et cela corrobore mon propos, un capitaine au navire qui, rapidement, réglerait cet affichage en le centralisant sur les deux sas d'entrée principale du CJV et des Gentianes. Avec cette simplification, il n'y aurait plus à se préoccuper de mettre à jour les multiples points d'affichage par lieu de vie.

Si l'établissement doit prendre ses responsabilités quant à ces manquements, il semble nécessaire de souligner que les autorités de tarification et de financement ont également un rôle à jouer, notamment lorsque, visitant l'établissement, aucune remarque n'est faite sur cette absence d'affichage.

Dans le document écrit du CPOM, une partie est consacrée au diagnostic global de l'établissement, notamment avec l'évaluation des objectifs de la précédente convention tripartite pluriannuelle. En comparant les objectifs de la CTP de 2012 et les constats portés par l'EI de 2019, les conclusions sont assez similaires, avec des points forts et des points à améliorer relativement identiques. Cela sous-tend que, même si des objectifs ont été atteints, une partie n'a pas été suivie dans le cadre d'un plan d'actions commun, où OG et autorité de financement se retrouvent pour des points d'étape. L'évolution des rôles des autorités, passant du contrôle ou de l'inspection à l'accompagnement négociée, trouve peut-être ses limites dans l'absence de rencontres en dehors des CTP. Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens planifient, quant à eux, des temps communs d'évaluation du plan d'actions. Mon propos est ici d'écrire que l'absence d'une supervision programmée de l'EHPAD par l'ARS et le CD joue en défaveur de l'émergence d'une identité médico-sociale.

De même, les options portées par l'ARS peuvent parfois sembler étonnantes, à l'exemple de l'intervention de l'Hospitalisation à domicile au sein de l'EHPAD/USLD du CHHMA. Au cours d'une rencontre, le sujet est abordé puisque c'est l'un des dix objectifs obligatoires du CPOM. Alors que l'HAD est une solution très adaptée à l'augmentation temporaire d'une charge en soins en EHPAD et à la diminution du temps d'hospitalisation des résidents, l'équipe médicale et l'encadrement de proximité a du mal à concevoir l'intervention ponctuelle de soignants non hospitaliers, à l'instar des autres EHPAD classiques. Alors que l'on peut s'attendre à un appui des agents de l'ARS pour maintenir cet objectif, finalement, ils sont d'accord pour ne pas le retenir. Le Directeur Général, au cours d'une réunion interne avec les membres du Pôle de gériatrie, demandera à ce que cet objectif soit réintégré.

### **2.3.2 Budgets et finances : des complexités supplémentaires**

§ Les contractualisations : des objectifs sans moyens ? §

Fin 2019, le CH s'apprête à signer le CPOM médico-social 2020-2024 avec la Délégation territoriale du Cantal de l'ARS ARA et le Conseil Départemental du Cantal. Le CPOM comporte une partie « Objectifs » négociée, sur laquelle l'OG s'engage à atteindre les indicateurs de résultats. En contrepartie, la partie « Moyens » permet d'aider l'établissement à atteindre ces indicateurs en allouant des moyens en adéquation des besoins.

Sur la partie « Exploitation », la dotation forfaitaire du soin et de la dépendance est calculée à partir des coupes Pathos et GIR, données probantes puisqu'établies sur des faits eux-mêmes soumis à débat contradictoire entre le médecin coordonnateur et les médecins valideurs. Néanmoins, cette validation, si elle est menée sans rigueur, amène à des cotations injustes, à l'instar du Pathos côté à 107 en 2012.

Sur la partie « Investissement », la question est un peu différente. S'il semble inconcevable de demander aux autorités de financer tout l'investissement, il est opportun, à la négociation d'un CPOM, de discuter d'une co-participation financière, notamment à travers des crédits non reconductibles, à l'échelle des projets d'amélioration. Concrètement, un service à l'assiette serait qualitativement plus adapté que la dépose de plateaux sur la table. La CTP de 2012 évoquait déjà le vieillissement des régéthermies et la nécessité de les remplacer mais cela n'a jamais été effectué. La signature du CPOM est une belle opportunité de mettre en place ce projet de service à l'assiette, en remplaçant les régéthermies actuelles par un matériel adapté, dont un four dans lequel des plats collectifs seront réchauffés. Or, lors des rencontres préparatoires, dès que la question est soulevée, les agents de la DT justifient une non-participation de l'ARS du fait

que le repas n'est pas un soin, mais un acte de la vie courante. De leur côté, les agents du CD n'apportent aucune réponse, ni aucun engagement alors qu'il s'agit d'une amélioration de la qualité de vie. Et cette situation est telle que l'organisme gestionnaire ne s'autorise même pas à aborder d'autres points d'investissement, telles que la poursuite d'aménagement des espaces du rez-de-chaussée du CJV ou la création d'un parc à destination, entre autres, des résidents. La particularité de l'EHPAD, adossé au CH, est que ces projets seront gérés en interne, rattachés au schéma directeur immobilier pour le parc ou reportés *sine die* pour l'aménagement intérieur s'il n'y a pas de financement.

#### § Une illisibilité des tarifs et des budgets §

Le cloisonnement institutionnel opéré entre Les Gentianes et la partie EHPAD du CJV l'est aussi à travers les préconisations faites par la Chambre régionale des comptes en 2018. Ainsi la recommandation n°3 propose de « *créer des budgets annexes distincts pour chacun des EHPAD des Gentianes et du CJV, afin de mieux identifier les opérations budgétaires et comptables les concernant.* » Mais à la lecture du chapitre « *Le budget annexe EHPAD* », il est noté que « *les charges et les produits du budget annexe EHPAD, regroupant les deux EHPAD des Gentianes et du CJV (EHPAD 2) ...* ». Là aussi, les éléments apportés à la CRC par la DAF ne sont pas lisibles : multiplicité des noms (EHPAD 1 = maison de retraite = Les Gentianes / EHPAD 2 = CJV), non-renvoi vers le FINESS, description de deux EHPAD. Par contre, si la CRC se réfère bien à des charges et produits des Gentianes, ils correspondent non pas à ceux d'un EHPAD, mais à ceux d'une UF. Puisque même si l'EHPAD est un et indivisible pour le FINESS, il est découpé dans le cadre du suivi budgétaire hospitalier en UF.

De même, il semble dommageable de connaître une si grande disparité de tarifs. Chaque année, le CD produit trois arrêtés de tarification différents et l'on peut sincèrement s'interroger sur la cohérence de ces pratiques. Un choix déterminé permettrait de lisser la tarification en l'étalant sur plusieurs années. Les distinctions tarifaires infirment également l'identité commune d'un seul EHPAD/USLD.



### **3 Les leviers permettant de faire émerger, à partir d'une autonomisation de gestion, une véritable identité médico-sociale d'EHPAD au sein d'un Centre Hospitalier**

Si les propositions de cette partie peuvent sembler d'emblée difficiles à mettre en oeuvre, en regard des prérogatives de chacun, des cloisonnements inhérents et des organisations déjà en place, elles relèvent d'une volonté stratégique de changer les paradigmes. Trop longtemps, l'hôpital s'est inscrit dans un schéma organisationnel qu'il a déployé sur des unités fonctionnelles, sans prendre en considération la spécificité de chacune. La différence essentielle entre les services hospitaliers et la Résidence, et par extension les ESMS, est qu'ils ne relèvent pas des mêmes codes juridiques. Pour une réelle autonomie de gestion des établissements sociaux et médico-sociaux gérés par le CHHMA, pour l'émergence d'une réelle culture médico-sociale où, comme le dit Pascal TARRISSON, Directeur Général du CHHMA, les ESMS « *sont des lieux de vie avant d'être des lieux de soins* », il convient de redéfinir les périmètres et de porter l'audace des recommandations. L'un des leviers forts consiste à (ré)organiser la gouvernance en la singularisant à l'EHPAD, voire aux ESSMS (3.1) puis à définir des axes stratégiques forts permettant un déploiement tactique et opérationnel (3.2), notamment à partir des objectifs du CPOM (3.3).

#### **3.1 Définir la gouvernance de l'EHPAD**

A ce jour, la structuration de la gouvernance de l'EHPAD au sein du CHHMA manque d'un pilotage probant et qui ferait écho aux propos de Pierre-Henri BRÉCHAT : « *La réforme de la gouvernance, ou nouvelle gouvernance, a trois objectifs : 1) arriver à un pilotage associant les professionnels de santé, tant administratifs que praticiens, à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses orientations stratégiques, afin de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital ; 2) accroître l'efficacité ; 3) généraliser la contractualisation interne.* »<sup>27</sup> Même si, à la faveur de mobilités, la refonte de l'organigramme de directions en septembre 2017 a vu l'émergence d'une Direction de la filière gériatrique, la désignation d'un responsable administratif unique de site n'est pas actée. Il convient donc d'en faire un préalable (3.1.1). Parallèlement, il semble nécessaire de consolider la gouvernance médico-soignante de l'EHPAD actuellement fragilisée (3.1.2).

---

<sup>27</sup> Bréchat, Pierre-Henri, et al. « Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007 », *Santé Publique*, vol. 20, no. 6, 2008, pp. 611-621.

### 3.1.1 Structurer la gouvernance administrative au sein de l'EHPAD

L'une des solutions majeures est de reconnaître et de faire reconnaître institutionnellement la nomination d'un responsable administratif de site à part entière. En proche collaboration du Directeur Général, cette nomination permettrait :

- le reporting direct des événements et de l'actualité de l'EHPAD auprès du DG ;
- un exercice collaboratif efficient avec les directeurs fonctionnels ;

A ce titre, Me BETTLER, Directrice de la politique gériatrique du CHRU de BREST, fait état d'une rencontre mensuelle planifiée avec ses collègues fonctionnelles, de façon à tendre vers la performance.

- la centralisation des demandes et des problèmes auprès d'un référent unique ;
- l'apport de solutions rapides et univoques, sans démultiplication de réponses et d'injonctions contradictoires.

Par exemple, au-delà d'un suivi financier efficace que l'adjoint des cadres de la DAF est à même de produire actuellement à partir de tableaux de bord, le DA a la latitude d'améliorer la performance, en impulsant une période maximale de chambre inoccupée entre un décès et une nouvelle admission. Généralement, ces délais approchent 1 semaine mais le CHRU de BREST porte le postulat d'un délai d'inoccupation de 3 jours. De même, il peut résoudre des difficultés internes temporaires ou enkystées ayant pour résultat un taux d'occupation inférieur à 95 % par différents moyens : rencontrer les personnels médicaux et non médicaux, initier une procédure d'admission propre à l'EHPAD et intégrant les enjeux de parcours du sanitaire, créer un groupe de travail sur les déroulés de l'admission, sur une Commission d'admission et d'orientation gériatrique, sur l'accueil du futur résident, coordonner avec le DAM le recrutement d'un médecin temporaire le jour des admissions en cas de carence.

- le développement d'une expertise juridique et administrative ;

Face à la multiplication des informations et des canaux d'information, chaque directeur se centre sur son domaine de compétences. Il ne semble donc pas illogique que le DA en charge de l'EHPAD assure cette veille.

- la création d'une « Direction des résidences pour personnes âgées », à l'instar de ce qui se fait ailleurs

Sur un plan symbolique, valider une direction à part entière en l'identifiant permet de faire reconnaître et donc de visibiliser en tant qu'entité la Résidence auprès des publics - personnels y exerçant, personnel de l'hôpital, résidents et entourage, autres publics.

- la mise en place d'un projet d'EHPAD singulier, s'intégrant au Projet d'établissement du CH, avec définition d'axes stratégiques propres à l'EHPAD et pilotage opérationnel

Cette nomination se fait à l'initiative unique et sous la responsabilité directe du Directeur Général. Ce poste ne saurait être attaché à une direction fonctionnelle

particulière, la nature de la mission se voulant transversale. Sur la forme, cette mission est attribuable à différents fonctionnaires de catégorie A. Dans le cadre de budgets contraints, elle peut être envisagée comme dévolue à un Attaché d'administration hospitalière. Bien que la fiche métier des AAH rédigée par le CNG<sup>28</sup> précise qu'ils « *exercent leurs fonctions dans les établissements publics de santé, {...} les EHPAD, {...}, sous l'autorité du directeur de l'établissement, en participant à la conception, l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement (...)* », le périmètre d'actions d'un AAH ne correspond pas à l'accompagnement d'un changement organisationnel profond et à l'émergence d'une identité médico-sociale de la structure. Une fois le projet finalisé, il est alors possible d'y faire appel pour une gestion administrative du quotidien.

Il semble donc pertinent de confier ces prérogatives à un Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social dont le parcours de formation et le domaine de compétences sont spécifiques aux différents champs médico-sociaux et à qui la délégation permettrait l'initiative et l'opportunité des propositions. Le schéma organisationnel proposé est assez similaire à celui d'un EHPAD dit autonome. Cependant, l'action du Directeur adjoint se situe sous l'autorité du Directeur Général, et doit le rester, eu égard aux responsabilités et à la disposition hiérarchique de l'organigramme. L'intérêt d'une direction « bicéphale » avec un Directeur Général de l'organisme gestionnaire et un Directeur adjoint de l'EHPAD revêt un sens car elle est le produit d'une intelligence collective et d'une cohérence organisationnelle, confortant les décisions stratégiques du premier et soulageant l'action et les missions du second. En regard de la tâche à réaliser et du soutien de la CSS et du médecin coordonnateur, cette fonction peut être envisagée comme une casquette supplémentaire à celles d'un Directeur adjoint déjà en place.

### **3.1.2 Consolider la gouvernance médico-soignante de l'EHPAD**

Afin « *d'arriver à un pilotage associant les professionnels de santé, tant administratifs que praticiens, à la gestion de l'établissement* »<sup>29</sup>, il convient d'associer non seulement le corps médical, notamment le médecin coordonnateur, mais aussi l'encadrement soignant, supérieur et de proximité. Par la définition des orientations d'un projet médico-soignant axé non uniquement sur le « tout-soin », l'approche collaborative semble la plus efficace pour faire émerger cette culture du lieu de vie et cette identité médico-sociale auprès des acteurs de première ligne que sont les soignants.

#### § Une gouvernance médicale §

De par le grand âge et la fragilité des personnes accueillies, la prise en soins médicale est un axe important de leur accompagnement. L'idéal pour une Résidence de

<sup>28</sup> [https://www.cng.sante.fr/sites/default/file/JeanPaul%20Hurtaud/CNG\\_FICHE\\_METIER\\_AAHA.pdf](https://www.cng.sante.fr/sites/default/file/JeanPaul%20Hurtaud/CNG_FICHE_METIER_AAHA.pdf)

<sup>29</sup> loc. cit.

157 lits d'EHPAD et de 48 lits d'USLD est de recruter au minimum 2,5 PH ETP, notamment parce que la réglementation oblige « pour les établissements {...} dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points {un} temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne {pouvant} être inférieur à un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places. »<sup>30</sup> Cependant, afin d'impulser une culture de lieu de vie et contrecarrer cette idée que « l'EHPAD est une annexe de l'hôpital », l'objectif est d'organiser le recours au médecin de la même façon qu'à domicile ou dans un EHPAD classique, ni plus, ni moins. Pour ce faire, l'action des praticiens se situe en répondant aux états aigus du quotidien, ayant pour objet la gestion curative des pathologies et en programmant des visites régulières de suivi, en réponse à une dimension préventive et de gestion des risques. A titre d'exemple, une visite systématique pour chaque résident toutes les 8 semaines amène le médecin à rencontrer 5, voire 6 résidents les jours de semaine.

Lieu de vie	Lits	Sem.1	Sem.2	Sem.3	Sem.4	Sem.5	Sem.6	Sem.7	Sem.8
UHR	14	L : 5			L : 5				L : 4
LF	26		L : 5	L : 5		L : 5	L : 5	L : 5	L : 1
LG	38	M : 5	M : 5	M : 5	M : 4	M : 5	M : 5	M : 5	M : 4
L	38	Me : 5	Me : 5	Me : 5	Me : 4	Me : 5	Me : 5	Me : 5	Me : 4
LGe	42	J : 5	J : 5	J : 5	J : 6	J : 5	J : 5	J : 5	J : 6
USLD	48	V : 6	V : 6	V : 6	V : 6	V : 6	V : 6	V : 6	V : 6
TOTAL	206	26	26	26	25	26	26	26	25

**Exemple d'une planification de consultations médicales toutes les 8 semaines** (LF :

Les Fougères / LG : Les Genets / L : Lurçat / LGe : Les Gentianes)

Réalisation : Alexandre BOITIER

A hauteur de 20 minutes par visite, le temps total nécessaire est de 2 heures par jour, sachant que certains résidents n'ont pas de problème particulier. Ce délai raisonnable entre deux visites est un mix entre des visites mensuelles ayant parfois peu raison d'être ou trimestrielles trop espacées pour produire un accompagnement médical sécurisant et de confiance.

Le médecin coordonnateur, dont la fonction créée en 1999<sup>31</sup>, est rendue obligatoire par un décret d'application de la loi 2002-2<sup>32</sup>, est un maillon essentiel de la chaîne médico-soignante, notamment en regard des missions transversales qui lui sont confiées. Partenaire du Directeur adjoint, il permet d'asseoir une politique de qualité et de sécurité des soins.

<sup>30</sup> CASF – Article 312-156

<sup>31</sup> Décret n°99-316 du 26 avril 1999 – Article 12

<sup>32</sup> Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005



Face à la problématique actuelle d'un recrutement pérenne de gériatre, le Directeur délégué de site met en place, en collaboration avec le DAM, une véritable stratégie pour faire venir, puis garder, un staff médical stable et dynamique.

#### § L'assise d'un encadrement supérieur §

S'il semble important de recruter un CSS connaissant a minima le fonctionnement d'un hôpital, il semble primordial qu'il soit au fait de la réglementation médico-sociale. Aussi, alors que le choix de la future Cadre supérieure de santé du Pôle de gériatrie s'opérait entre deux cadres « hospitaliers », ma stratégie aurait été de porter la publication du poste en externe, de façon à recruter du sang neuf, avec des idées neuves et une volonté de faire évoluer les lignes.

#### § La nécessaire redéfinition du périmètre d'encadrement de proximité §

Alors que les travaux de rénovation-extension du CJV sont terminés et qu'une UHR est en voie de concrétisation, il convient également d'associer, au sein d'une gouvernance élargie, les CS de proximité et de réfléchir à une redéfinition des périmètres d'encadrement. En effet, différents enjeux se dessinent dont :

- l'intégration effective et complète d'une des CS au sein de l'équipe d'encadrement, notamment en la rapprochant du CJV et en la soutenant étroitement
- un projet d'accompagnement des populations ayant des TCC dans les différents lieux de vie ou d'accueil
- une équité en nombres de résidents accompagnés par CS

CS1	USLD (48)	LF (26)	74			
CS2	LG (38)	LGe (42)	80			
CS3	L (38)	UHR (14)**	52	PASA (14)	SSIAD (50)	64
Total des lits			206	Total des places		64

**Périmètre d'encadrement de proximité** (LF : Les Fougères / LG : Les Genets / L : Lurçat / LGe : Les Gentianes) / \*\* gestion des personnels hors agents mutualisés avec LF  
Réalisation : Alexandre BOITIER

Cette redéfinition des périmètres répond à :

- une répartition équitable du nombre de résidents, donc du nombre d'agents à gérer par CS. Pour la CS3, le nombre de résidents par lieu de vie est moindre mais le nombre de places des services équilibre la charge d'encadrement.
- une pertinence de l'accompagnement des personnes ayant des TCC par la seule CS3. Auparavant, elle gérait l'UVP Lurçat (L) mais pas le PASA, et l'UHR n'existait pas. Les compétences développées auprès de ce profil de résidents favorisent une prise en charge de qualité.

- un rapprochement de la CS1 sur le CJV puisqu'elle gérait auparavant, LGe et le SSIAD, entités délocalisées géographiquement ainsi que le PASA. Désormais, l'intervention des 3 CS sur le CJV et de 2 CS sur le bâtiment des Gentianes consolide l'esprit d'équipe et une cohésion de Résidence qu'orchestre la CSS.

### **3.2 Porter des axes stratégiques forts et inscrivant une identité médico-sociale ...**

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, l'article L311-8 du CASF précise qu'« *il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, {...} ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.* » Quand un EHPAD est rattaché à un Centre hospitalier, il devient difficile de parler de Projet d'établissement dans la mesure où ce terme est l'apanage de l'organisme gestionnaire. Projet de résidence semble alors être un bon compromis puisqu'il intègre l'USLD à l'EHPAD. Interdépendants, les éléments du Projet de Résidence (3.2.1), tout en singularisant la structure, tiennent compte du Projet d'Établissement (3.2.2). De même, le PE intègre les données du PR.

#### **3.2.1 ... à travers l'élaboration d'un Projet de Résidence**

La Résidence du CHHMA n'a jamais fait valider de Projet de Résidence. Si des brouillons datant de 2008 existent bel et bien, ils restent incomplets et rédigés par la CSS en place à l'époque. Surtout, aucun document n'a été visé par le CVS, ni validé par le Conseil de surveillance du CH. Une grosse part de travail n'a donc jamais été finalisée, alors que le Projet de Résidence est LA table des valeurs, des orientations et des modalités d'accompagnement d'une structure.

#### § Mieux accompagner les résidents en clarifiant la répartition par lieu de vie §

Afin d'assurer une amélioration continue de la qualité, de réorganiser l'accompagnement des usagers de l'EHPAD et de l'USLD et d'éviter la survenue de conflits récurrents entre résidents, la direction se doit de poursuivre, en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale, ce que les québécois nomment les micromilieus adaptés ou cliniques. L'objet de ce travail de réorganisation des services est un regroupement spatial par profil de résident. Le procédé est identique à celui qui consiste à implanter une UHR au sein d'un EHPAD, mais la prise en compte populationnelle est ici systémique. Sur le plan stratégique, il convient de mettre en parallèle lieu de vie et profil de résident.

Sur le plan opérationnel (planification, rétroplanning, enquête de satisfaction, circulation de l'information, communication), ce projet d'amélioration continue se fait

graduellement à partir d'un plan d'action. Par contre, les axes tactiques de résolution de la problématique prennent corps lors d'un « Kaizen event », session intensive de quatre jours où des groupes de travail analysent les situations, définissent les types de population résidant dans l'établissement et le profil de chaque patient en regard de ces types de population puis organisent un plan opérationnel de déménagement et un échéancier. Tout cela est assis sur un socle de valeurs et une réflexion éthique quant aux méthodes à adopter pour faire participer les résidents et leur entourage à la décision. L'idée finale est d'harmoniser les relations en évitant de mettre en contact, au sein d'un même service, un groupe de messieurs frontaux, aspirant au calme et des personnes désorientées susceptibles de les déranger au cours de leur déambulation. Cet exemple est assez probant et résonne de sens car il fait intervenir un grand nombre de personnel, favorisant ainsi le dialogue social, l'intelligence collective et l'adhésion aux processus. En intégrant mieux les résidents et l'entourage, le but est d'améliorer la participation sociale dans les processus de décision, notamment en amont de la présentation du projet.

Les Bruyères : la première étape consiste à installer l'ensemble des résidents nécessitant des SMTI dans un seul et même lieu de vie, au 1<sup>er</sup> étage, dont le nombre de lits autorisés correspond au nombre de lits installés (48).

Lurçat : il semble judicieux d'y maintenir les résidents ayant des troubles cognitifs car le lieu de vie est labellisé UVP. En regard du nombre de lits, les résidents entrent avec des TCC stables mais sont accompagnés jusqu'à leur fin de vie, même si une dépendance physique s'installe.

Les Genêts : en lieu et place de la majorité des résidents relevant de l'USLD auparavant, l'orientation ici est de prendre en soins des résidents très dépendants, relevant uniquement du GIR 1 à l'entrée.

UHR : répondant au cahier des charges de ces structures, il accueille des résidents ayant des TCC décompensés, se déplaçant seuls et nécessitant un accompagnement rapproché. Les résidents ne sont pas voués à rester ; si les TCC sont stabilisés ou si une dépendance physique s'installe, ils sont réorientés vers leur lieu de vie d'attache, sur la Résidence du CHHMA ou dans un ESMS extérieur.

Les Fougères : le lieu accueille des personnes handicapées vieillissantes. Lieu de vie de 26 lits, il peut trouver une file d'attente auprès de la MAS du CHHMA et en créant des partenariats avec des structures environnantes et répondre à ce besoin actuel.

Les Gentianes : les résidents y entrant relèvent d'une dépendance de niveau GIR 3-4. Lorsque la dépendance progresse, ils ne sont pas, comme actuellement, transférés vers le CJV mais sont accompagnés jusqu'à leur fin de vie. La charge en dépendance s'autorégule, des personnes admises GIR 3-4 remplaçant des personnes GIR 1 décédées.

### **Description d'une projection de micromilieus adaptés répondant aux besoins des résidents et s'inscrivant logiquement dans l'offre médico-sociale du BSI**

Rédaction : Alexandre BOITIER

Cette proposition d'organisation s'appuie sur différents enjeux :

- la Résidence du CHHMA admet des résidents dépendants, voire très dépendants arrivant bien souvent après un passage en court puis en moyen séjour dans un état préfragile, voire fragile. Seules quelques personnes autonomes entrent aux Gentianes directement du domicile, en dehors de ce parcours « CH - EHPAD ». Les personnels doivent accepter que le profil des résidents d'un EHPAD hospitalier soit plus dépendant que dans un EHPAD de ville. Mais, en regard des équations tarifaires, les allocations correspondant à la charge en soins et en dépendance permettent alors de

bénéficiaire d'un budget en résonance. Par exemple, dans certains établissements, le directeur choisit de n'admettre que des personnes en GIR 1. Ainsi, la dotation ne varie jamais et si la charge de travail est conséquente, elle est compensée par une adaptation des effectifs.

- il semble difficilement concevable, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, de transférer des personnes d'un lieu de vie à un autre parce que leur autonomie diminue. Au-delà du cap psychologique de la prise de conscience par le résident d'une diminution de ses capacités, c'est la perturbation cognitive induite par ces changements qui entre en jeu. L'institution doit être à même de répondre à la perte d'autonomie d'un résident en anticipant avec justesse les moyens à allouer pour y répondre, non le contraire.

Lieu de vie	Lits	Localisation	Profils des résidents avant la répartition	Profils des résidents après la répartition
« Les Gentianes »	42	Les Gentianes - RDC	Peu dépendants et transférés au cas où	Peu dépendants à l'entrée, non transférés
« Lurçat »	38	CJV - Etage 2	UVP	TCC stables à l'entrée, non transférés
« Les Genêts »	38	CJV - Etage 2	Mixte (SMTI +)	Très dépendants
« Les Fougères »	26	CJV - RDC	Mixte	PHV à l'entrée, non transférés
« Les Bruyères »	48	CJV - Etage 1	Mixte	USLD
« UHR »	14	CJV - RDC	À venir	TCC instables
« PASA »	14	CJV - RDC	TCC	TCC stables

**Tableau synthétique d'affectation des lieux de vie par profils de résidents**

Réalisation : Alexandre BOITIER

§ Permettre aux populations et aux personnels de distinguer la Résidence et les lieux de vie du Centre Hospitalier §

#### A - Mettre à jour les noms de bâtiments

D'abord, il n'y a pas de raison particulière de donner des noms aux services sanitaires de moyen séjour. Pour bien différencier la Résidence des unités de moyen séjour :

- ne plus utiliser des dénominations : Picasso / Utrillo / Rodin
- utiliser les acronymes usuels : SSR, MPR, UCC

Ce point permet de mettre en exergue la mission sanitaire et temporaire des moyens séjours. Leur apposer un nom, c'est leur définir une notion de lieu de vie où les personnes demeurent.

Ensuite, en réponse à la signalétique des bâtiments dévolus à l'hébergement pour PA du CHHMA, afin de clarifier la situation:

- ne plus parler du Centre Jean Vignalou. Sur la base d'une réflexion systémique pouvant s'intégrer au schéma immobilier du CH, définir une lettre pour ce bâtiment (exemple : Bâtiment A) et une autre pour le groupe de bâtiments : Les Gentianes / Crèche / Internat (exemple : Bâtiment K)
- désigner les centres d'hébergement pour personnes âgées - USLD et lieux de vie de l'EHPAD des bâtiments A et K : « Résidence »

- attribuer un nom à la Résidence (exemple : Résidence du Lioran)

Sur ce point, cette « *nouvelle appellation n'a aucun caractère officiel, ni légal, mais présente bien des caractéristiques tout à fait exactes puisque les établissements d'hébergement ont d'abord et avant tout une vocation hôtelière.* »<sup>33</sup> À la lecture de l'annuaire de la Fédération Hospitalière de France, le terme de Résidence est peu usité par les EHPAD publics. Ce postulat est un point important vers lequel tendre, d'abord parce que le terme « maison de retraite » est surannée, ensuite parce l'acronyme « EHPAD » ne correspond pas à grand chose en soi en termes de lieu de vie, enfin parce que la notion de résidence produit une image laudative de l'établissement.

#### B - Mettre à jour les noms de lieu de vie

- pour les lieux de vie et services supports pour personnes âgées, mettre tout à plat :
  - pour l'UHR, trouver un nom
  - pour le PASA, trouver un nom
  - pour Lurçat, changer le nom pour le mettre en cohérence avec les autres lieux de vie
- envisager une refonte globale en trouvant des noms plus simples que des noms de plantes
- profiter de ce changement pour mettre en place une véritable participation sociale des usagers et créer une dynamique d'établissement avec la collaboration des personnels : groupes de réflexion, groupes de travail, votes, concours d'école pour la création d'un logo, ...

#### § Inscrire une identité médico-sociale avec une communication efficace §

Il est opportun d'utiliser tous les canaux possibles pour faire parler de la Résidence :

- articles dans le journal interne de l'hôpital
- conférence de presse pour des articles dans les journaux locaux (La montagne)
- inauguration avec invitation de personnalités

De même, à partir des décisions actées, de la participation sociale des résidents, de l'implication des résidents, il convient de finaliser le projet avec des panneaux signalétiques à l'entrée des bâtiments.

---

<sup>33</sup> BRAMI G. « Les paradoxes de l'évolution des EHPAD », page 57

## Bâtiment A

### RÉSIDENCE DU LIORAN

**Les Genêts - Lurçat** : 2<sup>ème</sup> étage

**Les Bruyères** : 1<sup>er</sup> étage

**Les Fougères - UHR - PASA** : rez-de-chaussée

### UNITÉS SANITAIRES DE MOYEN SÉJOUR

**Soins de Suite et de Réadaptation 1** : 2<sup>ème</sup> étage

**Médecine Physique et Réadaptation** : 3<sup>ème</sup> étage

**Unité Cognitivo-Comportementale** : 3<sup>ème</sup> étage

**Soins de Suite et de Réadaptation 2** : 3<sup>ème</sup> étage

**Plateau technique de réadaptation** : 1<sup>er</sup> étage

## Bâtiment K

### RÉSIDENCE DU LIORAN

**Les Gentianes** : rez-de-chaussée

### SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A

### DOMICILE

Niveau - 1 (entrée par l'arrière du bâtiment)

### Exemple de panneaux signalétiques à l'entrée des bâtiments

Réalisation : Alexandre BOITIER

#### § Poursuivre l'aménagement architectural §

Suite aux travaux d'humanisation dont la réalisation a été longue et complexe puisque la stratégie de départ a été de les réaliser par tranches, de nouveaux aménagements intérieurs sont à envisager :

- le rez-de-chaussée doit être un niveau dévolu à la rencontre collective. Pour ce faire, il est nécessaire de récupérer de la surface sur une partie des bureaux et sur les patios. Cela signifie qu'il faut installer un toit de verre sur la surface des patios et enlever les parois de verre qui les délimitaient au niveau des circulations.
- la salle appelée « chapelle » est désignée salle multi-activités. Des offices religieux y sont rendus mais elle sert tous les après-midis à des activités ou des animations.
- une cafeteria est installée pour que les résidents et leurs proches prennent leur goûter ensemble. Dans un EHPAD quimpérois, la première consommation était gratuite, les suivantes payantes à hauteur d'une somme modique.
- une salle de restaurant est aménagée pour que les résidents - souvent les plus autonomes - de chaque lieu de vie viennent déjeuner. En plus de créer du lien social, cela libère de la place dans les salles à manger des lieux de vie.
- un salon de coiffure et une épicerie sont installés.
- ...

### 3.2.2 à travers la consolidation de ce Projet de Résidence au sein même du Projet d'Établissement

§ Aller encore plus loin en intégrant l'EHPAD au sein d'un Pôle médico-social §

En 2017, en conclusion d'un Dialogue Stratégique et de Gestion entre la gouvernance élargie du CHHMA et l'ARS ARA, l'une des demandes des autorités de tarification et de financement étaient la redéfinition du périmètre des Pôles. Cet objectif systémique, axé non pas sur les seules entités médico-sociales mais sur l'ensemble de l'établissement, était d'en resserrer son pilotage et de tendre vers plus de performance. L'un des leviers était de diminuer les treize pôles actuellement en place en redéfinissant les périmètres de certains et en regroupant d'autres. Le sujet, ici, n'est pas de proposer une redéfinition de ces périmètres mais, en regard :

- des objectifs institutionnels d'accompagnement des résidents ou des usagers,
- d'un Pôle de gériatrie dont les différentes UF ont actuellement des enjeux dissemblables
- d'une mise en valeur de la partie non sanitaire de l'organisme gestionnaire, il semble pertinent d'envisager la création d'un Pôle médico-social regroupant, avec 235 lits d'hébergement permanent et 104 places<sup>34</sup> :
  - l'EHPAD : 157 lits
  - l'USLD : 48 lits (relevant du sanitaire mais dont le projet de vie prend du sens dans le médico-social)
  - le SSIAD : 54 places
  - la MAS : 30 lits
  - le CAMSP : 50 places

Bien que multi-sites, ce Pôle répond à différents enjeux, notamment celui d'une gouvernance centrée autour d' :

- un Directeur adjoint, sans aucune autre délégation fonctionnelle, dédié uniquement à l'organisation et à la gestion du Pôle, coordinateur de l'ensemble des directions fonctionnelles (DAF, DRH, DS, DAM, DALT) intervenant sur les ESMS.

Dans la mesure où celui-ci a la responsabilité de l'ensemble des établissements, et bien que cela ôte certaines prérogatives à d'autres directions fonctionnelles, il lui est adjoint des collaborateurs techniques :

- l'adjoint des cadres actuellement en charge des budgets annexes. Il garde ainsi une vision et un co-pouvoir décisionnaire sur les budgets annexes B, E2, N, P1 et

---

<sup>34</sup> soit 26 % de l'ensemble des lits du CHHMA

P2<sup>35</sup>. Cet agent a un bureau au sein de l'EHPAD et gère les autres budgets annexes au sein de la DAF un jour par semaine. La coordination entre le DESSMS et la DAF s'opère hebdomadairement à l'aide d'un reporting et l'ajustement éventuelle des orientations financières.

- un personnel RH est mis à disposition pour prendre en charge l'ensemble des éléments RH.

Cet agent est l'interlocuteur technique et le relais de la DRH au sein des ESMS. Il possède des connaissances et des compétences polyvalentes dans tous les domaines (gestion de carrière, formations, gestion de la paie), gère directement en partenariat avec les agents DRH spécialisés ou centralise les données en vue de les orienter vers ces agents, ce qui l'amène à être en contact quotidien avec les différents services centralisés. Il lui est également attribué la gestion de l'absentéisme et du remplacement, avec mise en place d'un pool de remplacement dédié au Pôle médico-social, grand pourvoyeur. L'avantage de cette gestion transversale du remplacement est la vue d'ensemble des lieux de vie et des possibles mutualisations, voire les possibilités de mobilité interne au long cours au sein du Pôle. Ainsi, en leur ôtant cette tâche chronovore actuellement gérée de façon cloisonnée par lieu de vie, les cadres de santé peuvent se recentrer sur leur cœur de métiers : l'accompagnement des équipes de soins au quotidien, la gestion de projets, la supervision, ...

- un Chef du Pôle médico-social, Praticien Hospitalier, qui coordonnerait l'ensemble des praticiens intervenant sur les ESMS (psychiatre pour la MAS et la gériatrie, pédiatre pour le CAMSP)

Sur le plan de la prise en soins, le poids du nombre amène à proposer un médecin, dans l'idéal gériatre. Spécialiste du grand âge, il n'en reste pas moins médecin somatique et a toute légitimité à intervenir sur la MAS, d'autant plus qu'il y a difficulté à trouver un somaticien dont le temps budgété, faible temps partiel, est peu attractif et oblige à un partage d'exercices.

Sur le plan de la coordination, il intervient également sur le SSIAD et, de façon plus distanciée, sur le CAMSP, domaine réservé du pédiatre.

- un cadre supérieur de santé avec des connaissances médico-sociales et une culture non hospitalière, manageant l'ensemble des cadres intervenant sur les lieux de vie et services

Pour ce faire, dans l'idée d'insuffler une dynamique probante, il semble inévitable de recourir d'emblée à des compétences spécifiques. Aussi, au même titre qu'il est nécessaire de nommer un Directeur du Pôle médico-social, il est tout aussi nécessaire de faire appel à un encadrement supérieur non issu du domaine sanitaire. S'il n'y a pas de doute à avoir d'un CSS à la culture hospitalière quant au respect des objectifs médico-

---

<sup>35</sup> Les budgets des ESSMS dits B (USLD), E2 (EHPAD), N (SSIAD), P1 (MAS), P2 (CAMSP) et les budgets C (IFSI/IFAS), A (DNA) et G (GHT) sont des budgets annexes du budget principal dit H (hôpital).



sociaux qui lui seraient confié, il peut y en avoir sur les capacités à être le relais d'une culture personnelle acquise à travers des expériences professionnelles. De plus, si le maintien d'un CSS dans un Pôle de gériatrie se justifiait par le regroupement d'UF du sanitaire et du médico-social, il en est autrement dans un Pôle médico-social.

§ Sacraliser un périmètre dédié à la Résidence, au sein même du Centre hospitalier §

Un lieu de vie s'entend comme la somme d'une habitation collective et d'un extérieur, dans lequel les usagers peuvent se promener. Pour un EHPAD, il s'agit d'un espace aménagé avec des sentiers facilitant la circulation des fauteuils roulants. Au CHHMA, des terrasses plus ou moins grandes sont aménagées par lieu de vie. Si elles sont intéressantes sur le plan de l'architecture et de l'accompagnement des résidents, elles ne s'inscrivent pas dans une identification spatiale globale et sécurisée de la Résidence. C'est à peu de choses près la même situation qu'au CH de Murat où l'USLD, au dernier étage du bâtiment, possède sa propre terrasse. Mais, s'il semble difficile d'améliorer les conditions de Murat, les espaces du Centre hospitalier proposent différents leviers rendant possibles ce qui ne l'est pas actuellement :

- bloquer l'accès routier au niveau du Centre Jean Vignalou (traits noirs sur le plan)
- aménager l'espace enherbé actuellement libre en parc pour :
  - un espace de promenade accessible à tous et dont l'objectif est d'aboutir à un parc, semblable à ceux que l'on peut trouver en ville
  - la mise en perspective de liens sociaux avec la rencontre de citoyens. Cet aménagement ne serait pas uniquement dédié aux personnes âgées mais bénéficierait aux patients de l'hôpital de jour de psychiatrie et aux enfants de la crèche

Cette proposition peut paraître difficile à mettre en œuvre, mais elle est audacieuse et répond aux besoins des publics. Elle demande une réflexion sur les solutions techniques à apporter, notamment en termes de circulation et de stationnements. A ce titre, au-delà d'une fermeture totale de la route - mesure radicale, s'il en est-, il est possible de maîtriser les accès, notamment avec l'installation de bornes à carte. Cette solution avantageuse permet le passage des véhicules sanitaires ou logistiques tout en maintenant un haut degré de sécurisation des circulations.

Cet aménagement a un coût d'investissement, notamment en termes de terrassement et d'aménagement. Mais, dans le cadre d'une amélioration du cadre de vie, des subventions sont à trouver. Pour l'aménagement paysager, il peut être fait appel à des écoles nationales de paysage qui sont toujours très intéressées par des projets collectifs d'aménagement. Ainsi, l'École Nationale Supérieure de la Nature et du Paysage de Blois participe, dans le cadre d'un partenariat à moindre coût, à des projets d'études. De

même, le recours au CAUE<sup>36</sup> du Cantal est un bon préalable pour définir les grandes orientations. Comme le Centre hospitalier est un tout, confronté, à l'instar de nombreux autres EPS, aux places de stationnement, il convient d'intégrer ce projet d'aménagement des espaces de la Résidence au schéma directeur immobilier.

### **3.3 Saisir l'opportunité du CPOM pour s'ouvrir sur l'extérieur**

Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est un outil permettant à travers la définition d'objectifs obligatoires et facultatifs d'amener l'établissement signataire à une qualité et une sécurité des soins et une qualité d'accompagnement. Pour ce faire, le CHHMA, en accord avec la DT 15 de l'ARS et le CD du Cantal, a choisi de mettre en œuvre 25 objectifs :

#### **Prévention et prise en charge des risques liés à la santé**

- Sensibiliser à la santé bucco-dentaire en disposant d'un processus de dépistage systématique
- Suivre les courbes de poids pour définir des mesures adaptées et correctrices
- Evaluer périodiquement et faire le suivi des résidents sous antalgiques avec des douleurs chroniques pour adapter la prise en charge thérapeutique
- Mettre en place des évaluations et une prise en charge des personnes faisant des chutes répétées
- Mettre en place des dispositifs pour identifier les signes de troubles cognitivo-comportementaux (TCC)

#### **Organisation et mise en œuvre de la gestion des risques**

- Elaborer une démarche de signalement interne par le recueil et l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables
- Conduire une évaluation du circuit du médicament et mettre en place un plan d'actions

#### **Personnalisation de l'accompagnement et des activités collectives et individuelles**

- Formaliser une procédure d'accueil personnalisée permettant une évaluation des potentialités, du niveau d'autonomie, des besoins de soins et d'hygiène corporelle et des risques psychologiques et/ou comportementaux
- Poursuivre la rédaction d'un projet d'animation proposant un panel d'activités variées et adaptées

---

<sup>36</sup> Un conseil d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement est un organisme associatif d'intérêt public ayant pour objectif de promouvoir la **qualité de l'architecture, de l'urbanisme et de l'environnement** dans le territoire départemental.

- Porter un projet d'EHPAD innovant et initiateur de vie et de lien social
- Généraliser à l'ensemble de l'EHPAD un service à l'assiette en privilégiant des prises de repas en salle à manger

### **Stratégie et pilotage RH**

- Mettre à jour le projet d'EHPAD en intégrant les spécificités de prise en charge des résidents ayant des maladies neurodégénératives et/ou autres pathologies prévalentes

### **Qualité de vie au travail et performance**

- Optimiser l'organisation des activités et la gestion quotidienne des accompagnements et des prises en charge
- Prévenir les risques psychosociaux et les risques liés au poste de travail

### **Anticipation des besoins quantitatifs et qualitatifs / Recrutement et remplacement du personnel**

- Adapter les expertises et les pratiques au besoin du public
- Adapter les niveaux de qualification et les diplômes au besoin du public
- Formaliser une politique d'intégration et d'adaptation à l'emploi

### **Accompagnement de fin de vie et coordination du parcours de soin**

- Assurer l'accès aux soins palliatifs
- Favoriser le recours à l'HAD

### **Maintien des liens sociaux**

- Développer les liens intergénérationnels
- Renforcer les échanges avec les partenaires de proximité (CLIC, SAD, Maison départementale, PTA)

### **Inscription de l'établissement dans la dynamique territoriale**

- Recomposer l'offre en faveur du répit
- Renforcer la collaboration avec les ESSMS du département
- Disposer d'éléments de comparaison pour faire évoluer le pilotage de l'établissement
- Contribuer à la fluidification du parcours des personnes âgées



## Conclusion

Sujet malaisé s'il en est que d'évoquer la difficile identité médico-sociale d'un EHPAD hospitalier car le thème peut porter à polémique si l'on s'attache à n'y voir qu'une critique à charge de la situation. Finalement, même si ce thème est malaisé à circonscrire tant il est global et généraliste, il m'a semblé évident de persévérer dans ma réflexion, comparant le mieux et le moins bien, le pire et l'acceptable et recherchant les leviers permettant d'améliorer la qualité et l'accompagnement des résidents.

Si ce travail s'est orienté à effectivement démontrer les failles d'une organisation, notamment l'absence d'une gouvernance établie comme l'élément essentiel du bon fonctionnement d'une entité, il n'a pas évoqué toutes les réussites, ni tous les « *bons coups* » comme disent les québécois, qui permettent de dire que l'accompagnement des résidents au sein de l'EHPAD/USLD du CHMA est bienveillant, adapté et sécurisant.

Mais le constat est là : l'hôpital, logiquement du fait de sa taille et de ses enjeux, organise un tout, sans prendre en compte la singularité des entités qui le composent. Parmi ces entités, les ESMS sont un ensemble dont les enjeux sont communs, tout au moins en regard du Code de l'action sociale et des familles dont ils font partie.

Régulièrement, au cours de mon stage, j'ai pu entendre que « *l'hôpital ne devrait pas gérer d'ESMS* », que « *cela ne faisait pas partie de son corps de métier.* » Véritable révolution conceptuelle de l'offre de soins où l'hôpital a toujours eu pour mission de secourir l'infirmes et l'indigent, ce point de vue fait écho à l'une des propositions du rapport Concertation Grand âge et autonomie qui préconise dans le chapitre Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience de « *Structurer une offre publique en envisageant le détachement administratif des EHPAD des plus grands centres hospitaliers et en regroupant progressivement les opérateurs.* »

Pour autant, je reste convaincu que des leviers sont possibles pour autonomiser un EHPAD hospitalier, de façon à ce qu'il puisse fonctionner comme un EHPAD de ville. Ce que préconise Dominique LIBAULT n'est rien moins que l'indépendance des EHPAD hospitaliers. Je n'en préconise que l'autonomie.



---

# Bibliographie

---

## Lois et règlements

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- 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 (1)
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- 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 établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

## Rapports et publications officiels

- DELATTRE A. / PAUL S. 2016. Rapport N° 2015-105R : Les unités de soins de longue durée (USLD). Inspection Générale des Affaires Sociales. 121 p. {en ligne}. {Consulté le 01 août 2019}.

Disponible à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf>

- MULLER M., Juillet 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études et Résultats, n°1015, DREES, 8 p. {en ligne}. {Consulté le 06 août 2019}.

Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

- MULLER M., Septembre 2017, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », Dossier de la DREES / N° 20, 22 p. {en ligne}. {Consulté le 05 août 2019}.

Disponible à l'adresse : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20\\_resultats\\_ehpa\\_2015.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf)

- ARS ARA, 2017, « Département du Cantal - Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale Volet Personnes Agées », 15 p. {en ligne}. {Consulté le 05 août 2019}.

Disponible à l'adresse : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/15%20-%20Etat%20des%20lieux%20PA.pdf>

- CNSA, Avril 2019, « La situation des EHPAD en 2017 », 57 p. {en ligne}. {Consulté le 10 août 2019}.

Disponible à l'adresse :

[https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_portrait\\_ehpad\\_2017\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf)

- Préambule Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006 - Constitution de l'Organisation mondiale de la santé

Disponible à l'adresse : [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)

- Assemblée nationale. Quinzième législature. Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Disponible à l'adresse : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i0769.pdf>

- ANAP - Les fiches actions une aide à la mise en oeuvre du projet / Fiche 13 : Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière

Disponible à l'adresse : <http://gestion-des-lits.anap.fr/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan/2053-fiche-13-structurer-une-filiere-de-prise-en-charge-intra-hospitaliere>

- Ministère des solidarités et de la santé - Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers / Lexique des parcours de A à Z Janvier 2016

Disponible à l'adresse :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

- LIBAULT Dominique. Mars 2019. Rapport Concertation Grand âge et autonomie. Ministère des solidarités et de la santé. 154 p. {en ligne}. {Consulté le 20 août 2019}.

Disponible à l'adresse : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

## **Livres**



- HEINRY Hervé, 2016, La fabrique du changement au quotidien, Paroles de directeurs, Presses de l'EHESP
- MIRAMON Jean-Marie, PEYRONNET Germaine, 2009, Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social, Éditions Seli Arslan
- JAEGER Marcel, 2012, L'articulation du sanitaire et du social, Éditions La Gazette Santé Social

### **Mémoires, travaux**

- BOITIER A., École des Hautes Études en Santé Publique, 2018, Vers une diversification de l'offre de soins des maintiens à domicile au Québec, Rapport de stage international, Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social, EHESP, 21 p. {en ligne}. {Consulté le 01 août 2019}.

Disponible à l'adresse :

[https://real.ehesp.fr/pluginfile.php/169687/mod\\_resource/content/1/BOITIER\\_Canada\\_DESSMS\\_18-19\\_Rapport.pdf](https://real.ehesp.fr/pluginfile.php/169687/mod_resource/content/1/BOITIER_Canada_DESSMS_18-19_Rapport.pdf)

- EUVRARD T., École des Hautes Études en Santé Publique, 2017, Quelle place pour une offre médico-sociale en établissement de santé mentale ? L'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (Rennes, Ille et Vilaine), Mémoire de fin de formation Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social, EHESP, 53 p.

Disponible à l'adresse :

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/dessms/Thibault%20EUVRARD.pdf>

### **Articles**

- BRÉCHAT P.-H. et al., 2008, « Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007 », Santé Publique, vol. 20, n°6, pp. 611-621.
- BRUNELLE Y., janvier-mars 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », Pratiques et Organisation des Soins, volume 40, n° 1, pp. 39-48

Disponible à l'adresse :

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Les\\_hopitaux\\_magnetiques.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Les_hopitaux_magnetiques.pdf)

- BRAMI G., 2013, « Les paradoxes de l'évolution des EHPAD », Empan, vol. 91, no. 3, 2013, pp. 56-61.

Disponible à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-empan-2013-3-page-56.htm?contenu=article>

- QUEGUINER T., 2019, « La réduction du nombre d'USLD à l'AP-HP sera compensée à l'identique en lits d'EHPAD », Hospimedia, 13 mai 2019

Disponible à l'adresse (sous couvert d'être abonné):

<https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190513-offre-medico-sociale>

### **Vidéos**

- Le point de vue sur la fusion du CHMB par Josiane BETTLER, Directrice

Disponible à l'adresse : <http://www.chmarchesdebretagne.fr/fusion-chmb-josiane-bettler-directrice/>

### **Site Internet**

- [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/30/ehpad-etat-des-lieux-de-l-accueil-des-personnes-agees-sur-le-territoire\\_5249304\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/30/ehpad-etat-des-lieux-de-l-accueil-des-personnes-agees-sur-le-territoire_5249304_4355770.html)
- <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>
- <http://gestion-des-lits.anap.fr/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan/2053-fiche-13-structurer-une-filiere-de-prise-en-charge-intra-hospitaliere>
- <http://www.fncaue.com/administrations-et-services-de-letat-votre-caue-vous-aide/>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Liste récapitulative des entretiens et des rencontres professionnelles**

**Annexe 2 : Trame du questionnaire pour les entretiens semi-directifs**

**Annexe 3 : Offre médico-sociale des hébergements pour personnes âgées sur le territoire du Cantal**

**Annexe 4 : Données PMSI du CHHMA**

## Annexe 1 : Liste récapitulative des entretiens et des rencontres professionnelles

### Directions du Centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac

- M Pascal TARRISSON, Directeur Général
- Me Marie-Pierre CUTAJAR, Directrice des affaires médicales, de la communication et de la filière gériatrique
- Me Séverine MORIN, Directrice des finances, de la clientèle et de l'information médicale
- Me Fabienne LAUZE, Directrice des ressources humaines
- M Benoît LAUZE, Directeur des achats, de la logistique et des travaux
- M Pierre MOSSE, Directeur de la qualité, des affaires générales et de la coordination du GHT
- M Marc ANTONELLO, Directeur des Soins

### Entretiens téléphoniques

- Me Josiane BETTLER, Directrice de la politique gériatrique du Centre hospitalier régional universitaire de Brest
- Me Karelle HERMENIER, Directrice adjointe en charge des résidences pour personnes âgées du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille de Quimper
- Me Cathy LEROY, Directrice adjointe en charge du département des personnes âgées du Centre hospitalier de Blois

### Rencontres dans le cadre de l'évaluation interne

DATE	HORAIRE	THEMES	Membres du COPIL	Membres des groupes de travail
29/11/18	09H00-16H00	SDPA	Alexandre BOITIER - EDESSMS Monique DELL ISOLA - Cadre de Santé Delphine ROUSSET - Cadre de Santé Agostina ROUSSET - Cadre de Santé Edith CURNIL - Cadre de	Carole JOUVENEL - IDE Les Fougères Florian LAVEISSIERE - IDE Les Genêts Véronique DAVANT - AS Les Fougères Vincent BOS - ASH Les Genêts Fatou BURLE - ASH Les

			Santé	Bruyères Célia GODEFFROY - Ergothérapeute
30/11/18	09H00- 16H00	RDL	Alexandre BOITIER - EDESSMS Monique DELL ISOLA - Cadre de Santé Delphine ROUSSET - Cadre de Santé Agostina ROUSSET - Cadre de Santé Edith CURNIL - Cadre de Santé	Marie CAUMON - IDE Les Genêts Rachel RAYMOND - IDE Les Bruyères Evelyne CHAMBON - AS Lurçat Carole COUBETERGUE - AS Les Bruyères Céline BOUDON - ASH Les Fougères Marie-France MOLINA - Animatrice
11/12/18	09H00- 12H30	EAQ	Alexandre BOITIER - EDESSMS Monique DELL ISOLA - Cadre de Santé Delphine ROUSSET - Cadre de Santé Agostina ROUSSET - Cadre de Santé Edith CURNIL - Cadre de Santé Pierre MOSSE - Directeur des Affaires Générales, de la Qualité et de la coordination du GHT	Fabrice LE FLOCH - Ingénieur Qualité
11/12/18	14H00- 16H00	RDL	Alexandre BOITIER - EDESSMS Monique DELL ISOLA - Cadre de Santé Delphine ROUSSET - Cadre de Santé Agostina ROUSSET - Cadre de Santé	Marie CAUMON - IDE Les Genêts Rachel RAYMOND - IDE Les Bruyères Evelyne CHAMBON - AS Lurçat Carole COUBETERGUE - AS Les Bruyères

			Edith CURNIL - Cadre de Santé	Céline BOUDON - ASH Les Fougères Marie-France MOLINA - Animatrice
12/12/18	14H00-16H00	PDA	Alexandre BOITIER - EDESSMS Monique DELL ISOLA - Cadre de Santé Delphine ROUSSET - Cadre de Santé Agostina ROUSSET - Cadre de Santé Edith CURNIL - Cadre de Santé	Alexandra PELAT - IDE Les Genêts Martine AMBLARD - AS Les Genêts Charlotte CASTAN - IDE BRUYERES Nadine AUDOUIN - AS Les Fougères Célia GODEFFROY - Ergothérapeute Marie-France MOLINA - Animatrice

#### Rencontres dans le cadre de l'audit organisationnel

**Premier jour : 21/01/2019 après-midi**  
**1<sup>er</sup> Consultant : L. JARY**

Horaires	Durée	Objet	Thème à aborder plus spécifiquement	Public rencontré	Noms	Service / Adresse
12H15 – 13H15	1 H	Déjeuner	Accueil et cadrage de la mission Méthodologie et attendus	Direction / CSS	MPC / AB / EC	
13h30 - 14h00	30 min	Entretien	Concept d'Humanitude	Ergothérapeute	Célia GODEFFROY	CJV
14h00 – 14h30	30 min	Entretien	Apport de l'APA / Vision	Enseignant APA	Alexandre FROMENT	CJV
14h30 - 15h15	45 min	Entretien	Délégation et collaboration	AS CJV	Carole COUTEBERGUE	Les Bruyères
15h15 - 16h00	45 min	Entretien	Organisation et ambiance du travail	ASH CJV	Céline BOUDON	Les Fougères
16h00 – 16h45	45 min	Entretien	Mission et positionnement de l'IDE en EHPAD	IDE CJV	Rachel RAYMOND	Les Bruyères
16h45 – 17h00	15 min	Pause				
17h00 - 18h00	1 H	Entretien	Organisation et fonctionnement CJV / futur UHR	CS CJV	Delphine ROUSSET	CJV
18h00 - 19h30	1 H 30	Observation		Observations dans les services		
19H30 – 20H30	1H	Pause				
20h30 -	30	Entretien	Regard sur le travail IDE nuit	IDE de nuit CJV	Danièle	Les

21h00	min		en EHPAD		GAILLAC	Genêts
21h00 – 21h30	30 min	Observation	Transmissions Soir-Nuit	Equipes du soir et de nuit CJV		
21h30 – 22h00	30 min	Observation	Début du travail de nuit	Equipe de nuit CJV		

**Premier jour : 21/01/2019 après-midi**

**2<sup>ème</sup> Consultant : M. BATAILLE**

Horaires	Durée	Objet	Thème à aborder plus spécifiquement	Public rencontré	Noms	Service / Adresse
12H15 – 13H15	1 H	Déjeuner	Accueil et cadrage de la mission Méthodologie et attendus	Direction / CSS	MPC / AB / EC	
13h30 – 14h00	30 min	Entretien	Les régimes / Le jeun nocturne	Diététicienne	Caroline LADAURADE	CJV
14h00 – 14h45	45 min	Entretien	Glissement des pratiques	ASH Les Gentianes	Béatrice GIBERT	Les Gentianes
14h45 – 15h15	30 min	Entretien	Mesures de protection juridique	Assistante sociale	Laetitia CHASSANG	CJV
15h15 – 16h00	45 min	Entretien	Absence de l'IDE	AS Les Gentianes	Emmanuelle GROS	Les Gentianes
16h00 – 16h45	45 min	Entretien	Mission et positionnement de l'IDE en EHPAD	IDE Les Gentianes	Nathalie SAINTANGEL	Les Gentianes
16h45 – 17h00	15 min	Pause				
17h00 – 18h00	1 H	Entretien	Organisation et fonctionnement Les Gentianes / PASA / Association	CS Les Gentianes	Monique DELL'ISOLA	Les Gentianes
18h00 – 19h30	1 H 30	Observation		Observations dans les services		
19H30 – 20H30	1 H	Dîner				
20h30 – 21h00	30 min	Entretien	L'isolement du travail de nuit	AS de nuit Les Gentianes	Josiane FRESQUET	Les Gentianes
21h00 – 21h30	30 min	Observation	Transmissions Soir-Nuit	Equipes du soir et de nuit Les Gentianes		
21h30 – 22h00	30 min	Observation	Début du travail de nuit	AS de nuit		

**Deuxième jour : 22/01/2019 journée**

**1<sup>er</sup> Consultant : L. JARY**

Horaires	Durée	Objet	Thème à aborder plus spécifiquement	Public rencontré	Noms	Service / Adresse
7h50 – 8h25	35 min	Observation	Petit-déjeuner et ambiance	Services CJV		
8h25 – 9H05	40 min	Entretien	Organisation de l'animation au CJV / AMP	Animatrice CJV	Sophie GAILLARD	CJV
9h05 – 9h35	30 min	Entretien	Organisation du médicament	IDE de journée CJV	Alexandra PELAT	CJV
9h35 – 10h05	30 min	Entretien	Situation de recrutement des kinés	AS aide à la marche	Josiane LE GOFFE	CJV

10h05 - 10h45	40 min	Entretien	Procédure d'accueil	CS Plateforme de coord. géront.	Agostina ROUSSET	CJV
<b>10h45 - 11h00</b>	<b>15 min</b>	<b>Pause</b>				
11h00 - 12h00	1 H	Entretien	Vision à court, moyen, long terme / UHR	CSS du Pôle gériatrie	Edith COURNIL	CJV
12h00 - 12h45	45 min	Observation	Circuit du médicament et prise du repas	Services CJV		
<b>12h45 - 13h45</b>	<b>1 H</b>	<b>Déjeuner</b>				
13h45 - 14h15	30 min	Observation	Transmissions Matin-Soir	Equipes du matin et du soir du CJV		
14h15 - 15h00	45 min	Entretien	Effectifs soignants	Binôme d'AS	Claudine VIDALENC Sarah GRAISSAGUEL	Lurçat Les Bruyères
15h00 - 15h45	45 min	Entretien	La vie au CJV	Résidente	Me VALT	Les Genêts
15h45 - 16h30	45 min	Entretien	Organisation du CVS	Président du CVS	Yves RAOUL	37, bvd Antony Joly
16h30 - 17h00	30 min	Bilan	Bref rapport d'étonnement oral	Direction / CSS / Médecin	MPC / AB / EC / JPM / Toutes les CS	

**Deuxième jour : 22/01/2019 journée**

**2<sup>ème</sup> Consultant : M. BATAILLE**

Horaires	Durée	Objet	Thème à aborder plus spécifiquement	Public rencontré	Noms	Service / Adresse
7h50 - 8h25	35 min	Observation	Petit-déjeuner et ambiance	Les Gentianes +/- CJV		
8h25 - 9h05	40 min	Entretien	Organisation de l'animation aux Gentianes	Animatrice Les Gentianes	Marie-France MOLINA	Les Gentianes
9h05 - 9h35	30 min	Entretien	Gestion des places et horaires d'ouverture	ASG PASA	Isabelle FREGEAC	PASA
9h35 - 10h05	30 min	Entretien	Organisation pérenne TLJ / Jeun nocturne	AS hôtelière	Nadine AUDOUIN	Les Fougères
10h05 - 10h45	40 min	Entretien	Recrutement kiné / Organisation de la rééducation	CS paramédicaux supports	Régine DALMAYRAC	CJV
<b>10h45 - 11h00</b>	<b>15 min</b>	<b>Pause</b>				
11h00 - 12h00	1 H	Entretien	Organisation et procédure médicale	Médecin coordonnateur	Jean-Phil. MARCHADOU	CJV
12h00 - 12h45	45 min	Observation	Circuit du médicament et prise du repas	Les Gentianes +/- CJV		
<b>12h45 - 13h45</b>	<b>1 H</b>	<b>Déjeuner</b>				
13h45 - 14h15	30 min	Observation	Transmissions Matin-Soir	Equipes du matin et du soir Les Gentianes		
14h15 - 15h00	45 min	Entretien	Cloisonnement des services	Binôme d'AS	Amandine SUC Claudine	Les Genêts Les

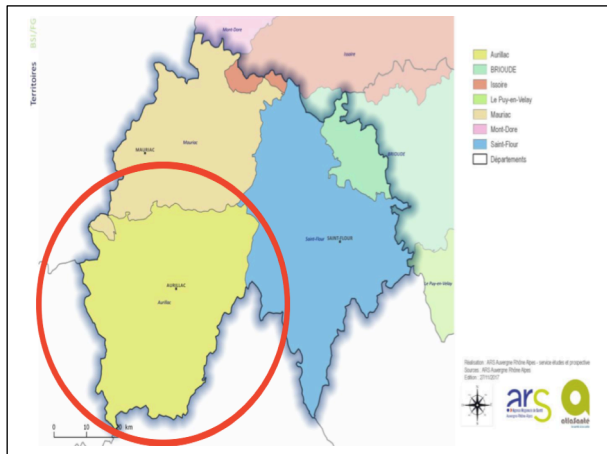


					BLANC	Fougères
15h00 - 15h45	45 min	Entretien	La vie aux Gentianes	Résidente	Me LUMEAU	Les Gentianes
15h45 - 16h30	45 min	Entretien	Impression d'une famille sur les Gentianes	Famille	Me GAZAL	60, rue JS Bach - A
16h30 - 17h00	30 min	Bilan	Bref rapport d'étonnement oral	Direction / CSS / Médecin	MPC / AB / EC / JPM / Toutes les CS	

## **Annexe 2 : Trame du questionnaire pour les entretiens semi-directifs**

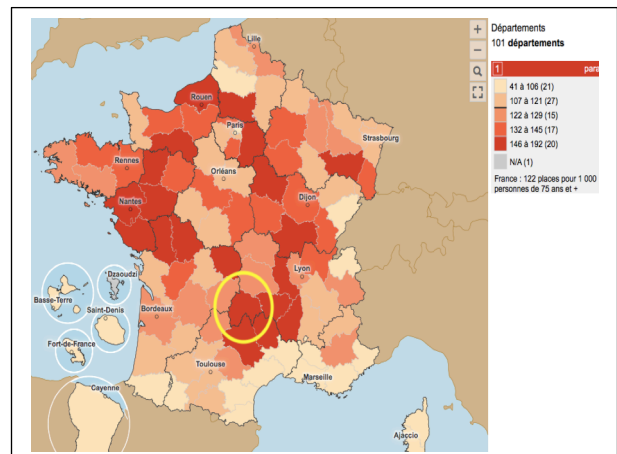
- Pouvez-vous vous présenter ? Et présenter votre déroulé de carrière ?
- Pouvez-vous présenter l'établissement dans lequel vous exercez ?
- Comment est organisé le secteur gériatrique au sein de votre établissement ?
- Quel sens prennent pour vous les termes « Lieu de vie » ? « Lieu de soins » ?
- Quels sont les avantages d'un EHPAD à être adossé à un Centre hospitalier ? Les inconvénients ?
- Du fait de sa transversalité, comment s'opère l'articulation des missions de directeur du secteur des personnes âgées à celles de ses collègues directeurs fonctionnels ?
- Quelle est votre place au sein de l'organigramme de direction ?
- Quelle est le périmètre de vos délégations de signature et de vos missions ?
- Quels leviers avez-vous pour apporter une culture médico-sociale aux ESMS que vous gérez ?

## Annexe 3 : Offre médico-sociale des hébergements pour personnes âgées sur le territoire du Cantal

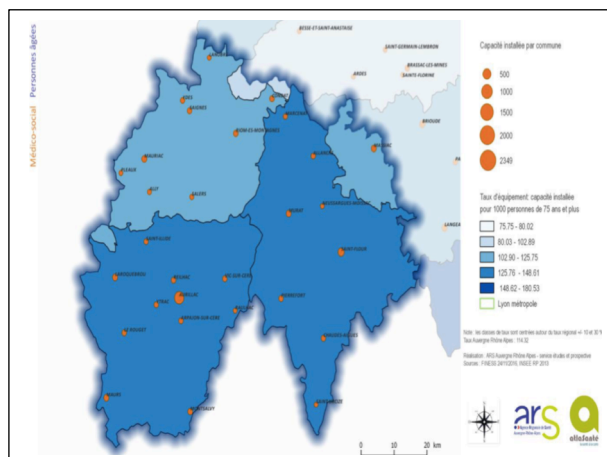


**1-a - Carte des territoires de parcours et de coopération  
Département du Cantal**

Réalisation : ARS ARA - services études et prospective  
Source : ARS ARA / Édition : 27/11/2017



**1-b - Taux d'équipement en places d'hébergement pour  
pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus**  
Source : Observatoire des territoires



**1-c - Taux d'équipement en héb. permanent médicalisé selon  
la capacité installée pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +  
Département du Cantal**

Réalisation : ARS ARA - service études et prospective  
Source : FINESS 24/11/2016 INSEE RP 2013

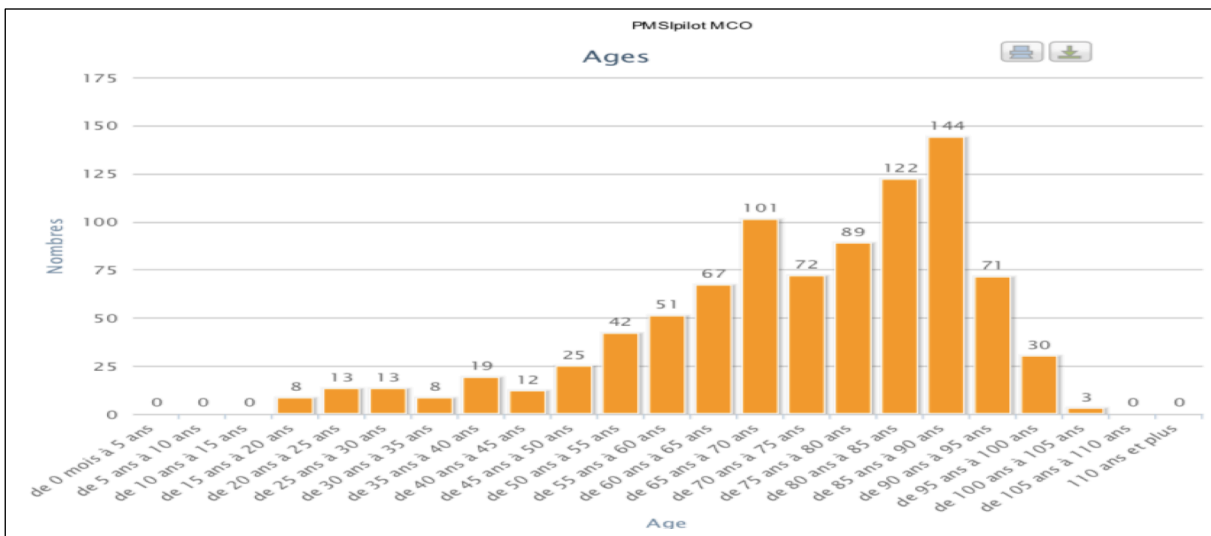
Statut juridique	Nombre d'EHPAD	Capacités totales ...	... dont HP	... dont HT	... dont AJ
FP territoriale	6	515	486	14	15**
FP hospitalière	3	354	337	5	12
Privés à but non lucratif	7	502	490	6	6
Privés lucratifs	2	196	178	12	6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>1567</b>	<b>1491</b>	<b>37</b>	<b>39</b>

**1-d - Répartition des places d'EHPAD selon le statut juridique de la structure**

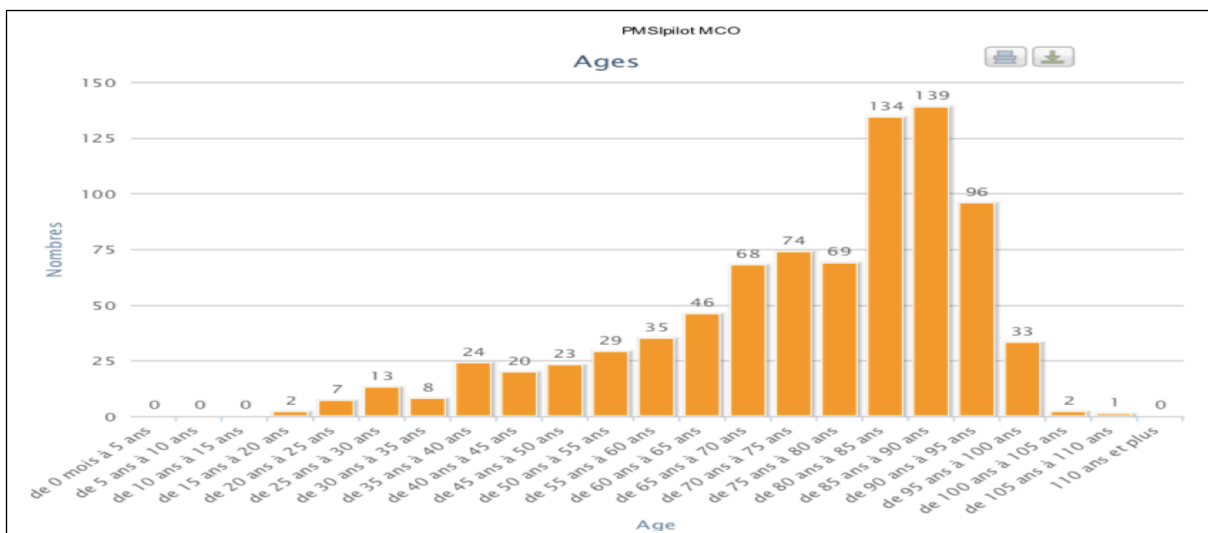
Réalisation : Alexandre BOITIER / Source : DT ARS du Cantal

\*\* L'accueil de jour est réalisé dans une structure indépendante, non hébergeante

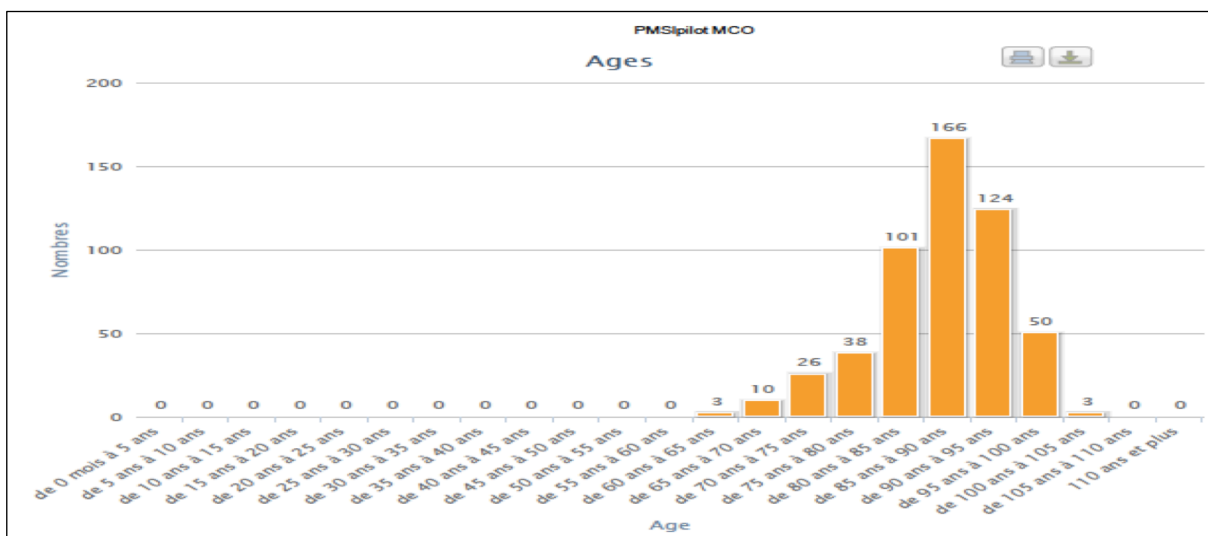
## Annexe 4 : Données PMSI du CHHMA



**Pyramide des âges des patients - Médecine interne / CHHMA - Année 2018**  
Source : DIM CHHMA - Dr BREYSSSE



**Pyramide des âges des patients - Médecine polyvalente / CHHMA - Année 2018**  
Source : DIM CHHMA - Dr BREYSSSE



**Pyramide des âges des patients - Médecine aiguë gériatrique / CHHMA - Année 2018**  
Source : DIM CHHMA - Dr BREYSSSE

BOITIER

Alexandre

Octobre 2019

**Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social**  
Promotion Amartya SEN (2018-2019)

**Lieu de vie, lieu de soins : la difficile identité  
médico-sociale d'un EHPAD « hospitalier »**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : École des Hautes Études en Santé Publique

**Résumé :**

Comme de nombreux établissements publics de santé, la Centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac est en charge de 2 établissements et 2 services sociaux et médico-sociaux. Parmi eux, l'EHPAD est une entité intégrée au sein du Pôle de gériatrie. Mixant les types de séjour (court séjour, moyen séjour, séjour long) et les réglementations juridiques (CSP pour le domaine sanitaire, CASF pour le domaine médico-social), ce Pôle est un amalgame de services et de lieux de vie regroupés autour d'une filière gériatrique.

Pour autant, les enjeux entre une médecine aigüe gériatrique, une unité cognitivo-comportementale et un lieu de vie d'EHPAD ne sont pas les mêmes et ne sauraient justifier le regroupement d'un âge de population au sein d'un même pôle. Dans cette construction, l'EHPAD hospitalier tire difficilement son épingle du jeu car les organisations ne lui laissent pas suffisamment d'autonomie. Les lieux de vie sont considérés comme des services annexes de l'hôpital et sa singularité n'est que peu prise en compte, faute d'une identité médico-sociale prégnante.

En réponse à cette situation, préconiser comme le fait le rapport Libault l'indépendance administrative des ESMS en les détachant de la tutelle des hôpitaux ne semble pas la solution. Des leviers existent pour faciliter l'autonomisation de gestion de la structure et le premier d'entre eux consiste à installer une gouvernance administrative de proximité et à consolider la gouvernance médico-soignante pour faire émerger, sur la base d'axes stratégiques solides et d'un réel Projet de Résidence, une identité médico-sociale à part entière. Dans le cadre d'un projet systémique, il serait même intéressant de créer un Pôle médico-social.

**Mots clés :**

EHPAD, USLD, Projet d'établissement, Projet de Résidence, gouvernance, décloisonnement, autonomisation, parcours, filière, gériatrie, CPOM

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