Filière des directeurs d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **décembre 2024**

Le devenir des filières gériatriques : comment redynamiser le secteur à l'heure d'une évolution majeure de l'accompagnement du grand âge.

Exemple de la filière gériatrique du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont (62)

Louise DETEVE

Remerciements

Ce mémoire est le fruit de nombreux mois de recherches et de réflexions, en très grande partie menées lors du stage de professionnalisation de ma formation de directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social. Le sujet de ce mémoire est né d'appétences personnelles et de constats de terrain effectués auprès des équipes de professionnels exerçant au sein des Hôpitaux Publics de l'Artois (HPA), et en particulier au sein du centre hospitalier d'Hénin-Beaumont et du centre hospitalier de Lens.

Dans ce cadre, je remercie avec la plus grande sincérité Monsieur Bruno Donius, directeur général des HPA, pour m'avoir accueilli en stage au sein de ces structures et pour m'avoir permis de participer à de nombreuses instances, réunions et projets. Ce mémoire n'aurait pu être aussi abouti sans ces opportunités.

Madame Anne-Sophie Delhaye, ma maître de stage, a été, tout au long de ces huit mois et demi de stage, une source de conseils et de soutien sans faille. Dès le début, elle a su m'offrir des éclairages précieux sur les orientations de mon mémoire, sur les outils qu'il m'était possible de déployer, ou encore sur les interlocuteurs que je pouvais solliciter. En me permettant de contribuer à l'intégralité de ses missions de directrice référente du pôle rééducation-gériatrie, elle a enrichi considérablement ma réflexion.

L'ensemble des données collectées n'auraient pu l'être sans la réactivité et la disponibilité de l'ensemble des professionnels des HPA. Sollicité régulièrement, chacun d'eux a su se rendre disponible et m'apporter des éléments qualitatifs ou quantitatifs qui ont alimenté la présente recherche.

De même, je remercie grandement les professionnels du Dispositif d'Appui à la Coordination de l'Artois (DAC) pour avoir répondu à ma sollicitation d'entretien et pour avoir pris le temps d'échanger autour des interrogations que je leur ai formulées.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement l'ensemble de mes proches, famille et amis, pour les heures passées à m'écouter parler de mon mémoire, pour la diffusion de mon questionnaire de recherche, ou simplement pour les relectures particulièrement fastidieuses en fin d'écriture. Ce mémoire serait sans aucun doute plus fade sans leurs interventions respectives.

Sommaire

Introduction 1
1 Une approche méthodologique complète au service d'une réflexion vaste 5
2 La filière gériatrique : une réponse adéquate à des besoins qui ont aujourd'hui, évolué 9
2.1 La filière gériatrique est une construction datant de 2002 et qui a permis de structurer les services et établissements en charge des publics âgés 9
2.1.1 L'organisation des services en filière a été le moyen de favoriser une prise en charge coordonnée autour de la personne âgée 9
2.1.2 La filière interne du CHHB et la filière gériatrique de territoire Lens-Hénin, deux réalités répondant aux mêmes besoins, témoins de la nécessité de structurer la prise en charge des personnes âgées sur un même territoire 11
2.2 Les besoins et attentes des personnes âgées ont évolué 12
2.2.1 Une population âgée en augmentation constante, mais dont les indicateurs de santé ont évolué 12
2.2.2 Une nécessaire refonte de l'offre existante en termes d'accueil des publics âgés, en lien avec les évolutions sociétales et avec certains évènements marquants 14
2.3 De nouveaux dispositifs sont venus enrichir l'offre existante et s'avèrent plus adaptés aux attentes des individus 16
2.3.1 Le soin à domicile représente un objectif pour les usagers, et un investissement gouvernemental important, mais reste toutefois imparfait dans sa forme actuelle 16
2.3.2 L'engagement des pouvoirs publics en faveur de la prise en charge à domicile ne peut s'effectuer sans penser l'articulation de ces services avec les structures existantes 17
3 Entre événements atypiques et évolutions structurelles des besoins, l'analyse des difficultés actuelles des filières gériatriques oblige à envisager des changements pour l'avenir 19
3.1 Les conséquences de la crise de la Covid-19 sur les services des filières gériatriques ont été variables mais se sont également révélés parfois durables 19
3.1.1 Certains services ont connu, au moment de la crise de la Covid-19, un essor de leur efficacité et de leur réactivité, preuve d'un certain savoir-faire au sein des filières gériatriques 19
3.1.2 La Covid-19 a également mis en lumière les limites et les difficultés de certains segments de la filière gériatrique, en particulier sur son versant médico-social 20
3.2 L'après-Covid a été marqué par d'autres difficultés, qui ont amplifié les difficultés des services gériatriques 21
3.2.1 Affaiblis par la Covid-19, les EHPADs ont eu à surmonter une nouvelle crise avec les révélations parues dans le livre de Victor Castanet 22
3.2.2 La crise de la Covid-19 a exacerbé les difficultés d'attractivité des métiers du grand âge, tant au niveau médical que paramédical 24
3.3 Aujourd'hui, les difficultés à remonter les taux d'occupation mettent en lumière les attentes des personnes âgées et les points d'amélioration de l'administration 25

3.3.1 En 2024, questionner la population permet de démontrer que les attentes des individus ont évolué et se montrent parfois paradoxales 26

3.3.2 Le déficit d'attractivité des services gériatriques oblige aussi à questionner le mode de gouvernance et de management de ces services 27

4 Le rôle du directeur dans la reconfiguration de l'offre gériatrique de son établissement…. 30

4.1 Questionner la pertinence de l'offre au regard des besoins de la société est à la fois une nécessité et une opportunité 30

4.1.1 Chaque service en difficulté sur une période significative doit conduire à un questionnement sur la pertinence de son activité et de son organisation 30

4.1.2 Face aux difficultés, le directeur doit communiquer, manager et remettre en question son action et celle de ses équipes 32

4.2 Un travail de fond à mener avec les autorités de tutelle afin d'opérer une adéquation entre l'offre et la demande, tout en s'assurant d'avoir les moyens nécessaires à la mise en œuvre des soins et prises en charge 34

4.2.1 Si les difficultés des services de la filière gériatrique sont liées à de nombreux facteurs, il s'agit cependant de ne pas négliger le rôle des autorités de tutelle 34

4.2.2 Le directeur dispose par ailleurs de peu de moyens pour expérimenter une transformation de son offre 36

4.3 Des réflexions plus générales à mener en concertation afin de transformer intelligemment le fonctionnement des filières gériatriques 37

4.3.1 Comment rendre les services médico-sociaux attractifs au regard de leur prix et des autres services d'accompagnement existants 37

4.3.2 Se servir des filières gériatriques interne et de territoire afin d'expérimenter un usage « libre » des structures existantes par les résidents 39

Conclusion 41
Bibliographie 43
Annexes I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de Longue Durée
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATC : Autorité de Tarification et de Contrôle
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHHB : Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CR3PA : Centre Ressource en Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Agée
CSG : Court Séjour Gériatrique
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DAJ : Direction des Affaires Juridiques
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESSMS : Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
HDF : Hauts-de-France
HPA : Hôpitaux Publics de l'Artois
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMCT : Poids Moyen du Cas Traité
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PRS : Projet Régional de Santé
SAD : Service Autonomie à Domicile
SMR : Service de Soins Médicaux et de Réadaptation
SPASAD : Services Polyvalents d'Aides et de Soins à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Service de Soins de Suite et de Rééducation
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UDCCAS : Union Départementale des CCAS
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USCP : Unités de Soins Complexes Programmés
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
UVA : Unité de Vie Alzheimer
UVS : Unité de Vie Sécurisée

Introduction

Selon les professionnels du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont (CHHB), « *l'EHPAD (*Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) *d'aujourd'hui [serait] semblable à l'USLD (*Unité de Soins de Longue Durée*) d'il y a dix ans* ». Les profils accueillis en EHPAD auraient donc évolué vers une perte d'autonomie conséquente et un niveau de dépendance important, faisant qu'il serait aujourd'hui possible de comparer ces profils à ceux qui relevaient, il y a quelques années, des profils accueillis en Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Révélateur de changements au sein de notre société et de l'accompagnement proposé pour les personnes âgées, ce témoignage peut conduire à se questionner sur l'accompagnement qui existe pour nos aînés aujourd'hui : les structures sont-elles adaptées aux besoins sociétaux et médicaux ? L'accompagnement proposé est-il adapté ? Le nombre de structure est-il suffisant ?

Comprendre l'évolution des profils et des attentes sociétales ne peut s'effectuer sans conduire cette réflexion en lien avec l'ensemble des services et des structures gériatriques. En effet, le patient puis le résident s'inscrit en général dans un parcours de soins qui ne peut se comprendre qu'en analysant toute la prise en charge. L'offre de soins disponible en gériatrie est vaste et se décompose en deux champs, d'abord le volet sanitaire : consultations, hospitalisation de courte durée en gériatrie, Services Médicaux et de Réadaptation (SMR) ; puis le volet médico-social : EHPAD comprenant notamment les Unités de Vie Alzheimer (UVA), les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), l'accueil de jour et l'hébergement permanent, et les USLD. Il existe en France un concept permettant de relier l'ensemble de ces services et structures : les filières gériatriques. En effet, « *la trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins* » (AP-HP, DAJ, 2002) selon la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, premier texte règlementaire mentionnant la filière gériatrique.

Afin d'ancrer les réflexions qui suivent dans le contexte national, il convient d'en présenter les contours. Il existe aujourd'hui deux types de filières gériatriques en France : les filières internes aux centres hospitaliers, et les filières gériatriques de territoire portées et développées par les Agences Régionales de Santé (ARS). A titre d'exemple, les Hauts-de-France compte aujourd'hui vingt-quatre filières gériatriques de territoire (CR3PA, 2024), qui s'ajoutent aux offres gériatriques internes des établissements. En 2017, la France comptait 475 services de courts séjours gériatriques (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). En 2016, les SSR (Services de Soins de Suite et de Réadaptation) spécialisés pour les personnes âgées polypathologiques avec perte d'autonomie représentaient 20% de l'offre de SSR, soit 24000 lits et places (DREES, 2020). En 2019, selon une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la France comptait 31051 places d'USLD et 611673 places d'EHPAD (public et privé confondus). Le nombre d'USLD n'a fait que baisser depuis 2003, date à laquelle il était recensé 1044 établissements de ce type, contre seulement 592 en 2019. La DREES souligne par ailleurs dans cette étude l'augmentation globale du nombre de places d'hébergement pour personnes âgées entre 2015 et 2019 (+2%). Il est par ailleurs souligné une hausse de la dépendance des résidents accueillis en EHPAD entre 2011 et 2015, mesurée grâce au GIR Moyen Pondéré (GMP). Les Groupes Iso-ressources (GIR) permettent de connaître le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée, sur une échelle allant de 1 à 6 (1 correspondant à la perte d'autonomie la plus élevée). Enfin, l'âge moyen des résidents en EHPAD a également augmenté entre 2011 et 2015, ce qui corrobore les constats établis jusqu'ici.

Etudier ces éléments oblige également à prendre en compte les difficultés d'attractivité du secteur gériatrique en général. Ces difficultés se rencontrent à deux niveaux distincts. En premier lieu, les structures médico-sociales accueillant un public âgé dépendant peinent de plus en plus à attirer le public auquel elles sont destinées. Suite notamment à la crise du Covid-19 et aux révélations du livre Les Fossoyeurs de Victor Castanet, qui dépeint l'organisation défaillante de certains établissements de type EHPAD, il existe une certaine réticence à entrer en établissement ou à y placer un proche. En parallèle, des alternatives à l'institutionnalisation se sont développées, notamment grâce au développement des services de soins à domicile, permettant un maintien « *chez soi* » le plus longtemps possible. « *Un sondage réalisé par Odoxa en mai 2021 soulignait que 80 % des Français attendent que les politiques publiques incitent au maintien à domicile, une volonté de plus en plus marquée avec l'âge (92 % chez les 65 ans et plus)* » (Ministère du Travail, des Solidarités et de la Santé, 2022). Dans ce contexte, le gouvernement a d'ailleurs engagé une réforme autour des services de soins à domicile afin de clarifier et de simplifier l'offre existante en créant les Services Autonomie à Domicile (SAD), résultat de la fusion et/ou du rapprochement des services existants. Développer ces services induit nécessairement des conséquences pour les structures médico-sociales, qui n'apparaissent désormais adaptées que pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible et qui sont donc dans un état de dépendance ou de perte d'autonomie avancé. Les résidents entrent en EHPAD de plus en plus tard et dans un état de plus en plus dégradé.

En second lieu, le secteur gériatrique souffre également d'un déficit d'attractivité au niveau des professionnels. La gériatrie, « *spécialité médicale dédiée à l'étude et au traitement des maladies liées au vieillissement* » (ELSAN, 2024), fait partie des six spécialités médicales qui ne parviennent pas à attirer les jeunes étudiants en formation de médecine. En 2023, la gériatrie comptabilisait toujours des places vacantes à l'issue de la période de répartition et de choix des étudiants. Si ce constat est vrai au niveau médical, il l'est également au niveau paramédical. En 2018, deux enquêtes distinctes ont montré que les soignants n'étaient pas attirés par les services de gériatrie. La première indique que la charge de travail dans ces services est trop physique et très répétitive (Staffsanté, 2018), tandis que la seconde précise que si « *42,75% des aides-soignants répondants à notre étude travaillent actuellement en gériatrie, ce service n'attire que 10,5 % d'entre eux. Pour les services Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et rééducation, on passe de 5.25 à 1%* » (Adecco Médical, 2024). Ces chiffres montrent tout le paradoxe entre la demande existante et l'attractivité de ces services.

Ces problématiques d'attractivité ne doivent cependant pas masquer une réalité certaine : le besoin de prise en charge des personnes âgées lié au vieillissement constant de la population. La population mondiale connaît un phénomène de vieillissement dont la France n'est pas exclue. Selon les estimations, entre 2030 et 2040, la part des plus de 85 ans au sein de la population française devrait augmenter d'environ 50%. La DREES estimait ainsi en 2019 que, d'ici 2050, 319000 places d'EHPAD supplémentaires seraient nécessaires afin d'absorber les besoins nouveaux (DREES, 2020). La question est dès lors de savoir si ces besoins pourront être comblés par des places d'EHPAD calquées sur le modèle actuel, ou si les évolutions sociétales conduiront à la nécessité de penser de nouveaux systèmes davantage en adéquation avec les attentes des individus.

Afin de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le secteur gériatrique, il était donc nécessaire d'analyser une filière complète ainsi que son environnement.

Cette réflexion est menée plus particulièrement au sein de la filière gériatrique interne du CHHB, hôpital de proximité disposant d'une offre gériatrique complète :

consultations, Court Séjour Gériatrique (CSG), SMR gériatrique, USLD et EHPAD. Cette filière est toutefois située au sein d'un territoire connaissant quelques spécificités. La ville d'Hénin-Beaumont est située au sein de la région Hauts-de-France, dans le département du Pas-de-Calais, proche de la frontière avec le département du Nord et au sein de ce qui est communément appelé « *le bassin minier* ». Il en résulte un certain nombre d'indicateurs qui permettent de mieux comprendre et d'analyser plus finement les difficultés que peut rencontrer la filière gériatrique interne du CHHB.

Au niveau socio-économique, il est possible de relever notamment que le niveau de vie médian en Hauts-de-France est le plus bas de France métropolitaine (INSEE, chiffres 2020, étude parue en 2024). « *De même, en 2013, une personne sur cinq (20,2 %) vit sous le seuil de pauvreté* [dans les Hauts-de-France] *(18,2 % au niveau régional, 14,5 % en métropole)* », avec une plus forte prévalence de personnes vivant sous le seuil de pauvreté au sein du pôle urbain Douai-Lens (23,3%) (INSEE, 2016). Ce dernier est celui qui correspond au bassin minier, dans lequel est situé le CHHB. Le taux d'activité des personnes en âge de travailler est le plus faible de la région et le département est l'un de ceux où les femmes de cette catégorie sont les plus inactives (INSEE, 2016). Le niveau d'emploi est par ailleurs dégradé également, puisque « *12,8 % des actifs sont au chômage, soit 0,4 point de plus que dans la région (12,4 %) et 2,9 points au-dessus de la moyenne métropolitaine* » (INSEE, 2016).

Les indicateurs de santé sont également défavorables au sein de la région et du Pas-de-Calais. En France, l'espérance de vie à la naissance s'élève, en 2024, à 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes. Le Pas-de-Calais est le deuxième département où les individus vivent le moins longtemps, avec respectivement 76,6 ans pour les femmes et 72,5 ans pour les hommes. Le taux de décès prématurés, avant 65 ans, est également supérieur dans le Pas-de-Calais par rapport aux moyennes nationales puisqu'il s'établit en 2023 à 2,4% pour une médiane française située à 1,9 (INSEE, 2024). L'espérance de vie sans incapacité à 60 ans des habitants du Nord et du Pas-de-Calais est inférieure à 55%, plaçant ces deux départements parmi les départements ayant l'indicateur le plus dégradé de France métropolitaine (INED, 2021). Le cumul de ces indicateurs défavorables tend à faire du Pas-de-Calais l'un des départements les plus cités lorsqu'il s'agit d'illustrer le cumul possible de difficultés. « *Les départements ayant un double désavantage (faible longévité et faible part de vie sans incapacité) sont ceux que l'on sait les moins favorisés économiquement (Nord-Pas-de-Calais, outre-mer)* » (Crouzet et al., 2021).

Le Nord et le Pas-de-Calais disposent d'un taux d'équipement en place pour personnes âgées conforme aux moyennes nationales, à savoir entre 110 et 140 places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus (DREES, 2020). La moyenne nationale est établie à 124 places d'hébergement pour 1000 habitants de 75 ans ou plus. Toutefois, en reliant ces chiffres aux difficultés socio-économiques et aux indicateurs de santé défavorables, il est possible d'entrevoir les raisons pour lesquelles les structures pour personnes âgées peinent à être attractives : difficultés à payer, état de santé trop dégradé, décès prématuré entrainant un non-recours aux structures, etc. De plus, si le nombre de places est, en moyenne, conforme aux moyennes nationales, cela ne signifie pas que le nombre de place est suffisant dans un territoire local donné.

Le Pas-de-Calais comptait, en 2023, 253 médecins généraux ou spécialistes pour 100000 habitants (INSEE, 2023), alors que la moyenne nationale s'élève à 311. Dans ce même département, les délais médians d'accès à un médecin spécialisé « *sont au moins deux fois supérieurs à la moyenne nationale, pour au moins trois spécialités* » (enquête Fondation Jean Jaurès et Doctolib, 2024).

Le CHHB est marqué, pour sa composante gériatrique, par de fortes variations de ses taux d'occupation, notamment depuis la crise du Covid-19. Si tous les services ont été affectés, certains ont plus de difficultés à retrouver des taux d'occupation « *normaux* ». C'est en particulier le cas de l'EHPAD, qui, en plus de souffrir de l'impact de la crise, a connu ces dernières années une augmentation importante de l'offre privée sur son territoire. L'établissement peine, à ce titre, à rester concurrentiel compte-tenu de ses locaux et de son offre. En parallèle, certains services connaissent des difficultés inhérentes à l'évolution des profils patients/résidents. En particulier, le CSG ou l'USLD ont des taux d'occupation fluctuants, reflet d'absence de demandes sur certaines périodes identifiées. Les structures médico-sociales, c'est-à-dire l'EHPAD et l'USLD, manquent de réactivité pour répondre aux demandes dans des délais raisonnables en raison des démarches administratives à engager. Il en résulte des admissions souvent avortées car les potentiels résidents se tournent vers d'autres structures.

Toutefois, ces difficultés ne doivent pas masquer les enjeux évoqués ci-dessus, et en particulier les changements à l'œuvre au sein de la société. Si les services du CHHB ne parviennent plus à remplir leurs lits, c'est aussi parce que les attentes sociétales évoluent et que l'offre proposée n'est plus forcément en adéquation avec la demande. Dans ce contexte, il semble indispensable de réfléchir à ce que pourrait être l'accompagnement du grand âge de demain. En 2023, près de 85% des EHPADs publics étaient déficitaires (FHF, 2023). La logique de parcours voulue depuis plusieurs années maintenant n'est pas facilitée par le cloisonnement des différents services gériatriques. A titre d'exemple, le dossier d'admission en EHPAD peut prendre plusieurs semaines à être constitué alors même que le patient est hospitalisé au CSG dans le même hôpital que celui auquel est rattaché l'EHPAD. Inversement, une fois l'entrée en EHPAD effectuée, il est de nouveau complexe d'envisager un transfert, même temporaire, dans un autre service (SMR, USLD, etc.).

Si les filières gériatriques internes aux hôpitaux connaissent donc des difficultés, celles-ci peuvent provenir de causes multiples, liées à des enjeux aussi bien nationaux que locaux. Ce n'est qu'en analysant l'ensemble de ces enjeux, en comprenant quelles sont aujourd'hui les attentes sociétales sur l'accompagnement du grand âge, et en tenant compte de l'ensemble de l'offre existante qu'il devient possible d'envisager une réorganisation des filières et un regain d'attractivité pour ces services. Dans ce contexte, le présent mémoire vise à analyser l'ensemble de ces composantes et à répondre à la question suivante :

Comment interpréter aujourd'hui les enjeux liés à l'accompagnement du grand âge, les difficultés que peuvent connaître les services gériatriques et les structures d'accueil des personnes âgées, afin d'entrevoir des perspectives d'évolution qui permettront au directeur, demain, de proposer un accompagnement qualitatif et adapté à la prise en charge de nos aînés ?

Afin d'amorcer une réflexion autour de ces questions, qui devra nécessairement être complétée à l'avenir par d'autres recherches et par une analyse approfondie des politiques publiques menées, ce mémoire propose d'aborder successivement :

- La méthodologie retenue afin d'analyser les enjeux précédemment présentés (partie 1) ;
- Le rôle des filières gériatriques et la réponse qu'elles apportent au regard de besoins qui semblent avoir aujourd'hui évolué (partie 2) ;
- Les difficultés actuelles des filières gériatriques et de leurs services, au regard notamment de la crise du Covid-19 et des enjeux locaux et nationaux (partie 3) ;
- Les outils et possibilités dont dispose le directeur pour faire évoluer son offre et ainsi espérer redynamiser l'attractivité de ses services (partie 4).

1 Une approche méthodologique complète au service d'une réflexion vaste

Le présent thème de réflexion est à la fois vaste et complexe, puisqu'il recoupe différents enjeux qui ne peuvent être étudiés sur la base des mêmes informations, mais qui pourtant concourent tous à répondre au questionnement initial : les filières gériatriques sont-elles une réponse qui est aujourd'hui encore adaptée aux besoins sociétaux en termes de soins et d'accompagnement du grand âge ? Aussi, il est nécessaire de déployer différentes formes de recherches afin de récolter un maximum de données.

Cette recherche s'appuie en premier lieu sur les données collectées lors du stage de professionnalisation d'une durée de huit mois au Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont. En effet, la filière gériatrique interne du CHHB connaît, depuis quelques années, des difficultés relatives à ses taux d'occupation. Ces derniers fluctuent sur les différents services de manière aléatoire. Les professionnels ont avancé, dès le début du stage, différentes raisons à cela : le décrochage lié à la crise du Covid-19, la concurrence privée installée récemment, les difficultés économiques du territoire ou encore les problèmes d'effectifs médicaux et paramédicaux. C'est dans ce cadre que les différentes méthodes de recherche déployées se sont attachées à étudier chacun de ces points un par un. Selon les outils, les méthodes de recherche peuvent s'intéresser à des segments spécifiques de la filière gériatrique (CSG ou structures médico-sociales par exemple). Certains outils se prêtent en effet mieux que d'autres à l'analyse de certains services. Toutefois, il est important de souligner que le mémoire qui suit abordera l'ensemble des services de la filière gériatrique dans la mesure où celle-ci connaît des difficultés dans son intégralité.

En premier lieu, un carnet de bord a été construit afin de noter, au fur et à mesure, toutes les remarques et réflexions des professionnels de terrain qui pouvaient intéresser cette recherche. Une participation active aux projets et réunions courantes en lien avec les services gériatriques a permis de compléter de manière régulière cet outil. Il s'agit, par exemple, de la commission d'admission se réunissant chaque semaine, de la conduite de la réécriture du projet d'établissement de l'EHPAD, ou des réunions organisées chaque mois par le pôle rééducation-gériatrie. Dans ce cadre, les pistes de solution qui seront présentées en troisième partie se voudront réalistes : le but est d'esquisser des solutions qui peuvent être réellement mises en œuvre compte tenu des organisations actuelles et des moyens disponibles actuellement au sein des hôpitaux et des structures médico-sociales actuellement.

La présente recherche s'appuie ensuite sur l'analyse des données existantes au niveau du CHHB. Depuis plusieurs années, les taux d'occupation de chacun des services du CHHB font l'objet d'un suivi journalier. Il a donc été décidé de récupérer ces tableaux depuis l'année 2017 et jusqu'en 2023 (année pleine) afin d'être en capacité de comparer l'état de fonctionnement des services gériatriques avant Covid, puis dans la crise du Covid-19 et enfin après celle-ci. Ces données sont présentées en **annexe 1**. A cette analyse s'ajoute celle effectuée sur les 5 premiers mois de l'année 2024, qui sera étudiée au fil de l'eau dans ce document. Afin d'être en capacité de tirer un maximum d'informations de cette analyse, une comparaison a également été effectuée avec les taux d'occupation d'un autre EHPAD du Nord ainsi qu'avec deux EHPADs situés dans d'autres régions. Le but était de comprendre si les schémas visibles au CHHB se reproduisaient ailleurs, et donc si le problème provenait de facteurs nationaux ou locaux.

Il a souvent été avancé, au cours des rencontres avec les professionnels, que les difficultés de remplissage de l'USLD et de l'EHPAD étaient liées à l'implantation récente de

nombreuses structures privées sur le territoire. Afin d'analyser s'il s'agissait là d'un ressenti ou d'une réalité, une analyse détaillée de l'offre d'EHPAD et d'USLD disponible sur le territoire a été réalisée puis mise en relation avec le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire retenu. Cette analyse est disponible en **annexe 2**. Elle se concentre principalement sur les structures de type EHPAD, mais aborde également les USLD et les résidences autonomie, qui sont susceptibles d'attirer un public similaire aux EHPADs. Le but de cette analyse a notamment été de comparer le nombre de structures disponibles dans un rayon de 20km autour de l'EHPAD du CHHB avec le nombre de personnes de 75 ans et plus résidants dans ce secteur.

L'un des objectifs principaux de ce mémoire est aussi de comprendre les attentes actuelles de la population en termes d'accompagnement du grand âge. Après quelques échanges avec des personnes ne travaillant pas dans le secteur de la santé, il s'est vite avéré que peu connaissait la notion de filière gériatrique et qu'encore moins de personnes savaient ce qu'était un CSG, un SMR ou une USLD. En revanche, chacun ou presque savait ce qu'était un EHPAD et le rôle de cette structure. Comme l'EHPAD constituait, au début du stage, l'une des préoccupations majeures du CHHB compte-tenu de ses taux d'occupation durablement bas, il a été décidé de construire un questionnaire à destination du grand public afin de recueillir leurs impressions sur les EHPADs et leur ressenti vis-à-vis de ce type de structures. Ce questionnaire avait plusieurs objectifs, dont les principaux étaient de mesurer à quel point l'EHPAD tel qu'il existe aujourd'hui semble adapté aux attentes de la population, mesurer la satisfaction des individus ayant déjà eu à placer un proche en EHPAD, comprendre les freins éventuels à l'entrée des individus en EHPAD, recueillir des idées d'amélioration de l'EHPAD pour les années à venir. Volontairement, ce questionnaire n'a pas été diffusé au sein de l'hôpital ou au sein de réseaux sociaux type Linkedin afin de limiter les biais et d'éviter que les professionnels de santé y répondent. En ce sens, le questionnaire (**annexe 3**) a été diffusé par exemple auprès des publics suivants : professionnels de l'éducation nationale, universités / école d'ingénieur, club de chorale local, etc. Cette diffusion a permis de recueillir 148 réponses, représentant un chiffre suffisamment significatif pour pouvoir analyser les réponses (analyse disponible en **annexe 4**).

Ces éléments ne permettaient toutefois pas de se pencher sur une autre réalité du territoire : la précarité du bassin de vie Hénin-Beaumont / Carvin et les éventuels freins au recours aux services gériatriques que cela est susceptible d'engendrer. Afin d'analyser ce point spécifique, il était nécessaire de trouver des interlocuteurs travaillant auprès de ces publics particuliers. Dans un premier temps a été étudiée l'idée de dialoguer avec des professionnels de Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS). Un questionnaire (**annexe 5**) a été construit à destination de ces professionnels avec comme objectif de recueillir des réponses de professionnels exerçant sur le territoire du bassin minier et d'autres n'y exerçant pas, afin de comparer les réponses et d'avoir la capacité de relever d'éventuels freins inhérents aux difficultés du territoire. Ce questionnaire a été envoyé à plusieurs reprises à l'Union Départementale des CCAS (UDCCAS) du Pas-de-Calais afin d'être relayé auprès de l'ensemble des CCAS du territoire, mais cette demande est restée sans réponse. Il a donc été nécessaire de se tourner vers d'autres professionnels afin d'obtenir des réponses. Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) du territoire a semblé être une bonne piste, dans la mesure où il prend en charge des personnes âgées connaissant des difficultés à s'insérer dans un parcours de soins coordonné. Ces professionnels connaissent les structures gériatriques et l'offre du territoire et ont la capacité d'identifier les freins au recours aux services gériatriques. Le DAC a répondu favorablement à une demande d'entretien. Il a été décidé de mener un entretien unique auprès de plusieurs professionnels du DAC afin que ceux-ci puissent répondre simultanément aux questions

posées. Le questionnaire est disponible en **annexe 6** et la retranscription des réponses en **annexe 7**.

Il va sans dire que, pour finir, la présente recherche s'est appuyée sur une recherche documentaire permanente (cf. **bibliographie**) afin de connaître les constats déjà établis dans la littérature et les pistes de recherche à l'étude en lien avec le présent sujet.

2 La filière gériatrique : une réponse adéquate à des besoins qui ont, aujourd'hui, évolué

Afin de replacer les difficultés actuelles des services gériatriques du CHHB dans un contexte historique et sociétal, il est tout d'abord important de comprendre en quoi la filière gériatrique a constitué, lors de sa mise en place, une avancée importante répondant à des besoins (2-1). Si aujourd'hui elle y répond difficilement (2-2), c'est aussi parce qu'elle s'articule peu ou mal avec de nouveaux dispositifs plus adaptés aux attentes sociétales (2-3).

2.1 La filière gériatrique est une construction datant de 2002 et qui a permis de structurer les services et établissements en charge des publics âgés

Si la construction de la filière gériatrique a permis de favoriser une prise en charge coordonnée des patients et résidents âgés, il est également indispensable de comprendre que la notion de « *filière gériatrique* » renvoie à deux réalités distinctes (2-1-1). Les analyses de la filière gériatrique intra-hospitalière du CHHB et de la filière gériatrique du territoire Lens-Hénin seront l'occasion ensuite de présenter les intérêts concrets, bien que redondants, de telles filières (2-1-2).

2.1.1 L'organisation des services en filière a été le moyen de favoriser une prise en charge coordonnée autour de la personne âgée

Il existe deux réalités derrière le terme « *filière gériatrique* ». Premièrement, les services internes aux hôpitaux et établissements médico-sociaux, constituent l'offre offerte par un établissement en termes de prise en charge du public âgé. Ensuite, les filières gériatriques de territoire sont encadrées par la loi, et ont des missions plus vastes, bien que similaires à ce qui peut être proposé par un établissement donné.

En premier lieu, une filière gériatrique interne à un établissement de santé, ou commune entre plusieurs établissements appartenant à la même entité, est une appellation permettant de désigner l'ensemble des services de prise en charge de la personne âgée. A titre d'exemple, le CHHB propose une offre en consultation gériatrique, en court séjour gériatrique, en SMR, en USLD et en EHPAD. Il revendique disposer d'une « *offre de soins complète* » (site des HPA, 2024) en gériatrie, et développe à destination du grand public des brochures de communication spécifiques. Membre de la filière gériatrique de territoire Lens-Hénin, le CHHB a également souhaité, comme d'autres établissements, faire la promotion de sa « *Filière gériatrique interne* » sur le site internet de la filière gériatrique de territoire (site devant être mis en ligne d'ici septembre 2024). Généralement, cette promotion est réalisée au niveau des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui permettent de mutualiser les moyens et services de plusieurs établissements et de faciliter les coopérations. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Caen-Normandie appelle ainsi son offre gériatrique « *filière gériatrique* » et précise que celle-ci « *répond aux besoins du public en lien avec les acteurs médico-sociaux du territoire* ». Le groupement des hôpitaux

catholiques de Lille promeut également sa « *filière gériatrique intra-hospitalière* ». Cette dernière « *développe des activités innovantes et collaboratives telles que la télémédecine et l'orthogériatrie. Dès l'admission aux urgences jusqu'à la sortie du patient, nous mettons en place des dispositifs collaboratifs et multidisciplinaires permettant une prise en charge optimale de la personne âgée* ». Il n'est dès lors pas évident, pour le grand public, de discerner une filière gériatrique interne d'une filière gériatrique de territoire, puisque les missions sont, en réalité, les mêmes.

Les filières gériatriques internes aux centres hospitaliers présentent un avantage majeur. En effet, elles permettent de mettre en place un parcours de soin coordonné pour les patients de manière rapide et intuitive. Comme le précisait la médecin chef de pôle de la filière gériatrique interne du CHHB en janvier 2024, « *les médecins se connaissent, les services sont côte à côte, ce serait tout de même malheureux qu'on ne puisse pas offrir aux patients ce dont ils ont réellement besoin en termes d'accompagnement et de prise en charge* ». Que ce soit à l'échelle d'un hôpital ou d'un GHT, il est en effet plus facile d'adresser des patients ou des résidents vers des structures dont le fonctionnement est identique au service dans lequel est hospitalisé le patient.

En second lieu, la filière gériatrique de territoire a été défini progressivement par le législateur. Dès 2003, il mentionne la « *filière gériatrique* » en précisant qu'« *il pourra utilement être désigné au sein de l'équipe de direction, un référent en charge de la structuration de la filière gériatrique* ». Sans plus de précision, il n'est alors pas possible de savoir le type de filière dont il est question, à savoir interne ou territoriale. C'est en 2007, avec la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, que la filière gériatrique de territoire naît réellement, assortie de missions précises et définies. Elle « *doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». Très concrètement, sous l'impulsion des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH, aujourd'hui remplacées par les ARS), des territoires doivent être définis au sein desquels il est demandé à l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées de se coordonner afin d'améliorer le parcours des patients. Les premières missions identifiées dans cette circulaire pour les filières sont alors d'améliorer les hospitalisations non-programmables des patients âgés, de travailler sur les hospitalisations programmables afin d'en améliorer l'efficacité, et de réaliser davantage de bilans grâce aux consultations et aux hôpitaux de jour. Les filières gériatriques ont, par la suite, été mentionnées dans différents textes règlementaires, comme la circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé personnes âgées, ou encore l'instruction du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé, médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

Malgré ce corpus législatif existant, les filières gériatriques de territoire ne se sont structurées que relativement tardivement, avec des disparités selon les régions. En Hauts-de-France, elles ne sont apparues qu'à partir de 2020, sous forme d'un appel à projet lancé par l'ARS, soit treize ans après la parution de la circulaire.

2.1.2 La filière interne du CHHB et la filière gériatrique de territoire Lens-Hénin, deux réalités répondant aux mêmes besoins, témoins de la nécessité de structurer la prise en charge des personnes âgées sur un même territoire

Si les filières gériatriques de territoire ont mis plusieurs années à se structurer, les filières gériatriques internes des centres hospitaliers n'ont, en revanche, cessé de se développer en faveur de la création d'un parcours de soins coordonné pour les patients. L'exemple de la filière gériatrique interne du CHHB, et plus encore du GHT « *les Hôpitaux Publics de l'Artois* » (HPA), en est un bon exemple.

Offrir une réponse adaptée aux besoins de santé de la population est, en effet, un objectif central des structures sanitaires et médico-sociales. L'article L.6112-2 du code de la santé publique, précise en son alinéa 3 que l'une de ses missions est d'assurer « *l'égal accès à […] des soins de qualité »* pour tous. C'est via la constitution de parcours de santé structurés qu'une plus grande qualité des soins peut être atteinte. La notion de *« parcours de soins* » est au cœur des politiques publiques en matière de santé depuis maintenant plusieurs années. Ainsi, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé insiste sur cette notion de parcours et sur l'importance de la constitution de ces parcours en vue de favoriser la plus grande qualité de soins possible. Cette loi prévoit notamment une déclinaison de cette idée via les projets territoriaux de santé. Le projet régional de santé mentale 2018-2028 des Hauts-de-France décline cet objectif via l'amélioration de « *l'articulation des dispositifs et acteurs sur le territoire* ». L'idée est notamment de « *mieux orienter les personnes* » âgées dans leurs parcours.

Les établissements des HPA s'efforcent donc de répondre à cet objectif avant même que les organismes de tutelles ne développent des outils pour y répondre. En interne au CHHB, le parcours dit « *classique* » pour un patient passe par une prise en charge au CSG, suivie éventuellement d'un séjour en SMR, puis, si cela est nécessaire, d'une entrée en structure médico-sociale soit en USLD, soit à l'EHPAD. Ce système montre une certaine efficience. Les durées moyennes de séjour en CSG sont raisonnables et s'élèvent à 14,84 jours en 2023. L'analyse des adressages en interne à l'EHPAD montre également l'efficience de la filière interne. En 2023, sur l'ensemble des admissions ayant eu lieu à l'EHPAD « Les 5 Saisons », structure rattachée au CHHB, 81 résidents provenaient des services gériatriques de l'hôpital, contre seulement 29 qui venaient d'un autre établissement. 58 résidents venaient, par ailleurs, de leur domicile. Il est possible de tirer deux enseignements de ces chiffres. En premier lieu, l'admission en structure est plus rapide et intuitive lorsque les acteurs se connaissent et que les structures collaborent naturellement. En second lieu, l'existence d'une filière hospitalière en amont de la structure médico-sociale permet à celle-ci d'être certaine d'effectuer un certain nombre d'entrées chaque année, résolvant ainsi une partie des problèmes d'attractivité.

Au niveau des HPA, la collaboration de l'ensemble des services gériatriques permet également un meilleur parcours patient. Par exemple, les patients âgés entrant aux urgences du centre hospitalier de Lens sont orientés soit vers le SCG de Lens, soit vers celui d'Hénin-Beaumont selon le type de soins dont ils vont avoir besoin. L'hôpital de Lens prendra prioritairement les patients nécessitant un plateau technique lourd, tandis que le CHHB accueillera les patients qui ne nécessitent pas cela mais qui pourraient avoir besoin rapidement d'un SMR. Cela permet également de répartir les patients dans le cas où un service s'avèrerait complet.

Collaborer entre plusieurs hôpitaux dans le cadre d'un GHT autour d'une filière gériatrique permet également le partage et la mutualisation des informations et des bonnes pratiques. Plus le GHT est intégré, plus il sera facile d'effectuer des analyses comparatives sur le fonctionnement des différents services. Aux HPA, la filière gériatrique dispose de

deux directrices référentes et d'une médecin chef de pôle unique pour les quatre hôpitaux. Les dialogues de gestion organisés chaque trimestre, ainsi que les bureaux de pôles sont l'occasion de questionner les organisations et de favoriser la construction de parcours pertinents ou absents.

La filière gériatrique du territoire Lens-Hénin, constituée en 2020, a notamment pour objectif de regrouper l'ensemble des services prenant en charge des personnes âgées afin de favoriser la construction de nouveaux parcours et de développer l'interconnaissance entre acteurs. Elle fonctionne notamment par des réunions organisées a minima deux fois par an au sein de l'établissement porteur de la filière. Les premières réunions ont permis aux acteurs de faire connaissance, les suivantes ont eu pour objectifs d'exposer les difficultés éventuelles rencontrées par chacun, puis un travail d'identification des besoins sur le territoire a été effectué. Parmi les difficultés identifiées, la précarité du territoire a été mise en avant, notamment parce qu'elle induit des difficultés pour certains usagers à accéder aux structures médico-sociales ; puis sont venues ensuite les difficultés à placer certains types de patients, en lien avec le manque de structures spécifiques sur le territoire (type Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) notamment). En définitive, cette filière énonce donc collectivement des constats que les établissements, pris indépendamment, faisaient déjà individuellement. Elle n'a pour le moment pas permis de construire des parcours entre acteurs, parce qu'aucun besoin en ce sens n'a été identifié. Il convient d'ajouter à cela que la collaboration n'est pas forcément intuitive entre acteurs membres de la filière gériatrique. En effet, cette dernière comprend des acteurs publics mais aussi privés, dont la patientèle appartient au même territoire. Il en résulte une forme de concurrence. A titre d'exemple, l'ARS a demandé à la filière gériatrique du territoire Lens-Hénin de faire un état des lieux des demandes d'ouverture de services spécifiques par les établissements membres. En clair, chaque établissement devait énoncer publiquement son intention de faire une demande d'ouverture d'Unité de Vie Alzheimer (UVA), UHR, Pôle d'Activité et de Soins Adapté (PASA), USLD, etc. L'ARS n'accordant qu'un nombre limité d'autorisations pour ce type d'activité, les établissements entrent en compétition et n'ont pas intérêt à déclarer publiquement leurs intentions.

2.2 Les besoins et attentes des personnes âgées ont évolué

La filière gériatrique, bien qu'elle renvoie à deux réalités distinctes, est donc une entité qui permet de fluidifier les parcours des personnes âgées au sein des structures et services existants. Toute la question est, dès lors, de comprendre si ces services et structures sont encore adaptés aux attentes et aux besoins des personnes âgées. S'il est indéniable que la population âgée est en augmentation constante et que cela implique d'avoir une offre suffisante (2-2-1), il ne faut toutefois pas nier que certains événements ont démontré la nécessité de repenser l'offre existante (2-2-2).

2.2.1 Une population âgée en augmentation constante, mais dont les indicateurs de santé ont évolué

Le constat du vieillissement de la population n'est plus à démontrer. « *Les Nations unies prévoient d'ici 2050 le doublement du nombre de personnes âgées (65 ans et plus) dans le monde, passant de 700 millions de personnes en 2020 à 1,5 milliard d'individus.*

Leur part dans la population mondiale augmenterait ainsi de 9% à 16% » (Bonnet et al., 2021). La France est confrontée, au même titre que l'ensemble des nations, à une augmentation significative de la proportion de personnes âgées au sein de sa population. En 2023, le pays comptait environ 25% de personnes âgées de plus de 60 ans. Les estimations avancent que d'ici 2040, cette proportion attendra environ 33% (Madeline, 2023). Selon l'Organisation mondiale de la santé, « *tous les pays doivent relever des défis majeurs pour préparer leurs systèmes sociaux et de santé à tirer le meilleur parti de cette mutation démographique* » (OMS, 2022). En France, les pouvoirs publics ont déjà réagi à ces changements, comme en témoigne l'adoption de plusieurs lois ou plans nationaux en lien avec le vieillissement. La loi du 29 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) en est un bon exemple, puisque selon le gouvernement, elle vise à « *anticiper les conséquences du vieillissement de la population* ». Autre exemple, le déploiement de plusieurs plans nationaux successifs en lien avec le vieillissement témoigne de l'intérêt des pouvoirs publics pour cette thématique. Il est possible de citer en premier lieu le plan « *solidarité grand âge* » de 2006, qui prévoit déjà de « *faciliter [la] vie pour […] donner le libre choix de rester chez [soi]* » et « *d'adapter l'hôpital aux personnes âgées vulnérables en structurant des filières gériatriques* » (Aquino, 2008). En 2007, les pouvoirs publics ont déployé le plan national « *bien vieillir* », qui devait produire ses effets jusqu'en 2009. La création de la branche « *autonomie* » de la sécurité sociale, via l'ordonnance du 1er décembre 2021, est revendiquée par le gouvernement comme permettant « *le déploiement effectif et universel de cette politique du bien vieillir, dans tous les territoires* » (Ministère chargé de l'autonomie, 2022). Les mesures les plus récentes datent du déploiement de la stratégie « *bien vieillir* » en novembre 2023. Cette stratégie contient quatre axes principaux, le premier étant centré sur la prise en compte des nouveaux besoins, et le second s'attachant à développer des mesures pour donner aux individus « *le choix du lieu de vie qui leur convient* ».

Au-delà de ces constats initiaux, il est intéressant d'observer que si la population vit plus longtemps, elle ne vit en revanche pas avec les mêmes caractéristiques qu'autrefois. Ainsi, il est estimé que depuis 2008, l'espérance de vie en bonne santé augmente chaque année de « *neuf mois pour les femmes et d'un an et un mois pour les hommes* » (chiffres DREES, 2023). En revanche, depuis le Covid-19, la DREES note un recul de l'espérance de vie sans incapacité pour les personnes de 65 ans et plus. Elle s'établit en 2022 à « *11,8 ans pour les femmes et 10,2 ans pour les hommes* », soit les niveaux qui étaient déjà relevés en 2020. Malgré cela, l'espérance de vie sans incapacité à partir de 65 ans augmente plus vite que l'espérance de vie, ce qui montre qu'en France, les individus vivent plus longtemps en meilleure santé qu'autrefois. « *Entre 2008 et 2015, la santé perçue des seniors résidant à domicile s'est améliorée, la part de la population déclarant un mauvais état de santé passant de 22% à 14% et la prévalence déclarée de restrictions d'activité sévères de 24% à 17%* » (INSEE, 2018).

La proportion de personnes âgées souffrant de maladies chroniques est en revanche en augmentation, pour deux facteurs principaux. D'abord, les progrès de la médecine induisent un allongement de l'espérance de vie pour les individus atteint de maladies chroniques ou incurables. Ensuite, le vieillissement de la population provoque une augmentation de la proportion de personnes âgées, et donc de la proportion de personnes souffrant d'affections de longue durée. « *En 2021, en France, 12 millions de patients souffraient d'une maladie chronique reconnue dans le cadre du dispositif d'affection de longue durée (ALD). La prévalence de ces maladies est passée de 14,6% en 2008 à 17,8% en 2021, notamment à cause du vieillissement de la population* » (DREES, 2023). Le dernier facteur explicatif de ces éléments est sans doute le meilleur dépistage effectué des

ALD, puisque si les personnes vivent plus longtemps en bonne santé, « *la fréquence des ALD prises en charge par la Sécurité sociale a augmenté : 43% des 65 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une ALD en 2015 contre 36% en 2008* » (INSEE, 2018). Il est à noter que cette proportion est beaucoup plus élevée en institution.

Il résulte de ces éléments des conséquences directes sur les entrées en institution médico-sociales. Selon l'enquête auprès des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) de 2019, « *les résidents sont de plus en plus âgés* » mais également « *de plus en plus dépendants : 85,1% sont classées en GIR 1 à 4 en 2019, contre 83,1% en 2015 et 80,7% en 2011* ». Cette entrée en institution plus tardive et dans des états de santé plus dégradés induit un renouvellement plus rapide des résidents au sein des structures.

Avec un taux de pauvreté de 19,3%, le Nord et le Pas-de-Calais compte cinq points de plus de taux de pauvreté qu'en France métropolitaine. Les indicateurs de santé du territoire sont également défavorables. Le diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, réalisé par l'ARS en 2017, fournit en ce sens quelques indicateurs marquants. Le taux de mortalité dans la région est le plus élevé de France métropolitaine et s'élève à environ 20 points de plus que la moyenne nationale. Les habitants de la région sont davantage touchés par les cancers (+22% pour les hommes et +14% pour les femmes), et sont également davantage concernés par les déclarations d'ALD.

2.2.2 Une nécessaire refonte de l'offre existante en termes d'accueil des publics âgés, en lien avec les évolutions sociétales et avec certains évènements marquants

« *Selon le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la DREES, conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dans la durée le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes* » (Miron de l'Espinay et Roy, 2020). 80% des places installées pour personnes âgées se situent en EHPAD, mais leur nombre reste inférieur aux besoins identifiés pour les années à venir. Les demandes pour des hébergements en structures spécifiques ou en accueil temporaire sont également en augmentation. Dans le secteur public hospitalier, 26% des établissements comportent un PASA en 2019 contre seulement 6% en 2011 (DREES, 2020). Dès 2015, près de la moitié des EHPADs déclaraient par ailleurs disposer d'une unité de vie dédiée à l'accueil des résidents atteints d'Alzheimer ou de maladies apparentées (UVA).

Compte-tenu de ces éléments, il existe deux possibilités d'adaptation de l'offre existante en France. Le choix peut être fait de conserver les modes d'accueil existants et de les renforcer afin que l'offre en termes de nombre de place soit cohérente avec les besoins recensés sur le territoire. Il est également possible de revoir le modèle existant, en développant notamment le maintien à domicile. C'est vers cette seconde option que semblent aujourd'hui se tourner les pouvoirs publics. Parmi les objectifs affichés par le gouvernement dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV de 2015), l'idée est de donner « *la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions* ». C'est également l'un des

objectifs recherchés au sein des différents plans nationaux, en lien avec le vieillissement, cités précédemment.

Développer le maintien à domicile présente deux avantages. En premier lieu, le coût est nettement moindre à la fois pour les individus mais également pour les pouvoirs publics. « *Le coût moyen de prise en charge est près de trois fois plus important en établissement* » (Comptes de la Sécurité Sociale, 2021). S'ajoute à cela le fait que selon l'Institut d'Etude d'Opinion IFOP, en 2019, 85% des Français interrogés souhaitaient vieillir à domicile.
Il convient toutefois de garder à l'esprit que, comme le souligne les professionnels du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de l'Artois, le maintien à domicile n'est généralement que temporaire. Lorsque l'état de santé de l'usager se dégrade trop, l'entrée en institution devient incontournable (cf. annexe 7). Cela rejoint le constat précédent d'une arrivée en institution plus tardive, dans un état plus dégradé, engendrant des coûts plus importants de prise en charge.

Aujourd'hui, il semble indispensable de retravailler l'offre existante, d'abord en raison des éléments ci-dessus, mais aussi parce que certains événements récents ont remis en question la pertinence de l'accueil des personnes âgées en structures médico-sociales.

Le premier événement est la crise de la Covid-19. Durant cette crise, les mesures mises en place ont impacté la vie au sein des structures : visites non autorisées, animations annulées… Le rapport de Laurent Frémon de 2023 note ainsi qu'« *en dépit des efforts d'animation faits par les équipes soignantes, nombre de personnes âgées, ont cessé de manger, sont restées atones et apathiques dans leur fauteuil, ont ainsi perdu le goût de vivre à en mourir* ». Au sein de l'EHPAD « les 5 Saisons », ce sont les vagues successives de la Covid qui ont atteint durablement les taux d'occupation. En novembre 2021, ce taux est descendu sous la barre des 70% (cf. annexe 1). S'est ajouté à cela un taux de mortalité parfois très élevé au sein des structures en raison de l'épidémie, créant un climat d'inquiétude extrême dans lequel les résidents ont eu peine à évoluer. « *En 2020, les trois quarts des EHPADs ont eu au moins un résident infecté et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins 10 résidents ou 10 % de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 38 % de l'ensemble des résidents ont été contaminés et 5 % sont décédés, soit 29 300 décès* » (DREES, 2021). Ces éléments ont créé une forme de défiance des usagers à l'égard des structures médico-sociales, notamment de la part des familles qui hésitent à faire entrer en structure l'un de leur proche (Vion, 2022).

Ce constat ne s'arrête pas aux structures médico-sociales puisque l'ensemble de la filière gériatrique du CHHB s'est réorganisé durant la crise et a connu les mêmes difficultés.

Le second événement marquant a été le scandale lié au livre paru en 2022 de Victor Castanet, Les Fossoyeurs, où sont décrits et/ou dénoncés un certain nombre d'événements au sein des structures d'accueil pour personnes âgées du groupe ORPEA. À la suite de la parution de ce livre, de nombreux articles et/ou reportages sont parus dans les médias afin de dénoncer les pratiques décrites. Si celles-ci ne concernaient a priori que le groupe d'EHPAD privé ORPEA, il est indéniable que la population a eu à voir ce qui pouvait potentiellement se passer au sein de ces établissements. Jusqu'alors, et même si des dérives étaient parfois dénoncées publiquement, aucune dénonciation n'avait connu une telle ampleur. Le questionnaire diffusé dans le cadre de ce mémoire au grand public confirme que les individus en population générale ne font pas de différence entre les EHPADs publics et privés. 61,5% des répondants affirment que depuis le scandale ORPEA,

leur avis sur les EHPADs publics s'est dégradé, tandis que 63,5% d'entre eux l'affirment pour les EHPADs privés (cf. annexe 4).

2.3 De nouveaux dispositifs sont venus enrichir l'offre existante et s'avèrent plus adaptés aux attentes des individus

L'offre existante apparaît ainsi à la fois insuffisante et insatisfaisante au regard des attentes sociétales. Cela impact notamment la partie médico-sociale des filières gériatriques, mais doit conduire à une réflexion plus globale sur l'accompagnement proposé par l'ensemble des segments de la filière. En analysant plus en détail l'offre de soins à domicile (2-3-1), il est possible de comprendre en quoi cette offre s'articule, telle qu'elle existe aujourd'hui, relativement difficilement avec les services existants (2-3-2).

2.3.1 Le soin à domicile représente un objectif pour les usagers, et un investissement gouvernemental important, mais reste toutefois imparfait dans sa forme actuelle

Les services de soins à domicile ne sont pas une invention récente. Déjà au dix-neuvième siècle, les services de soins à domicile existent et sont plébiscités par les pouvoirs publics en raison de leur coût moindre qu'à l'hôpital. En 1843, un rapport du Conseil Général des Hospices énonce ainsi : « *Rappelons-nous messieurs que les hôpitaux ne sauraient être ni des maisons de luxe, ni des séjours d'agrément ; que nous devons étendre nos secours au plus grand nombre d'individus possible. La charité publique ne doit pas se départir des règles de la plus stricte économie, car il faut ménager les intérêts de ceux qui donnent et de ceux à qui l'on donne* ». Il est sous-entendu ici que les places en structure doivent être réservées aux pathologies les plus sévères, tandis qu'il convient de soigner à domicile les malades qui peuvent l'être (Barillé, 2011). L'Hospitalisation à Domicile (HAD) est reconnue dès 2000 comme une structure hospitalière à part entière, et la circulaire du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile la qualifie de «*substitutive à l'hospitalisation conventionnelle* » (Sentilhes-Monkam, 2005).

Les services de soins à domicile sont en nombre croissant. Le nombre de places d'HAD est passé de 4904 en 2004 à 19300 en 2019 (DREES, 2021). En 2023, il existait par ailleurs plus de 10000 structures dans le secteur de l'aide et du soin à domicile. La France compte également, en 2021, 127262 places de services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (DREES, 2021).

Le décret du 17 juillet 2023 relatif aux Services Autonomie à Domicile (SAD) a engagé une réforme profonde de l'offre de soin à domicile, en rendant plus lisible l'offre existante. Jusqu'à présent, il existe en France les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), ainsi que les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). A terme, il est souhaité par la réforme que ces services soient remplacés par les SAD selon deux organisations possibles : la constitution d'un SAD mixte qui dispense de l'aide et des soins, ou la constitution d'un SAD qui n'a vocation à faire que de l'aide. Cette réforme s'inscrit dans le cadre du « *virage domiciliaire* ». Selon les pouvoirs publics, la loi du 29 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement vise ainsi à donner « *la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans*

de bonnes conditions ». La stratégie « *Bien vieillir* » de 2023 affirme également que « *plus de 9 Français sur 10 souhaitent vieillir chez eux* ». Toutefois, les moyens engagés semblent insuffisants pour répondre pleinement à ces objectifs. En 2022, il n'existait en France que « *2125 structures de soins infirmiers à domicile pouvant s'occuper de 126 600 bénéficiaires potentiels. Soit 20 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus, contre 102 places d'EHPAD pour 1000* » (Jérôme, 2022). En mars 2023, l'Institut des Politiques Publiques (IPP) a publié un rapport sur la faisabilité du virage domiciliaire en France. Il ressort de leur analyse que : 1) le virage domiciliaire ne convient que pour une partie des usagers, et qu'il faudrait de profonds changements pour prendre en charge les profils les plus lourds à domicile ; 2) la prise en charge à domicile est hautement dépendante de l'existence ou non d'aidants, et qu'il est important de penser dès à présent à la mise en place d'une « *politique de soutien aux aidants familiaux* » ; 3) les disparités territoriales sont nombreuses et que les départements davantage touchés par exemple par les troubles cognitifs auront davantage de difficultés à envisager une prise en charge domiciliaire ; 4) les disparités territoriales sont également nombreuses dans les budgets des conseils départementaux, alors que ce sont eux qui financent en grande partie la prise en charge à domicile via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ce rapport note également que l'offre de formation aux métiers du domicile est à questionner, car même si « *12600 places supplémentaires ont été ouvertes entre 2020 et 2022 pour les formations d'aides-soignants, d'infirmiers et d'accompagnements éducatifs et sociaux, […] cela reste peu au regard des besoins du secteur* » (IPP, 2023).

2.3.2 L'engagement des pouvoirs publics en faveur de la prise en charge à domicile ne peut s'effectuer sans penser l'articulation de ces services avec les structures existantes

Comme le rappelait les professionnels du DAC (cf. annexe 7), le maintien à domicile connaît ses limites lorsque l'état de santé des patients est trop altéré. L'institutionnalisation devient bien souvent indispensable. Ces mêmes professionnels ont questionné durant l'entretien la pertinence de l'articulation actuelle entre l'EHPAD et l'HAD. D'abord parce qu'il ne semble pas forcément pertinent pour les résidents d'EHPAD de recourir à l'HAD comme si l'EHPAD était un domicile alors qu'il s'agit d'une structure disposant de médecins et de professionnels paramédicaux. Ensuite parce que les infirmières qui travaillent en EHPAD se voient également privées d'une partie de leurs missions lorsque l'HAD intervient. Une professionnelle du DAC ayant connu cette situation indique que « *cela lui restait en travers de la gorge* » et que cette situation était uniquement liée au fait que les moyens paramédicaux alloués aux EHPADs ne permettaient pas d'avoir une présence infirmière la nuit. Dans l'état actuel des choses, les EHPADs n'ont donc pas assez de moyens pour se passer des services à domicile, et les services à domicile ne sont pas assez nombreux pour assurer une prise en charge intégralement à domicile lorsque les pathologies deviennent trop complexes. L'articulation entre les services à domicile et les structures pourraient donc être optimisée.

Depuis quelques années, des dispositifs hybrides voient le jour. En particulier, le développement de l'EHPAD hors-les-murs est un système parfaitement à l'interface entre l'institutionnalisation et la prise en charge à domicile. « *Le service d'EHPAD hors les murs est une solution alternative, en cas de dépendance, à l'hébergement en institution, et permettant de respecter [le] choix de vivre dans [sa] sphère sociale* » (Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve, 2024). Le principe majoritairement retenu est que ce sont les professionnels d'un EHPAD qui interviennent au domicile des résidents. Ces derniers

bénéficient alors des services de l'EHPAD en termes de soins, de rédaction du projet personnalisé, ou encore d'animations. Cela nécessite pour l'EHPAD de disposer de suffisamment de professionnels pour constituer une équipe mobile qui intervient chaque jour au domicile des usagers. Une fois encore, la limite réside dans les moyens financiers, en sachant qu'en 2023, 85% des EHPADs publics étaient déficitaires selon la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Le développement des services d'intervention à domicile vient, *in fine*, requestionner des segments entiers de la filière gériatrique. Seul le SMR n'est pour le moment pas concerné. Au CSG, les professionnels notent, sans toutefois pouvoir l'objectiver, pour le moment, un accueil de plus en plus régulier de patients en fin de vie, qui arrivent en hospitalisation après un parcours de soins à domicile devenu trop complexe. Il s'agit en général de prises en charge palliatives intervenant après que les services du domicile aient atteint le maximum de leurs possibilités. Auparavant, ces patients auraient probablement été hospitalisés plus tôt, permettant ainsi d'envisager la constitution d'un dossier en vue d'une admission en EHPAD ou en USLD. Ce sont ces derniers, institutions médico-sociales, qui font remonter le plus de difficultés autour du changement des profils patients. Les professionnels de l'EHPAD du CHHB font remarquer régulièrement l'aggravation notable de l'état de dépendance dans lesquels les résidents arrivent dans la structure. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) est ainsi passé de 700 en 2011 à 777 en 2023, tandis que le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est passé de 173 en 2013 à 250 en 2023. Ces deux indicateurs permettent de mesurer la charge en soins des résidents accueillis au sein de l'EHPAD. Enfin, l'USLD connaît de même une aggravation notable de l'état de santé et de dépendance des résidents accueillis. En assistant aux commissions d'admission, il n'était pas rare qu'environ trois demandes sur quatre soient annulées d'une semaine sur l'autre en raison du décès du résident le temps que son dossier soit constitué. Le médecin de l'USLD notait ainsi que « *depuis quelques temps c'est uniquement ça : des prises en charge palliatives et des décès rapides. Cela devient vraiment compliqué pour les équipes* ». S'ajoute à cela que dans l'attente d'une réforme sur les USLD, qui pourraient à terme devenir des Unités de Soins Complexes (USC), les moyens de ces unités ne font plus l'objet de réévaluations régulières via les coupes Pathos, qui permettent de réévaluer la charge en soins afin d'adapter les moyens accorder à la structure. A l'USLD du CHHB, la dernière coupe date de 2011.

Au terme de cette deuxième partie, il apparaît que les services existants au sein des filières gériatriques, qu'elles soient intra-hospitalière ou de territoire, répondent à des besoins. Toutefois, ces besoins ont évolué, et ont vocation à évoluer encore, au gré des changements qui s'effectuent en permanence au sein de la société. Aussi, les services gériatriques se trouvent aujourd'hui dans un paradoxe : les pouvoirs publics encouragent le développement des prises en charge à domicile en mettant à disposition des moyens, tandis que les services de médecine ou médico-sociaux des filières gériatriques semblent subir les conséquences de ces changements et n'obtiennent pas nécessairement de moyens leurs permettant de « *prendre soin* » correctement des patients/résidents. Grâce aux éléments de ce contexte national et local, il s'agit dorénavant de comprendre en détail quelles sont les difficultés rencontrées par les différents services des filières gériatriques (partie 3).

3 Entre événements atypiques et évolutions structurelles des besoins, l'analyse des difficultés actuelles des filières gériatriques oblige à envisager des changements pour l'avenir

L'analyse des difficultés rencontrées par la filière gériatrique du CHHB sont révélatrices à la fois des conséquences notables d'évènements tels que la crise de la Covid-19, mais sont également la preuve que la population a de nouvelles attentes auxquelles les établissements doivent répondre. La crise de la Covid-19 a eu sur les services des filières gériatriques des conséquences variables mais aussi durables (3-1). Si l'après Covid a été le terrain de difficultés nouvelles (3-2), il doit aussi être le temps d'une remise en question de l'organisation et du fonctionnement des services (3-3).

3.1 Les conséquences de la crise de la Covid-19 sur les services des filières gériatriques ont été variables mais se sont également révélés parfois durables

La crise de la Covid-19 a eu deux effets majeurs et distincts sur les services qui composent la filière gériatrique. En premier lieu, elle a permis de montrer l'efficacité et la réactivité de l'organisation hospitalière en temps de crise (3-1-1). Sur le long terme, elle a toutefois mis en lumière les difficultés de certains services, notamment médico-sociaux, à retrouver un fonctionnement jugé normal (3-1-2).

3.1.1 Certains services ont connu, au moment de la crise de la Covid-19, un essor de leur efficacité et de leur réactivité, preuve d'un certain savoir-faire au sein des filières gériatriques

S'il est indéniable que la crise de la Covid-19 a été un choc sans précédent et a durablement marqué les esprits, il faut aussi toutefois souligner qu'elle a été l'occasion de prouver l'efficacité de l'organisation hospitalière, particulièrement au sein des services médicaux de la filière gériatrique.

Les personnes âgées ont été, durant la crise sanitaire, particulièrement touchées. « *Parmi les patients hospitalisés, 45 % sont âgés de plus de 65 ans et 53 % des patients admis en unités de soins intensifs sont âgés de plus de 65 ans avec un taux de létalité en réanimation de 80 %* » (Maamar et al., 2020). Si les services d'urgence et de réanimation ont donc été particulièrement impactés par cette crise, ce sont ensuite les services gériatriques qui ont dû se réorganiser afin d'accueillir un maximum de patients Covid dans de bonnes conditions sanitaires. Au sein de la filière gériatrique du CHHB, cela s'est traduit concrètement par la fermeture totale d'une des ailes su service de SSR afin d'accueillir vingt-deux patients atteints de la Covid. Le fait que le CHHB soit doté d'une filière «*complète*» a alors eu plusieurs avantages. D'abord, les autres services ont pu poursuivre leur activité, en prenant bien sûr les précautions qui s'imposent, en assurant un transfert vers l'unité Covid dès que cela était nécessaire. Ensuite, du point de vue des ressources humaines, les procédures communes ont permis de maintenir, durant l'intégralité de la crise, une présence médicale et paramédicale continue.

L'ensemble des professionnels note, encore aujourd'hui, la remarquable mobilisation ayant eu lieu durant la crise. Les actions se sont mises en place rapidement, la solidarité interservices également et l'ensemble du personnel était concentré sur la qualité des soins et le respect des mesures sanitaires essentielles à la protection des populations à risque. Comme le soulignait une cadre de santé, « *durant cette période, il n'était plus question d'attendre des validations de l'ARS ou la sortie des textes de loi. Chacun faisait preuve de bon sens dans l'intérêt du patient, et on faisait ce qu'on devait faire* ». La cadre supérieure de santé du pôle rééducation-gériatrie ajoutera par la suite qu'elle « *a, durant cette période, retrouvé le sens de son métier, même si c'était vraiment difficile, mais on est revenu aux fondamentaux* ». Ce phénomène n'est pas propre au CHHB. A l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP), la crise a été l'occasion de voir émerger des idées audacieuses en un temps très court. « *Des actions innovantes ont été mises en place : cellules de régulation des entrées et des sorties de réanimation, suivi des patients infectés à domicile, traçage des contacts, transferts interrégionaux de patients de réanimation* » (Riou et al., 2020).

Là où les filières gériatriques de territoire existaient déjà avant la survenue de la Covid, des actions rapides et efficaces ont été mises en place. Dans un communiqué de presse, l'AP-HP souligne ainsi que « *pendant la crise du coronavirus, les missions des filières gériatriques (FG) se sont vues fortement renforcées, notamment en ce qui concerne la prise en charge médicale des résidents des EHPADs* » (AP-HP, 2020). Parmi les missions réalisées par la filière, il est possible de retenir la mise en place d'une astreinte gériatrique inter-établissements, la mise en place d'une équipe mobile extrahospitalière et le suivi du déconfinement dans les EHPADs.

Durant l'ensemble de la crise, les directeurs de site ont également découvert une dimension nouvelle de leur poste. Rejoignant les constats établis précédemment, les deux directeurs présents sur le site du CHHB ont trouvé un sens nouveau à leur métier. Le directeur des soins indiquera ainsi avoir vécu « *un moment formidable de cohésion et d'efficacité* », où « *les choses se sont mises en place rapidement* » et où il a « *retrouvé le sens du soin* ». La directrice de site affirme par ailleurs aujourd'hui que l'époque de la Covid était finalement « *une période hors du temps où, comme toutes les réunions étaient annulées, les relations de proximité avec les soignants et les services étaient plus développées et plus concrètes, et on pouvait faire des choses géniales en proximité* ».

Tous ces éléments permettent de montrer que l'organisation hospitalière, et en particulier la filière gériatrique intra-hospitalière du CHHB, a connu au moment de la crise de la Covid-19 une particulière effervescence et a su montrer l'étendue de ses possibilités. Les transferts de patients, la réorganisation des services et des ressources humaines, ou encore l'application en un temps records de nouvelles procédures et de nouvelles méthodes sont autant de facteurs qui tendent à démontrer l'efficacité des services hospitaliers, en particulier gériatriques. La crise de la Covid-19 aura permis de tirer plusieurs enseignements, dont deux sont particulièrement observables au sein du CHHB : il est nécessaire de « *développer un management de proximité et [de] rechercher un équilibre entre l'activité propre à l'hôpital et son inscription dans un territoire de santé* » (Dumez et Minvielle, 2020).

3.1.2 La Covid-19 a également mis en lumière les limites et les difficultés de certains segments de la filière gériatrique, en particulier sur son versant médico-social

Les premiers mois de la Covid ont induit, pour chacun des services, des conséquences directes et visibles sur les taux d'occupation (cf. annexe 1). Par exemple, le

CSG a connu, en 2020 et 2021, des taux d'occupation inférieurs à 50%, chose qui ne s'était jamais produite auparavant. Cela s'explique par l'incertitude qui a régné au début de la crise sur la procédure. L'obligation d'isolement des patients a induit la fermeture de l'ensemble des lits doubles dans les chambres. De plus, les incertitudes autour de la dangerosité du virus ont conduit les médecins à être prudents et à n'admettre des patients qu'en cas d'extrême nécessité. Inversement, les individus hésitaient également davantage à se rendre aux urgences afin d'éviter les contaminations, induisant une plus faible demande pour les services hospitaliers. « *La crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu des conséquences importantes sur la prise en charge des autres pathologies, avec des retards de soins, des déprogrammations d'interventions lors des phases de confinement, des patients craignant de venir se faire soigner* » (Cash, 2023). Au CHHB, ce retard de soins a été visible avec l'arrêt des consultations gériatriques, qui n'ont d'ailleurs à ce jour toujours pas repris.

Si les services gériatriques médicaux ont donc connu des difficultés immédiates, ils ont en revanche retrouvé, dès la fin de la Covid, des taux d'occupation similaires à ce qu'ils avaient connu avant la crise.

A l'inverse des services gériatriques médicaux qui ont connu un impact immédiat de la Covid sur leur activité, les services médico-sociaux ont subi, au CHHB, le choc de la Covid à contretemps. L'USLD a ainsi vu ses taux d'occupation diminuer durant la Covid et n'a retrouvé des taux supérieurs à 90% qu'à la fin de l'année 2022. L'EHPAD est encore plus marqué par ce phénomène, puisque le taux d'occupation a chuté en fin d'année 2020 en lien avec la vague Covid de l'automne, puis est resté durablement sous la barre des 80% en 2021 et 2022, avant de remonter très progressivement en 2023 pour s'établir à environ 83% en décembre.

Il est à noter que ce phénomène n'est pas propre à l'EHPAD du CHHB. Des comparaisons avec d'autres EHPADs permettent de montrer que la Covid a provoqué un décrochage des taux d'occupation dans de nombreux établissements, et pas uniquement dans les Hauts-De-France. Ainsi, sur un EHPAD situé dans la banlieue de Lille, les taux d'occupation montrent le même schéma qu'à L'EHPAD du CHHB. Ils ont enregistré des taux d'occupation supérieurs à 90% sur l'ensemble des années avant 2020, un début de chute de ces taux en 2020, puis des taux à partir de 2021 s'établissant davantage autour de 80% avec une réelle difficulté à les faire remonter. Le taux d'occupation enregistré en avril 2024 s'établit à 76%. En Moselle, deux EHPADs hospitaliers appartenant au même groupement établissent le même constat : une impossibilité de remplir les lits depuis la Covid, avec des taux d'occupation actuels s'élevant respectivement à 85 et 75%. Au niveau national, la Fédération Hospitalière de France (FHF) enregistre une amélioration des taux d'occupation en 2023, avec toutefois un taux moyen d'occupation toujours inférieur, de 2,4 points, au taux avant Covid (enquête nationale FHF, avril 2024).

3.2 L'après-Covid a été marqué par d'autres difficultés, qui ont amplifié les difficultés des services gériatriques

De nombreux auteurs soulignent le « *caractère inédit* » de la crise Covid (Maclure, 2020). Il est maintenant intéressant d'analyser la période post-Covid. En premier lieu, le regard porté sur les EHPADs s'est considérablement dégradé avec la sortie du livre Les Fossoyeurs de Victor Castanet (3-2-1). Ensuite, la crise de la Covid a eu comme conséquence directe un effet sans précédent sur les effectifs médicaux et paramédicaux, impactant significativement l'intégralité des services de la filière gériatrique (3-2-2).

3.2.1 Affaiblis par la Covid-19, les EHPADs ont eu à surmonter une nouvelle crise avec les révélations parues dans le livre de Victor Castanet

« *Alors que la France sortait hébétée du Covid-19 qui avait fauché des milliers de pensionnaires de maisons de retraite, Les Fossoyeurs, l'enquête impeccable de Victor Castanet sur le groupe Orpea, a été propulsé au sommet des ventes* » (Braunstein, 2022). Les médias se sont saisis du sujet et ont ainsi encouragé l'ensemble de la société à développer une opinion, souvent négative, à l'égard des institutions de type EHPAD. D'autre part, les faits dénoncés dans ce livre ont encouragé les pouvoirs publics à mettre en place rapidement un certain nombre de mesures qui n'ont pas toujours été en faveur des établissements.

Durant la crise de la Covid-19, les relations entre la société et les EHPADs se sont dégradées. L'interdiction des visites, le nombre important de décès et l'impuissance des proches face à ce phénomène sont autant de facteurs qui ont encouragé les individus à développer une opinion peu favorable à l'égard des établissements. En janvier 2022, lorsque le livre de Victor Castanet paraît dans la presse, ce constat est exacerbé, au point que les pouvoirs publics parleront de « *crise de confiance entre les Français et les EHPADs* » (Combe, 2023). Le simple fait de taper dans un moteur de recherche « *révélations EHPAD* », en sélectionnant l'onglet « *actualités* » permet d'avoir accès à 116 articles, tous parus après la sortie du livre et en lien avec ce dernier (recherche en date du 8 juillet 2024). La littérature scientifique parle de « *tempête médiatique et politique* » pour évoquer ce phénomène (Grenouillet, 2024).

Les faits dénoncés par le livre Les Fossoyeurs sont vastes, mais il est possible d'en retenir quelques éléments marquants. En premier lieu, beaucoup ont découvert grâce au livre que les financements des EHPADs relèvent de fonds publics, y compris dans les établissements privés. En second lieu, Victor Castanet prouve qu'il existe, au sein des établissements du groupe ORPEA, une logique d'économie génératrice d'un certain nombre d'actes « *maltraitants* ». A titre d'exemple, les soignants sont en sous-effectifs et ne peuvent utiliser qu'un nombre limité de changes chaque jour, au détriment du confort des résidents et alors même que l'enquête est menée dans l'un des établissements les plus chers du groupe.

Si ce livre intéresse le présent mémoire, c'est parce que les conséquences de sa parution sur l'opinion publique ont été durables, et ne se sont pas arrêtées aux seuls établissements privés. Le questionnaire diffusé en population générale révèle ainsi, comme cela a déjà pu être évoqué, que plus de six répondants sur dix ont vu leur opinion sur ces établissements se dégrader suite au scandale des révélations. Les professionnels du DAC établissent le même constat et évoquent un a priori négatif sur les EHPADs déjà existant, qui s'est amplifié avec la parution du livre et le scandale qui a suivi.

Il est à noter que les USLD jouissent d'une meilleure réputation. Selon les professionnels du DAC, ces services ne sont pas apparentés, à des services médico-sociaux mais plutôt à des services hospitaliers. Les usagers ne pensent pas qu'ils auront un reste à charge important.

Si le livre Les Fossoyeurs a durablement marqué les esprits et impacté l'attractivité des EHPADs, c'est aussi parce qu'il a trouvé un écho particulier dans les politiques publiques. Le livre paraît le 26 janvier 2022. Dès le 8 février, le Sénat annonce le lancement d'une commission d'enquête, dont le but est, notamment, d'« *examiner la supervision des contrôles des EHPADs* » (Conesa et Darame, 2022). Le 12 juillet 2022, le Sénat publie le rapport de cette commission d'enquête et propose notamment de « *renforcer*

substantiellement les outils de contrôle des EHPADs » (Deroche et al., 2022). En lien avec ce constat, le gouvernement avait annoncé au premier trimestre 2022 le lancement d'un plan de contrôle des EHPADs sur deux ans, avec pour objectif le contrôle des 7500 EHPADs. Dans les faits, ce plan de contrôle s'étale sur la période 2022-2024 et propose deux types de contrôles, sur pièces ou sur site. Sur les quatre EHPADs des HPA à ce jour, un établissement a fait l'objet d'un contrôle sur site et un autre sur pièces en 2023, l'EHPAD du CHHB a connu un contrôle sur pièces en mai 2024, et l'EHPAD de La Bassée n'a, à ce jour, pas encore été contrôlé. Les rapports rendus démontrent plusieurs choses. D'abord, les contrôles sont exhaustifs et couvrent de très nombreux champs : gouvernance, ressources humaines, accompagnement du résident, soins, etc. Le nombre de pièces demandées est particulièrement élevé (plus de 150 documents fournis pour le contrôle de l'EHPAD « Les 5 Saisons ») et le temps laissé aux établissements pour rassembler les pièces lors d'un contrôle sur pièces est faible (environ une semaine). Les remarques formulées ensuite par l'ARS amènent à plusieurs réflexions. En premier lieu, elles montrent que les inspecteurs procèdent à une analyse très détaillée des documents fournis. L'EHPAD de Lens s'est ainsi vu reprocher le manque de détail sur les modalités de changement de chambre du résident au sein du contrat de séjour (lecture détaillée d'un document sur les 150 pièces demandées). En second lieu, il est possible de relever une forme de dichotomie entre les remarques formulées par l'ARS et l'accompagnement que ces agences effectuent auprès des établissements. En effet, les rapports de l'EHPAD de Béthune et de l'EHPAD de Lens mettent en avant à plusieurs reprises le manque d'effectifs au sein des unités, notamment lorsqu'il s'agit d'unité spécifique type UVA. Or, ce sont les ARS qui définissent, par le biais des coupes PATHOS, le « *forfait soins* » alloué aux établissements, et donc les moyens qu'ils auront à consacrer au déploiement de ressources humaines supplémentaires. Il paraît donc surprenant que l'ARS puisse reprocher à un établissement le manque d'effectifs alors même que ces derniers dépendent directement des moyens que l'ARS octroie aux établissements.

Ce plan de contrôle national est donc exhaustif et devrait permettre, à terme, de dresser un bilan réaliste de l'état de fonctionnement des EHPADs en France. Au 31 décembre 2022, 1400 contrôles avaient été réalisés et avaient donné lieu à la formulation de « *1800 prescriptions-injonctions et 2211 recommandations* » (DGCS, 2023). Les recommandations formulées dans les rapports d'inspection sont réalistes et donnent lieu à des actions concrètes de la part des établissements. L'ARS est une autorité de tutelle et un financeur et il est donc indispensable de répondre à ses exigences afin de conserver ses financements, comme en témoignent les observations faites au sein des HPA lors des contrôles des EHPADs. La question demeure de savoir comment seront utilisées les données issues de ces contrôles, notamment sur le plan financier. Par exemple, si un nombre conséquent de rapports souligne le manque de personnel, sera-t-il décidé une augmentation des moyens afin de renforcer les équipes et ainsi garantir une meilleure qualité de prise en charge ? A ce jour, il n'existe pas non plus d'informations sur ce qui sera mis en place après ce vaste plan de contrôle. Une réforme était en cours peu avant la survenue du scandale, et prévoyait la mise en place d'un contrôle ou d'une évaluation tous les cinq ans au sein des établissements (cf. décret du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS). La question demeure de savoir comment ces normes règlementaires seront effectivement appliquées. Avant le scandale ORPEA, les établissements n'étaient contrôlés « *en moyenne [qu']une fois tous les 20 ou 30 ans* » (Sénat, rapport d'information n°771, 2022).

En tout état de cause, les contrôles ne permettent pas aujourd'hui de renforcer l'image des EHPADs auprès de la population. Dans le questionnaire diffusé au grand public dans le cadre de cette recherche, la majorité des répondants (51,4%) déclarent avoir une

opinion mitigée sur les EHPADs. Seul 27,7% en ont une opinion positive ou très positive, et 24,3% en ont une opinion négative ou très négative.

3.2.2 La crise de la Covid-19 a exacerbé les difficultés d'attractivité des métiers du grand âge, tant au niveau médical que paramédical

L'après Covid-19 a été marqué également par des effets durables sur l'attractivité des services gériatriques en termes de ressources humaines. Selon le responsable des ressources humaines du CHHB, cette problématique a touché successivement tous les corps de métier, avec des problématiques d'abord marquées sur le recrutement des infirmières, puis petit à petit des difficultés également à trouver de la main d'œuvre aide-soignante. La directrice des affaires médicales affirme par ailleurs que les difficultés à recruter des médecins gériatres existent depuis longtemps et ne se sont pas améliorées. L'analyse de l'ensemble de ces composantes permet de voir que, si la population a un avis plutôt négatif sur les services gériatriques, il en est de même de la part des soignants.

Les difficultés d'attractivité des services gériatriques ne sont pas nouvelles. Dès 2006, certains auteurs affirment que *« les difficultés de recrutement des professionnels de santé touchent plus particulièrement le secteur de la gériatrie et de la gérontologie* » (Archambault, 2006). Parmi les causes identifiées de ce phénomène, il est possible de citer les craintes autour du vieillissement de la population, ou encore « *la représentation de la vieillesse […] généralement associée à des déficits invalidants* » (Archambault, 2006). Une enquête de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France de 2006 montre que les postes vacants au niveau paramédical sont plus nombreux au sein des filières gériatriques que dans les autres services. Par exemple, il existe 11% de postes vacants au sein des filières gériatriques en Île-de-France à cette époque contre 5,2% en moyenne sur l'ensemble des disciplines. Il est à noter également que « *les structures médico-sociales sont encore plus touchées par le déficit de professionnels* » (Archambault, 2006).

Les pouvoirs publics se sont saisis du sujet et un rapport a été publié par Myriam El Khomri en 2019, s'intitulant « *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge* ». Selon ce rapport, le secteur gériatrique souffre d'un déficit d'attractivité occasionnant de nombreux postes vacants et devant conduire à la formation de 260 000 professionnels entre 2020 et 2024 afin de combler les manques. En plus de ce phénomène, le vieillissement de la population entraîne l'apparition de nouveaux besoins et devrait conduire à la nécessité de créer 93 000 postes supplémentaires entre 2020 et 2024. Malgré ces besoins, les principaux métiers du grand âge attirent de moins en moins, comme en témoigne « *la baisse de 25% en six ans des candidatures aux concours d'accès* » au métier d'aide-soignant (El-Khomri, 2019).

Au niveau médical, la gériatrie est une spécialité qui peine à attirer les étudiants en médecine. En 2022 et 2023, la gériatrie était l'une des six spécialités pour lesquelles il restait des places vacantes à l'issue de la période de choix des étudiants (Bluteau, 2023). Au sein du CHHB, cela se traduit concrètement par une difficulté à attirer des internes, voir à maintenir les agréments d'accueil faute de candidats pendant plusieurs campagnes. Comme a pu le souligner la médecin chef de service du SMR lors d'une réunion en mai 2024, « *quand ils viennent jusqu'à chez nous en général on arrive à les garder, mais la plupart du temps ils ne viennent pas, ils restent dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)* ».

Au niveau régional et local, la région souffre d'un déficit d'attractivité lié à son implantation géographique et aux difficultés sociales et économiques. Malgré la présence d'un CHU à Lille et à Amiens, la région ne fait pas partie des plus attractives pour les

médecins. Ils préfèrent se tourner vers Paris, Lyon, Bordeaux ou encore Marseille (Bluteau, 2023).

Parmi les raisons qui expliquent le manque d'attractivité des métiers du grand âge, il n'est pas inutile de détailler la difficulté de ces métiers. En effet, « *les postures, les rythmes de travail sont marqués par une forte pénibilité et se traduisent pas un nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (sinistralité) trois fois supérieur à la moyenne nationale* » (El-Khomri, 2019).

La crise Covid a amplifié des faits existants. Elle a été longue et difficile pour l'ensemble des services hospitaliers, mais plus particulièrement les services gériatriques. En particulier, la pénibilité a été accrue en raison des normes sanitaires supplémentaires et la charge mentale liée aux nombreux décès n'a pas toujours été suffisamment accompagnée par les services hospitaliers. Les absences de certains agents, atteints eux-mêmes par la Covid, ont pu engendrer une surcharge importante de travail pour les collègues. L'ensemble de ces constats est partagé par les cadres des services de la filière gériatrique du CHHB. Les cadres de l'EHPAD « Les 5 Saisons » notent ainsi un turn-over plus important au sein de leurs équipes depuis la pandémie. Le cadre du CSG évoque quant à lui des difficultés à faire accepter aux soignants de son service le maintien des précautions liées à la Covid, notamment en raison de la charge de travail supplémentaire engendrée par la présence d'un patient atteint. Le protocole prévoit, en effet, le port d'un certain nombre d'équipements nécessitant un habillage et un déshabillage complet à chaque entrée et sortie de la chambre du patient. Tous ces éléments concourent à créer des difficultés à recruter des professionnels, et ce malgré les revalorisations salariales ayant pu être mises en place.

Autrement dit, « *après la crise sanitaire les établissements de santé subissent une crise des ressources humaines qui freine les reprises d'activité* » (Cash, 2023). Si ce constat est effectué au niveau national, il s'observe également en interne au sein de la filière gériatrique du CHHB. A titre d'exemple, le CSG a connu de réelles difficultés en 2022 et 2023 en raison d'un manque de personnel médical. Ce n'est qu'à partir de la fin d'année 2023, puis au premier semestre 2024 que les taux d'occupation ont de nouveau atteint leur niveau habituel supérieur à 95%. Cela n'a d'ailleurs été possible que grâce à une solidarité au sein du pôle rééducation / gériatrie des HPA, puisque la médecin chef de pôle a réorganisé l'ensemble des effectifs médicaux sur trois sites du GHT afin de s'assurer d'une présence médicale suffisante au sein du CSG d'Hénin-Beaumont.

3.3 Aujourd'hui, les difficultés à remonter les taux d'occupation mettent en lumière les attentes des personnes âgées et les points d'amélioration de l'administration

L'ensemble de ces évènements et constats a pour conséquence des difficultés durables à faire remonter les taux d'occupation des services de la filière gériatrique. Se pose dès lors la question de ce que souhaitent réellement les individus pour leur fin de vie. L'analyse approfondie des attentes des individus (3-3-1) permet de questionner la pertinence des actions menées par l'administration afin de redynamiser les services gériatriques (3-3-2).

3.3.1 En 2024, questionner la population permet de démontrer que les attentes des individus ont évolué et se montrent parfois paradoxales

L'ensemble des constats effectués précédemment amène à questionner la pertinence de l'organisation actuelle des services gériatriques. Ils ne bénéficient pas d'une bonne réputation car les individus ne souhaitent plus mourir en institutions médico-sociales pour personnes âgées et les soignants ne souhaitent plus non plus travailler dans ces services. Il est dès lors pertinent de s'interroger sur les attentes citoyennes quant à la fin de vie et l'analyse du questionnaire déployé en population générale offre un regard intéressant sur le sujet.

En premier lieu, les réponses aux questions rejoignent les constats dressés dans la première partie de ce mémoire. Ce questionnaire concernait prioritairement les EHPADs, car il s'agit du service gériatrique le plus connu en population générale. Il permet quoi qu'il en soit de se forger une opinion réaliste des attentes des individus sur les services de prises en charge du public âgé. Pour 76,5% des répondants ayant déjà eu à placer un proche en EHPAD, ce placement ne relevait pas d'une volonté du résident. Dans neuf cas sur dix, le placement du proche est rendu obligatoire par un état de santé trop dégradé.

Le soin à domicile est plutôt plébiscité et connu de la part des répondants. Ainsi, 42,3% des répondants n'ayant jamais placé de proche en EHPAD ont tout de même eu recours aux services d'aide à domicile, et parmi eux, 79,1% affirment que cela a permis d'éviter ou de retarder une entrée en EHPAD. Ceux qui n'ont pas eu recours à ce type de services sont 71,4% à penser que ces dispositifs sont de nature à retarder ou à remplacer une entrée en institution.

Le questionnaire permet également de mettre en lumière un paradoxe intéressant : si les répondants ne souhaitent pas pour eux-mêmes un placement en EHPAD, ils sont néanmoins majoritaires à envisager un tel placement pour leurs proches, admettant qu'il s'agit là de la seule solution qui s'offre à eux. 82,4% des répondants ayant déjà placé un proche en EHPAD affirment ainsi qu'ils le feraient de nouveau si la situation venait à se représenter. Pour autant, parmi les personnes ayant déjà placé un proche en EHPAD, ils sont 78,4% à affirmer qu'il est positif d'encourager le plus possible le maintien à domicile, et 68,6% à trouver qu'un maintien à domicile est mieux qu'un placement en EHPAD, notamment grâce au maintien des repères du résident et au maintien de sa qualité de vie. Pour les répondants n'ayant jamais placé de proche en EHPAD, ils sont 66% à envisager de recourir à ce type d'établissement si l'état de santé d'un de leur proche le nécessitait. Au global, 58,1% des répondants affirment que l'EHPAD restera un acteur majeur de l'accompagnement du grand âge, notamment en raison de l'augmentation de la proportion de personnes âgées au sein de la population, et en l'absence d'alternatives satisfaisantes. Pour autant, 74,3% des répondants pensent qu'il est aujourd'hui nécessaire de réfléchir à d'autres modes de prise en charge, notamment à domicile.

Il est particulièrement intéressant de souligner la diversité des attentes des individus quant à « *l'EHPAD idéal* ». Les réponses montrent en effet qu'il est impossible de créer un EHPAD qui conviendrait à chacun. Quand certains souhaitent un maximum d'intimité ou une vie en environnement rural et verdoyant, d'autres souhaitent bénéficier d'un maximum d'animations, de la vie en collectivité et d'un accès facilité à de nombreux commerces. Certaines choses se recoupent néanmoins dans les réponses, comme l'absence d'horaires de visite fixes, une médicalisation moins visible, une bonne qualité d'accompagnement ou encore du personnel compétent. Ces éléments rejoignent les points d'attention des familles s'ils devaient placer un proche à l'EHPAD. En effet, voici les éléments qu'ils regarderaient prioritairement : le prix, les horaires de visite, la qualité des soins, la localisation, les activités ou encore le cadre de vie.

Il faut également souligner que cette enquête montre qu'une part non négligeable des répondants associent l'EHPAD à quelque chose d'assez négatif. Ainsi, parmi les personnes ayant déjà placé un proche en établissement, 17,6% ne renouvelleraient pas ce placement. Ils préféreraient effectuer un maintien à domicile parce qu'ils craignent ces établissements depuis les différents scandales, ou encore parce qu'ils trouvent que ces établissements manquent de moyens. Parmi les répondants n'ayant jamais placés de proche en EHPAD, 37,1%, soit une part non négligeable, n'envisageraient pas ces institutions si l'état de santé d'un de leur proche se dégradait. Les raisons évoquées sont variées, mais il est possible de mentionner : un financement trop faible pour assurer de bonnes conditions de vie, le prix élevé de ces établissements, l'éloignement géographique de l'EHPAD par rapport au centre-ville, la volonté de s'occuper soi-même de son proche ou encore la mauvaise réputation des EHPADs. Rejoignant ensuite le manque de confiance envers ces institutions, environ 75% des répondants au questionnaire ont une opinion mitigée, négative ou très négative envers les EHPADs.

Les EHPADs semblent être des institutions ne donnant pas pleinement satisfaction aux individus, qu'ils aient, ou non, déjà eu à y faire face. Le maintien à domicile, encouragé par les politiques publiques, apparaît au moins temporairement satisfaisant pour une grande partie des répondants, qui voient en lui des avantages certains pour la qualité de vie des personnes âgées. Les individus ne souhaitent pas prendre en charge eux-mêmes leurs proches âgés, mais paradoxalement, pour eux-mêmes, ne souhaitent pas non plus être admis en EHPAD et voudraient voir se développer des alternatives plus qualitatives et accueillantes.

3.3.2 Le déficit d'attractivité des services gériatriques oblige aussi à questionner le mode de gouvernance et de management de ces services

Si les individus souhaitent de moins en moins avoir recours aux EHPADs, si les services gériatriques médicaux peinent à se remplir et si les filières gériatriques intra-hospitalières ne parviennent plus à déployer des méthodes efficaces d'attractivité des professionnels, il est alors indispensable d'analyser également les manquements éventuels de l'administration. En effet, si les causes sociétales et structurelles ont été développées jusqu'ici, il n'est pas exclu que les directeurs et leurs équipes soient également responsables d'une partie du déficit d'attractivité.

L'administration et les professionnels sont parfois générateurs d'injonctions contradictoires. Au sein des HPA, il existe par exemple une volonté forte de déployer le concept « *Humanitude* » dans les EHPADs. Cette méthode de soins, développée par Yves Gineste et Rosette Marescotti, a pour objectif de prendre soins des aînés dans le respect de leurs particularités humaines. Les établissements engagés dans cette démarche doivent réaliser de nombreuses actions et former leurs personnels afin de prétendre à l'obtention de la labellisation « *Humanitude* ». L'EHPAD Montgré de Lens est engagé dans cette démarche depuis une dizaine d'année et espère obtenir cette labellisation prochainement. La démarche est également engagée au sein de l'EHPAD « Les 5 Saisons » depuis moins longtemps, mais le partage des pratiques permet à l'établissement de rattraper rapidement son retard.

Cette démarche est génératrice de deux difficultés pour les soignants. En premier lieu, cette démarche est difficile à faire accepter aux familles et aux résidents. Elle implique la mise en place de pratiques innovantes, et le déploiement d'un certain nombre de méthodes afin de préserver l'autonomie des résidents. Concrètement, les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent se voir proposer la technique du « *manger-main* » afin

de maintenir leur capacité à manger seul alors qu'ils ne parviennent plus à utiliser des couverts. De même, les résidents sont incités à se servir seul leurs repas ou à effectuer au maximum leurs toilettes seuls. Or, les familles et les résidents peuvent trouver ces pratiques déplacées, et reprochent régulièrement aux cadres l'inégalité de traitement entre les résidents. Pour les familles, qui perçoivent l'EHPAD comme un établissement cher qui se doit de fournir des services et des soins, il est difficile de concevoir que ces soins ne soient plus administrés pour leur proche s'il est suffisamment autonome. Pour le dire autrement, ces actions peuvent être perçues comme une perte de légitimité du prix élevé que les familles payent pour placer leur proche en EHPAD.

Les soignants sont ensuite confrontés aux injonctions contradictoires de l'administration en ce qu'elle souhaite développer cette démarche tout en ne donnant pas forcément le temps humain nécessaire à sa mise en œuvre pleine et entière. En effet, accompagner le résident dans la réalisation de tâches quotidiennes, comme le fait de faire sa toilette, demande plus de temps que de réaliser cette toilette directement. Or, même si l'établissement est engagé dans la démarche « *Humanitude* », il ne dispose pas de plus de ressources pour augmenter ses effectifs. Aussi, de nombreux soignants pointent du doigt le fossé entre ce qu'ils entendent en formation et le temps dont ils disposent réellement au chevet du résident. Une aide-soignante de l'EHPAD « Les 5 Saisons », dans un contexte de tension sur les effectifs, est même allé jusqu'à dire à l'une des cadres : « *Madame X, là ce n'est plus possible. Je suis toute seule pour faire 20 toilettes sur une matinée, on est à la limite de la maltraitance. C'est de l'abattage. Franchement si ça continue comme ça je vais vous dire, je ne vais même pas aller à la formation Humanitude de la semaine prochaine* ».

En poussant la réflexion plus loin, le déploiement de la démarche Humanitude questionne aussi le rôle de l'EHPAD. En effet, ces établissements sont conçus pour accueillir des individus dépendants qui ont besoin de soins et d'un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Or, en mettant en place la démarche « *Humanitude* », les soignants incitent les résidents à réaliser un maximum de choses par eux-mêmes. Il est possible d'imaginer qu'en déployant cette démarche au domicile des individus, ceux-ci maintiendraient leur autonomie suffisamment longtemps pour retarder au maximum, voir même éviter, l'entrée en institution.

Sur le plan financier ensuite, l'administration, représentée par les directeurs d'établissements en lien avec les organismes de tutelle, a une attente forte sur les taux d'occupation. Concrètement, il est en général demandé aux équipes de maintenir des taux d'occupation supérieurs à 95%, sans lesquels les financements ne sont plus garantis. Sous le seuil de 95%, les directeurs, en lien avec les cadres supérieurs de santé, adaptent les cadres de fonctionnement des unités et diminuent donc les effectifs en attendant une remontée des taux d'occupation. Cela induit, presque systématiquement, un cercle vicieux dans lequel les médecins chef de service et les cadres de santé refusent de faire des entrées faute de moyens humains suffisants, en réponse de quoi la direction indique que les ressources humaines seront rétablies dès que les taux d'occupation seront de nouveau satisfaisants. C'est exactement ce scénario qui a conduit à quelques mois de difficultés au sein du CSG du CHHB et à l'EHPAD « Les 5 Saisons ». Généralement, ce sont les médecins des services, dont la responsabilité est engagée dans le cadre des soins apportés aux patients, qui sont les plus réticents à accueillir de nouveaux patients ou résidents. A l'EHPAD, ce phénomène a conduit également à une forme de sélection des résidents accueillis, puisque les cadres de santé et le médecin coordonnateur diront à plusieurs reprises en commission d'admission, entre les mois de janvier et juin, qu'ils ne

peuvent accueillir tel ou tel résident jugé trop « *lourd* » médicalement en raison du manque d'effectif.
De manière plus générale, la focalisation de l'administration sur les taux d'occupation ne permet pas d'engager une réflexion plus vaste sur les attentes et les besoins des individus. Inquiets de perdre leurs financements, les équipes de direction attendent des équipes un remplissage des services, et n'ont pas forcément le temps d'envisager une adaptation des services proposés. Ainsi, à l'EHPAD « Les 5 Saisons », cela se traduit concrètement par une absence d'investissement conséquent faute de moyens financiers suffisants, alors même que les équipes réfléchissent au quotidien à la manière d'améliorer leurs prises en charge. Parmi les choses que les soignants souhaiteraient mettre en place, on retrouve par exemple le déménagement de l'unité de vie sécurisée au rez-de-chaussée afin que les résidents déments et déambulants puissent profiter d'un accès sécurisé au jardin, ou encore l'achat d'un véhicule mutualisé au sein du pôle rééducation-gériatrie afin d'effectuer davantage de sorties en extérieur.

Il est enfin nécessaire de souligner que les attentes et préconisations de l'ARS ne sont pas toujours en adéquation avec les difficultés auxquelles sont confrontés les agents de terrain. Au CHHB, cela est particulièrement visible au sein de l'USLD et de l'EHPAD. A l'USLD, il est observé depuis plusieurs mois une évolution importante des profils accueillis, qui sont de plus en plus assimilables à des résidents en fin de vie nécessitant une prise en charge palliative. L'unité n'est pourtant pas dimensionnée pour accueillir une proportion importante de résidents avec ce profil. Face à ce constat, et en attente d'une éventuelle réforme sur ces unités, l'ARS refuse pourtant de réévaluer la charge en soins via une coupe PATHOS, privant ainsi l'unité de la possibilité de s'adapter aux demandes du territoire. Au niveau de l'EHPAD, et ce constat est également valable pour les autres EHPADs du territoire, il existe un décalage entre les attentes de l'ARS, qui souhaite que chaque EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur et de l'intervention des médecins traitants pour les prescriptions auprès des résidents, et les réalités de terrain, puisque les médecins traitants n'interviennent quasiment plus au sein des établissements et qu'il existe une pénurie de médecin sur le territoire du Pas-de-Calais. Ainsi, lors du contrôle sur pièces de l'EHPAD de Lens, l'ARS a reproché à l'établissement le fait que le médecin coordonnateur ne se consacrait pas uniquement à ses missions de coordination et effectuait également le suivi et la prise en charge de la moitié des résidents. Pourtant, l'EHPAD de Lens fonctionne uniquement avec des médecins praticiens hospitaliers, donc sans l'intervention de médecins traitants, selon un modèle financé et contractualisé avec l'ARS. A l'EHPAD « Les 5 Saisons », un 0,9 Equivalent Temp Plein (ETP) de médecin est financé, alors que plus de la moitié des 130 résidents ne disposent pas d'un médecin traitant. Ces chiffres sont à mettre en lien avec les difficultés du territoire concernant le nombre de médecins traitants. Entre 2010 et 2022, le nombre de médecins généralistes en activité a chuté de 16,8% (Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNOM, 2023). Le département du Nord, géographiquement très proche du CHHB, enregistre lui-aussi une baisse de 9,8%. L'ARS souhaite donc développer coûte que coûte le lien avec les médecins traitants, en obligeant à mettre en place les commissions de coordination gériatriques (article D. 312-158 du Code de l'Action Sociale et des Familles – CASF) et en ne finançant qu'un temps restreint de présence médicale, alors que les établissements font face à de réelles difficultés pour faire intervenir les médecins au sein des structures. Dans les EHPADs des HPA, les tentatives de mise en place des commissions de coordination gériatrique se sont soldées par des échecs, faute de participants.

Au terme de cette partie, il apparaît donc que les filières gériatriques ont eu à faire face à des difficultés multiples, à la fois en raison de la crise de la Covid-19 et du scandale ORPEA, mais aussi en raison d'évolutions sociétales ayant affecté durablement la perception des individus des services gériatriques. Si l'EHPAD et l'USLD semblent plus affectés par ces éléments, il est nécessaire de concevoir le rôle de ces structures au sein du parcours de soins des individus, impliquant nécessairement l'ensemble des services de la filière gériatrique. L'administration, aussi bien interne aux établissements qu'au niveau des organismes de tutelle, n'a semble-t-il pas encore mesuré les nécessaires changement à venir. Il reste toutefois indispensable d'y réfléchir afin d'anticiper au mieux l'avenir. Ce n'est que dans cette optique, et en adoptant une vision projective, que l'exercice d'un directeur en poste peut s'avérer la plus utile possible. Dans ce cadre, l'action de la direction doit englober l'ensemble des services de la filière gériatrique afin de proposer un modèle qui allie réponse aux besoins de la société, réalisme vis-à-vis des moyens disponibles et concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués (partie 4).

4 Le rôle du directeur dans la reconfiguration de l'offre gériatrique de son établissement

L'offre telle qu'elle existe aujourd'hui ne semble plus adaptée aux attentes sociétales. L'action que peut mener un directeur d'établissement dans ce cadre est réelle, puisqu'il est à l'interface entre le terrain et les organismes de tutelle. C'est pourquoi les réflexions qui suivent s'attacheront dans un premier temps à étudier comment peut se faire l'adaptation de l'offre en interne en lien avec les besoins du territoire (4-1). Les établissements travaillant en lien étroit avec les organismes de tutelle, une réflexion sera ensuite menée sur la manière de conduire ces changements en lien avec ces organismes (4-2). Enfin, des actions concrètes d'aménagement et de changement au sein des filières gériatriques intra-hospitalières seront proposées (4-3).

4.1 Questionner la pertinence de l'offre au regard des besoins de la société est à la fois une nécessité et une opportunité

C'est en effet le rôle premier d'un établissement de santé d'être en mesure de proposer une offre de service qui soit le plus en adéquation possible avec les besoins du territoire. En analysant le devenir des services les plus en difficulté (4-1-1), l'administration se doit donc d'adapter son action et de se doter de méthodes innovantes (4-1-2).

4.1.1 Chaque service en difficulté sur une période significative doit conduire à un questionnement sur la pertinence de son activité et de son organisation

L'administration d'un établissement de santé, et en particulier le directeur, doit être capable de surveiller et d'analyser chaque variation significative de ses taux d'occupation. Il est nécessaire de disposer d'un tableau de bord de ces taux, actualisé le plus régulièrement possible. Au CHHB, ces taux sont recensés chaque jour et envoyés chaque

soir aux services de la direction, aux cadres supérieurs et cadres de santé, et à la direction générale située à Lens. La direction est ainsi en mesure de réagir rapidement si elle constate un sous-remplissage.

Au sein du CHHB, et sur la période du stage de professionnalisation, l'ensemble des services de la filière gériatrique ont connu successivement des difficultés, et ont nécessité la mise en place d'actions différentes. Nous revenons ici sur le cas du CSG, de l'EHPAD et de l'USLD.

En premier lieu, le CSG était en grande difficulté en octobre. Il avait été avancé que cette difficulté résultait d'un manque d'effectif médical et que cela avait vocation à se résoudre sur la fin d'année 2023 et sur le début d'année 2024, puisqu'un nouveau médecin arrivait et qu'une autre revenait de congé maternité. Si les taux d'occupation sont effectivement remontés significativement en décembre, les fluctuations observées sur le début d'année 2024 montrent toutefois que l'effectif médical n'expliquait pas totalement la baisse du taux d'occupation. Ce n'est qu'à la suite de plusieurs réunions incluant la chef de service, la chef de pôle, la directrice référente du site et du pôle, les médecins du service, la cadre supérieure de santé et le cadre du service, que les taux d'occupation sont remontés durablement. Ces réunions ont en effet permis de poser plusieurs bases. D'abord un rappel a été fait sur la nécessité pour un service de médecine d'avoir des taux d'occupation proche de 100%. Il s'agit d'un service avec un nombre limité de lits, qui est financé à l'activité et qui ne peut se permettre d'avoir plusieurs lits inoccupés pendant plusieurs jours. La médecin chef de pôle, en lien avec la chef de service ont également pu discuter des difficultés rencontrées pour remplir les lits. Notamment, l'absence de plateau technique lourd sur le site du CHHB empêchait ou retardait certaines entrées. Enfin, la chef de service a avancé l'argument selon lequel il n'était pas possible de réaliser plus de deux entrées par jour en raison de la charge de travail. Après discussion avec la directrice et la chef de pôle, il s'est avéré que cet argument était peu recevable compte-tenu du taux d'encadrement et du fait que l'équipe paramédicale était au complet sur la période indiquée.

Ces réunions, peu fréquentes, génèrent parfois des situations de tensions mais sont toutefois indispensables au maintien d'une activité satisfaisante. En tant que manageur, il me semblerait pertinent d'en organiser chaque trimestre de manière systématique. Cela permettrait de ne pas être dans une démarche de sanction en n'organisant des réunions qu'en cas de difficultés. Il convient tout de même de souligner qu'aujourd'hui, le CSG a des taux d'occupation satisfaisant, preuve qu'il répond à un besoin de santé publique sur le territoire.

L'EHPAD, depuis 2022, est également un service en difficulté et un sujet de réflexion au sein de l'équipe de direction. En tant qu'élève-directrice, et afin de comprendre la nature et la source des difficultés de remplissage, plusieurs actions ont pu être entreprises au cours du stage. En premier lieu, la participation régulière à la commission d'admission du CHHB, commune à l'USLD et à l'EHPAD, m'a permis d'entrevoir plusieurs sources de difficultés et pistes d'améliorations. Le circuit actuel pour le traitement d'un dossier est le suivant : 1) une demande d'admission est déposée au CHHB, sur le site de l'EHPAD, par mail ou auprès du médecin coordonnateur ; 2) la personne qui reçoit la demande présente la situation lors de la commission d'admission suivante ; 3) le dossier est étudié et, si le profil correspond à l'EHPAD, une visite de préadmission est programmée selon le planning du médecin et sans concertation avec le futur résident ou sa famille ; 4) si le médecin confirme que le profil correspond, le dossier administratif est complété par les assistantes sociales et la famille et une entrée est enfin programmée. En tant que directrice, et avec le temps nécessaire, il semblerait judicieux de revoir cette procédure. Le temps de traitement des demandes doit être optimisé. Les dossiers pourraient être transmis par mail à la liste

de diffusion de la commission d'admission afin que les médecins et/ou les cadres puissent statuer rapidement sur la compatibilité du dossier avec un profil EHPAD ou un profil USLD. La date de la visite de préadmission devrait être discutée avec les familles et les futurs résidents afin de s'assurer de leur disponibilité. En ce sens, il convient de souligner que c'est à la structure de s'adapter aux disponibilités de la famille et du résident, et non l'inverse. Au CHHB, environ deux visites de préadmission sur trois sont décalées ou annulées par les familles. Enfin, la constitution du dossier administratif est une procédure lourde qui s'inscrit dans un temps long qui implique parfois que les résidents soient acceptés dans une autre structure entre temps. Un travail a été mené au cours de mon stage afin de la retravailler, d'épurer la liste des documents demandés et de revoir les délais afin que les services administratifs répondent plus rapidement aux demandes de validation des dossiers de la part des assistantes sociales. Le travail effectué a porté ses fruits et il n'existe plus de dossiers en attente de validation depuis plusieurs semaines. Malgré cela, le nombre de demandes d'admission n'est pas suffisant pour remplir l'ensemble des lits de l'EHPAD, ce qui doit conduire, pour le directeur, à un questionnement autour de la pertinence de l'activité.

L'USLD, qui ne connaissait pas de difficultés majeures en 2023, s'est retrouvée en difficulté à compter du début du premier semestre 2024 suite à un certain nombre de décès et à des demandes d'admission plus rares. Sur les 60 lits du service, seuls 47 étaient en moyenne occupés jusqu'en juin. Le fait d'assister à la commission d'admission a permis de constater le très faible nombre de demandes d'admission (environ une ou deux par semaine), et le décès parfois très rapide entre la demande initiale et l'admission effective. Cela est à mettre en lien avec l'évolution des profils évoquée précédemment. Les autres USLD du territoire, et en particulier celle du centre hospitalier de Béthune-Beuvry, rencontrent les mêmes difficultés. Il s'agit d'une situation pour laquelle une concertation avec les équipes et les organes de tutelle est nécessaire.

Cette analyse montre que le rôle du directeur est à la fois fort et permanent, puisqu'il doit conserver une vigilance constante et déployer rapidement les outils dont il dispose pour améliorer l'activité de son établissement. Cette action ne peut être menée sans la mise en place préalable d'un contrôle de gestion efficace et d'outils permettant un suivi très régulier des indicateurs tels que les taux d'occupation.

4.1.2 Face aux difficultés, le directeur doit communiquer, manager et remettre en question son action et celle de ses équipes

Face à des difficultés persistantes et à des risques de fermeture de service, le directeur se doit d'être une figure rassurante. Il doit trouver un juste équilibre entre la réserve et la transparence afin d'assurer un management équilibré et efficace.

Le directeur assure, comme nous l'avons vu précédemment, une double action en ce qui concerne les taux d'occupation de ses services. Il doit à la fois déployer des actions rapides afin de tout faire pour maintenir des taux d'occupation les plus élevés possible, mais il doit également analyser les difficultés afin d'envisager d'éventuelles transformations ou modifications des services qu'il dirige.

Dans ce cadre, se pose alors la question des informations qu'il est nécessaire de diffuser aux équipes, et les délais dans lequel il convient de le faire. Une communication transparente peut parfois être un moteur de l'action des agents. Par exemple, lorsque

l'activité du CSG d'Hénin-Beaumont n'était pas satisfaisante, la directrice n'a pas hésité à dire que « *si l'activité se maintenait ainsi, on allait purement et simplement vers une fermeture du service* ». Lors d'un entretien avec le cadre de santé, celui-ci a repris ces mots presque exactement, en ajoutant qu'il était inquiet et qu'il travaillait avec les équipes jour après jour au maintien de taux d'occupation corrects. Cela est la preuve que ce type de communication peut constituer une source de motivation.

Le directeur ne peut toutefois pas toujours être dans la transparence la plus totale. A l'EHPAD du CHHB, les difficultés persistantes conduisent depuis plusieurs mois l'équipe de direction à questionner la pertinence du maintien des 130 lits ouverts. Il pourrait notamment être envisagé de réduire le capacitaire à 115 ou 120 lits. Il pourrait alors être proposé aux organismes de tutelle de récupérer les chambres fermées afin de déployer une autre activité, comme un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), ou de renforcer l'offre en termes d'activités adaptées en créant des salles d'activités spécifiques pour l'Unité de Vie Sécurisée (UVS). Ces réflexions ne sont pour le moment que peu discutées avec les équipes car elles relèvent de suppositions et ne font l'objet d'aucun projet concret. L'expérience acquise durant mon stage m'a permis de comprendre que ce type de réflexions ne peut être discuté avec les équipes que sur la base d'actions concrètes et validées par la direction générale et les organismes de tutelle. En effet, le risque serait alors que les équipes se projettent et s'investissent pour la mise en place d'une nouvelle organisation qui pourrait ne jamais voir le jour.

Se pose alors la question des responsabilités de chacun et des personnes qu'il est nécessaire d'impliquer dans les réflexions. Au CHHB, les liens hiérarchiques sont bien définis et chacun est dans son rôle. Il paraît dès lors judicieux d'engager les réflexions en premier lieu avec la cadre supérieure de santé du pôle et la médecin chef de pôle avant tout déploiement aux équipes des services. C'est la démarche qui a été entreprise au CHHB pour chaque service en difficulté à l'occasion des bureaux de pôle.

Le directeur se doit ensuite de travailler avec une vision à 360 degrés et de n'oublier aucun aspect. Aussi, au CHHB, il est primordial de travailler également sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels au sein de la filière gériatrique. Dans le cadre de la direction commune de l'établissement et du GHT, ce travail est mené notamment par la direction des ressources humaines. L'existence d'agents dédiés sur ce thème au niveau du GHT empêche parfois le déploiement d'actions spécifiques au sein de services particuliers, tel que l'EHPAD. En tant que directrice, je pense qu'il serait judicieux de rediscuter les rôles de chacun et d'accorder davantage de responsabilités aux directeurs de site afin qu'ils puissent déployer plus rapidement certaines actions dans des services qu'ils connaissent mieux. Pour donner un exemple concret, le temps nécessaire au recrutement des agents est très long en raison des navettes qui doivent être faites entre les différents établissements du GHT. Si le directeur de site avait davantage d'autonomie, il serait en mesure de recruter des compétences plus rapidement et d'étayer davantage les équipes. A l'EHPAD « Les 5 Saisons », cette difficulté a été rencontrée dans l'embauche d'une psychologue, qui a été rencontrée une première fois en février et qui n'était, en juin, pas encore en poste.

Par sa communication adaptée, le directeur assure un management de qualité. Si le but n'est pas ici de décrire l'ensemble des qualités d'un « *bon* » manager, il convient toutefois de souligner que les difficultés de remplissage de certains services peuvent aussi être dues à la présence d'agents peu enclins à atteindre les objectifs de la structure. En effet, si le directeur doit s'assurer de la soutenabilité financière de ses services de soins, les agents peuvent en revanche ne pas se sentir concernés par cette démarche et trouver, au contraire, qu'elle va à l'encontre d'une bonne prise en charge des patients. Ce cas s'est

posé notamment, au CHHB, avec les effectifs médicaux des services de gériatrie. Les médecins reprochent régulièrement à l'administration de ne regarder que les aspects financiers (taux d'occupation, durée moyenne de séjour, Poids Moyen du Cas Traité (PMCT), etc.), au détriment d'autres indicateurs qui prouvent que les patients sont pris en charge qualitativement. Certains médecins refusent ainsi de remplir les services en l'absence de ressources humaines suffisantes, ou refusent d'accueillir des patients ou résidents jugés trop « *lourds* » à prendre en charge afin de ne pas dégrader la prise en charge des autres patients et résidents présents dans le service. Cette démarche s'effectuant au détriment du remplissage des lits, un dialogue constructif doit être engagé entre la direction et les médecins afin de trouver un juste équilibre au niveau des admissions.

Au sein d'établissements souvent en déficit, comme c'est le cas au CHHB, la direction a à cœur de redresser d'abord les comptes avant d'envisager la mise en place d'actions, généralement coûteuses, en faveur d'une meilleure qualité des soins. S'il est souvent reproché aux services administratifs de gérer l'hôpital et les services de soins comme des entreprises (Domin, 2015), c'est en réalité un conflit de responsabilités qui a lieu entre les médecins et la direction. Un directeur est, en effet, responsable du maintien de la viabilité financière de son établissement et doit mettre en place des actions en faveur d'une réduction des éventuels déficits. Il est, par ailleurs, responsable de la qualité des soins dispensés dans son établissement. Les médecins, quant à eux, sont avant tout responsables de la prise en charge de leurs patients, et ne gèrent pas les éléments financiers. Aussi, ce n'est qu'en instituant un dialogue régulier entre le corps médical et l'administration qu'il est possible de trouver des intérêts communs et une manière de travailler qui concilie l'ensemble des obligations de chacun.

4.2 Un travail de fond à mener avec les autorités de tutelle afin d'opérer une adéquation entre l'offre et la demande, tout en s'assurant d'avoir les moyens nécessaires à la mise en œuvre des soins et prises en charge

Si le directeur doit donc être attentif et déployer des actions mesurées et justes dans son établissement, il ne peut avancer dans la transformation de son offre sans le soutien des organismes de tutelle. Situé à l'interface entre les équipes de terrain et les décideurs publics, le directeur doit faire remonter aux tutelles ses difficultés internes (4-2-1) tout en étant force de proposition afin de faire évoluer l'offre qu'il juge incomplète ou répondant inadéquatement aux besoins du territoire (4-2-2).

4.2.1 Si les difficultés des services de la filière gériatrique sont liées à de nombreux facteurs, il s'agit cependant de ne pas négliger le rôle des autorités de tutelle

Il s'agit ici d'un équilibre subtil que de réussir, en tant que directeur, à répondre aux attentes et exigences des autorités de tutelle tout en défendant les besoins et l'intérêt de ses professionnels et de ses services.

Les politiques publiques, nous l'avons vu, préconisent le maintien à domicile et déploient des moyens financiers au sein des établissements de type EHPAD. Malgré ces

efforts, les établissements peuvent constater un décalage entre les mesures mises en œuvre et les besoins des établissements. Au sein du CHHB, c'est notamment le cas de l'USLD, dont le devenir est incertain et dont le fonctionnement actuel n'est pas optimal. La feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 prévoyait ainsi la transformation des USLD en Unité de Soins Prolongés Complexes (USCP), mais cela n'a pas encore fait l'objet de mesures concrètes au sein des établissements. En attendant ces changements, le service du CHHB réclame notamment une coupe PATHOS, puisque la dernière date d'il y a plus de dix ans. L'absence de coupe récente ne permet pas de s'assurer de l'adéquation entre les moyens actuels du service et la charge en soins des résidents présents. Si le directeur peut, et c'est ce qu'il fait au CHHB, demander le renouvellement de la coupe, cela ne signifie pas que les autorités de tutelle, et en particulier l'ARS, accèdent aux demandes.

Les coupes PATHOS sont de plus un outil en grande partie à la main de l'ARS et sur lesquelles les établissements n'ont pas de possibilités de négociation ou de procédure contradictoire. La procédure est ainsi faite que cette coupe est effectuée par un médecin de l'ARS à un instant T au sein de l'établissement et selon des critères qui sont propres aux agences. Les équipes constatent ainsi souvent une inadéquation entre le résultat de la coupe et les résultats qu'elles obtiennent en interne lorsqu'elles réalisent une simulation de coupe. Ce constat est partagé par d'autres établissements. Selon une directrice d'un EHPAD du département du Nord, en novembre 2023, « *les critères ont de nouveau changé et sont encore plus sévères qu'avant. Nous avons eu une coupe avec un résultat qui va baisser notre dotation alors que nous n'arrivons déjà pas à fonctionner avec la dotation actuelle* ». En tant que directeur, il apparaîtrait dès lors pertinent de pouvoir dialoguer avec les ARS et d'avoir de réelles marges de négociation afin d'opérer une corrélation entre les moyens et les besoins.

Les ARS peuvent enfin être à l'origine d'injonctions contradictoires. Les remarques formulées dans les contrôles sur pièces des EHPADs du GHT en sont la preuve, notamment lorsqu'elles pointent du doigt un manque de personnel en unité spécialisée alors même que ce personnel dépend de la dotation financière accordée à l'établissement. Le directeur doit dès lors souligner ces contradictions, et entamer un dialogue avec l'autorité de tutelle afin de trouver, ensemble, des solutions. Durant mon stage, il a été décidé de mentionner dans le courrier de réponse de l'inspection le fait que le ratio en personnel dépendait des dotations allouées. En tant que directrice, j'aurai saisi l'opportunité de ce contrôle pour demander à l'ARS la mise en place d'un groupe de travail afin de discuter des solutions qu'ils avaient à proposer et de leurs attentes : souhaitaient-ils une réorganisation des effectifs ? Étaient-ils prêts à financer des ETP supplémentaires ? Le GHT a été concerné par ces remarques sur deux de ses EHPADs. Aussi, il aurait pu être judicieux de questionner d'autres établissements et de rassembler dans un groupe de travail l'ensemble des établissements concernés. La filière gériatrique de territoire aurait toute sa place à prendre dans le pilotage de ce type de mission.

Durant mon stage, j'ai pu faire le constat d'un dialogue peu existant entre l'établissement et les autorités de tutelle. Les échanges se limitaient en effet aux formalités administratives : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, réponses aux contrôles, remontées de données, etc. Il n'existe pas, en tout cas dans le Pas-de-Calais, d'espace de dialogue plus libre où les établissements pourraient faire remonter des doutes, des questionnements ou des difficultés sans que cela ne passe par le biais d'un document officiel. Il s'agirait d'une marge de progrès importante de pouvoir créer cet espace de dialogue en concertation avec d'autres directeurs.

4.2.2 Le directeur dispose par ailleurs de peu de moyens pour expérimenter une transformation de son offre

Si le directeur est donc à l'interface entre ses services et les autorités de tutelle, il occupe également une place de choix pour proposer et expérimenter de nouveaux dispositifs. A ce titre, il peut se saisir d'appels à projets mais pourrait aussi être force de proposition afin de proposer des idées nouvelles.

Le constat qui a été fait au CHHB au cours du stage de professionnalisation est celui d'un décalage entre les appels d'offre et les solutions proposées par les autorités de tutelle et les attentes et besoins des agents de terrain. A titre d'exemple, l'EHPAD « Les 5 Saisons », en difficulté pour remplir ses 130 lits, souhaiterait mettre en place au sein de ses locaux un PASA. L'ARS, qui a été sollicitée sur ce sujet, a indiqué que cela était une bonne idée mais que le projet ne pourrait s'effectuer qu'à moyens constants. Pourtant, le déploiement de PASA et d'UHR en EHPAD est l'un des objectifs fixés par le gouvernement dans sa feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023. Lancé en fin de stage, le projet de déménagement de l'UVS au sein de l'EHPAD afin de le mettre au rez-de-chaussée et de pouvoir proposer un meilleur accompagnement aux résidents pourrait tout à fait s'inscrire également dans cette feuille de route. Pourtant, aucun appel d'offre n'existe actuellement en ce sens à l'ARS Hauts-de-France, et il n'est donc pas possible d'envisager l'octroi de moyens pour mener ce projet. La filière gériatrique de territoire, qui a opéré un recensement des projets des EHPADs du territoire, constate que beaucoup d'entre eux ont un projet de déploiement d'une UVA ou d'un UHR. L'ARS a répondu que ces projets ne seraient pour le moment pas soutenus ni financés.

Un dispositif en dehors des appels d'offre pourrait être expérimenté. Notamment, il pourrait être question d'octroyer un financement « *symbolique* » afin d'encourager le déploiement d'une nouvelle offre, puis d'effectuer une évaluation au bout d'un an de cette offre afin d'en évaluer la pertinence. Si celle-ci s'avère concluante, des financements pourraient alors être débloqués selon un contrat établit précédemment. Au sein de l'EHPAD « Les 5 Saisons », et compte-tenu des aménagements déjà existants, ce type de contrat s'avérerait particulièrement utile pour tester le déploiement d'un PASA et pour étayer l'activité de l'actuelle UVS via l'achat de matériel spécialisé.

De manière plus générale, le directeur participe, de par ses fonctions, à de nombreux espaces de dialogue. Il est donc en mesure de croiser les regards sur l'offre qu'il propose et sur l'offre des acteurs voisins. La directrice du CHHB, par exemple, est membre du Conseil d'administration du DAC Artois et elle participe à des regroupements entre directeurs d'hôpitaux de proximité. Ces instances et journées sont l'occasion de dresser des constats sur les difficultés partagées des acteurs dans les prises en charge ou dans le fonctionnement des établissements. En tant que directrice, je souhaiterais que ces journées et échanges puissent donner lieu à des plans d'action concrets et partagés que l'ARS pourrait valider et soutenir.

Durant mon stage avaient lieu des rencontres organisées par l'ARS et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), qui avaient pour but la mise en place d'un suivi rapproché des établissements labellisés « *Hôpital de Proximité* », comme le CHHB, afin de construire un plan d'action concret autour de ce label. Bien que les solutions proposées ne soient pas forcément inédites, ces journées étaient l'occasion d'échanges constructifs et de partages de bonnes pratiques afin que les établissements puissent s'inspirer les uns des autres dans le développement de leurs offres. Ces journées pourraient et devraient être reconduites sur d'autres thématiques, comme la transformation de la partie médico-sociale des filières gériatriques.

4.3 Des réflexions plus générales à mener en concertation afin de transformer intelligemment le fonctionnement des filières gériatriques

Ce que nous apprennent les constats dressés précédemment et les pistes de solutions envisagées, c'est que les établissements ne peuvent agir seuls. Que ce soit en se regroupant ou en dialoguant avec les autorités de tutelle, le directeur est celui qui construit du lien entre les partenaires et les services et qui peut analyser les difficultés pour les faire remonter aux personnes compétentes. En ce sens, cette dernière partie se propose de partir des constats établis précédemment afin de proposer un nouveau mode de fonctionnement pour les services médico-sociaux d'abord (4-3-1), puis pour l'ensemble de la filière gériatrique ensuite (4-3-2).

4.3.1 Comment rendre les services médico-sociaux attractifs au regard de leur prix et des autres services d'accompagnement existants

Le devenir des EHPADs et des USLD, comme cela a été établi ci-dessus, questionne. Si les USLD pourraient à terme devenir des USPC « *à vocation uniquement sanitaire* », les EHPADs devraient en revanche rester sur un modèle médico-social.

La première urgence est donc d'assurer la pérennité des USLD en attendant leur transformation. Pour cela, le directeur peut, et devrait, participer régulièrement à la commission d'admission afin de comprendre le ressenti des équipes médicales et paramédicales sur la charge en soins. Notamment, participer à cette commission en tant qu'élève-directrice m'a permis de comprendre que l'augmentation du nombre de dossiers de type « *soins palliatifs* » engendrait une souffrance au sein des équipes, qui pouvait être en partie résolue par le passage d'une psychologue tant pour les familles que pour le personnel. L'avantage de l'exercice en filière gériatrique est que du temps psychologue peut être trouvé grâce à une réorganisation au sein des services en attendant un éventuel recrutement. C'est ce qui se fait déjà pour les gériatres de la filière.

En lien avec la commission d'admission, un travail de fond est à mener sur les dossiers d'entrées en services médico-sociaux. Si les admissions en CSG et en SMR sont relativement rapides et ne nécessitent que peu de formalités administratives, les admissions en EHPAD et en USLD sont en revanche longues en raison du temps nécessaire à la constitution du dossier. Un premier travail a été effectué durant le stage afin de réduire le délai de constitution du dossier, mais ce travail est à approfondir et à réfléchir à une échelle plus large. L'idée d'une commission d'admission uniformisée au niveau du GHT a déjà été émise et permettrait d'harmoniser les pratiques, en plus de permettre une orientation plus juste et une répartition des cas jugés « *complexes* ». En tant que directrice, je pense qu'il serait souhaitable de mettre en place une analyse systématique des dossiers des patients lors de leur entrée dans les services de médecine. Une revue rapide des dossiers des patients présents au CSG, en SMR et même pourquoi pas en consultation permettrait d'identifier rapidement les profils qui risquent de nécessiter une entrée en USLD ou en EHPAD et ainsi anticiper la constitution des dossiers. La commission d'admission pourrait être le lieu de cet échange puisque l'ensemble des professionnels concernés et compétents sont présents : médecins, cadres, assistantes sociales de chacun des services. Afin de proposer une « *transformation* » de l'EHPAD adéquate, il est important de comprendre les besoins des personnes âgées, que nous avons décrits précédemment. Nous pourrions les résumer ainsi : les attentes sociétales sont d'avoir une surveillance

médicale suffisante et de qualité (et à hauteur des moyens financiers engagés), de bénéficier d'une grande liberté et d'avoir une offre de soins et de services capable de s'adapter aux besoins, eux-mêmes évolutifs. Dans ce sens, deux niveaux de mesures peuvent être pris. Au sein du CHHB et à moyen terme, des mesures simples pourraient permettre d'améliorer l'attractivité de l'EHPAD. En premier lieu, il convient de travailler sur les visites de préadmission afin que l'horaire et la date soient convenus avec le résident et sa famille. Ces visites devraient pouvoir s'effectuer sur des plages horaires étendues (jusqu'à 19h par exemple), ce qui nécessiterait d'adapter les horaires des médecins et des cadres le cas échéant. Il serait nécessaire ensuite de rendre possible les visites à domicile pour les résidents ne pouvant se déplacer. Comme le soulignaient les professionnels du DAC, beaucoup de résidents aujourd'hui ne peuvent se déplacer et cela freine ou empêche des admissions.

A court terme, il semble également indispensable de supprimer les horaires de visite afin de faire de l'EHPAD un réel lieu de vie, où il est possible d'aller et venir librement autant pour les familles que pour les résidents. Ce système est déjà en place dans un autre EHPAD du GHT et fonctionne parfaitement. Un partage de pratique sur la manière de mettre en place cette organisation pourrait être organisé rapidement.

A plus long terme, l'EHPAD pourrait améliorer son attractivité en modifiant légèrement son offre de service. En effet, au vu des taux d'occupation actuels, il ne paraîtrait pas illogique d'envisager la fermeture définitive de dix lits après approbation de l'ARS. Ces dix chambres libérées pourraient alors être transformées comme suit : 1) l'aménagement de cinq chambres en « *suite* » qui permettraient aux couples qui souhaitent intégrer l'EHPAD de bénéficier d'un logement plus spacieux (cette configuration existe actuellement pour un couple qui a aménagé la deuxième chambre en salon pour recevoir des visiteurs), 2) la création de salles d'activités thématiques au fil de l'eau et des possibilités financières, qui seraient valorisables aux yeux de futurs résidents (salle Snoezelen, espace musicothérapie, salle d'expression artistique, etc.).

Enfin, je pense que l'attractivité passe aussi par une grande réactivité vis-à-vis des nouvelles réformes. A titre d'exemple, la loi Bien-vieillir du 8 avril 2024, en son article 26, accorde « *aux résidents le droit d'accueillir leurs animaux de compagnie, sous réserve de leur capacité à assurer les besoins physiologiques, comportementaux et médicaux de ces animaux et de respecter les conditions d'hygiène et de sécurité définies par arrêté du ministre chargé des personnes âgées* ». Si l'application de cette loi n'est pas encore effective, et que cela nécessitera probablement de nombreux ajustements au sein des établissements, je pense qu'il est important de réfléchir dès maintenant à la manière d'appliquer ce principe. Une application progressive pourrait permettre par exemple de proposer l'accueil de petits animaux (oiseaux, rongeurs, etc.) avant d'envisager l'accueil de chats, puis plus tard, de chiens. En préparant les équipes à ces changements et en les associant à la démarche, l'EHPAD se montrera réactif et novateur et donc plus susceptible d'être attractif.

Si le directeur possède donc quelques marges de manœuvre, celles-ci restent toutefois limitées. « *La crise sanitaire a rendu plus urgent encore ce nécessaire aggiornamento, voire cette révolution du modèle. Le monde d'après ne pouvait ignorer une remise en cause des Ehpads. Chaque enquête d'opinion ou consultation, comme encore récemment la consultation initiée par le ministère délégué à l'autonomie, le confirme : immédiatement après la priorité donnée au maintien à domicile, la demande porte non pas sur une illusoire et impossible suppression des Ehpads, mais sur leur mutation et leur ouverture* » (Broussy et al., 2021). Cette mutation devra s'effectuer via des politiques publiques adéquates et adaptées, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

4.3.2 Se servir des filières gériatriques interne et de territoire afin d'expérimenter un usage « libre » des structures existantes par les résidents

Purement théorique, cette dernière partie propose une ébauche de modèle qui permettrait de repenser l'usage des services gériatriques au sein d'un territoire. Ce modèle part du constat qu'une personne âgée a rarement besoin d'un unique type de service sur une longue période. Les professionnels du DAC évoquent ainsi que l'idéal serait qu'une personne âgée puisse, selon ses besoins à un instant donné, bénéficier de chacun des services de la filière gériatrique de manière fluide et indifférenciée. A titre d'exemple, un résident atteint de démence devrait pouvoir bénéficier d'une place en UHR lorsque son état se dégrade, pourrait avoir besoin d'une hospitalisation en Unité cognitivo-comportementale pour adapter son traitement, pourrait avoir besoin d'une hospitalisation en CSG si son état se dégrade fortement quelques jours, et devrait pouvoir continuer à bénéficier d'un suivi par des spécialistes en consultation afin de ne pas dégrader son état de santé.

Afin de garantir à chaque personne âgée la prise en charge qui lui convient au moment opportun, il est indispensable de rendre l'offre adaptable. Il est donc nécessaire de simplifier les démarches administratives et d'accélérer au maximum les admissions, tout en garantissant la disponibilité des places dans les services. Lorsqu'un établissement, et plus encore un GHT, dispose d'une offre gériatrique complète, il est possible d'envisager une mobilité des patients/résidents au sein des services. Pour cela, il est nécessaire, dès l'entrée d'une personne âgée dans un service : 1) de construire un diagnostic, par un gériatre, de l'ensemble des services dont il est susceptible d'avoir besoin (diagnostic à réévaluer tous les six mois), 2) de constituer en conséquence, par les assistantes sociales, un dossier administratif en lien avec le représentant légal ou la famille. Si ces éléments sont réunis, il deviendrait possible d'accélérer le passage d'un service à l'autre, et ainsi de proposer un parcours plus adéquat aux usagers. Ce principe devrait, afin d'être réellement attractif, s'appliquer également aux unités médico-sociales. Ainsi, une personne âgée qui connaît des phases critiques dans sa maladie devrait pouvoir intégrer l'EHPAD en moins de deux jours et en sortir dès qu'il le souhaite ou que sa famille approuve sa sortie. Actuellement, une entrée à l'EHPAD, même en hébergement temporaire, nécessite un minimum d'une semaine et demie au sein du CHHB, et une sortie de l'établissement s'anticipe à minima un mois à l'avance. Afin de tester ce dispositif, il serait nécessaire d'obtenir un accord de l'ARS, puisqu'actuellement, un résident peut, au maximum, bénéficier de trois mois seulement en hébergement temporaire.

Si cette idée est plus aisément réalisable au sein d'une filière gériatrique interne, puisque les pratiques sont davantage harmonisées et que les acteurs se connaissent, il est également possible d'envisager un dispositif plus efficient sur le même modèle, porté par la filière gériatrique de territoire. En effet, plus les établissements et services seront capables de communiquer en temps réel sur leurs places disponibles, leurs offres et leurs besoins, et plus la mobilité des usagers au sein du système sera susceptible d'être facilitée. Ainsi, si la filière gériatrique de territoire parvient à mettre en lien l'ensemble des acteurs et si tous s'accordent sur le type de dossier à constituer, il devient possible d'envisager un système d'admission unique au sein duquel les usagers bénéficieraient d'un diagnostic initial par un gériatre, seraient orientés prioritairement vers une structure, puis construiraient leur parcours selon leurs besoins et selon l'avis des spécialistes en fonction des places disponibles sur l'ensemble du territoire.

Ce système a comme avantage principal qu'il utilise l'existant et ne demande pas la création de nouveaux services. Il se base sur l'idée que, comme le soulignaient les professionnels du DAC, l'offre existante couvre l'ensemble des besoins possibles, mais ce

qui est réellement difficile, pour les usagers, est d'accéder au service dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin.

En créant ainsi un sentiment de liberté dans l'usage des structures, et en garantissant une prise en charge adaptée au jour le jour selon l'évolution des pathologies, l'usager pourrait ainsi retrouver une certaine confiance dans les structures. L'attractivité de ces dernières en serait renforcée. Avoir une vision globale de l'ensemble des usagers des services gériatriques et de leurs besoins permettrait également de répartir au mieux ces usagers dans les services et de mesurer les manques éventuels de l'offre. Les autorités de tutelle pourraient se servir de ces données afin de proposer des financements pertinents pour les offres manquantes.

Conclusion

En abordant successivement de nombreuses thématiques, et en effectuant un diagnostic du fonctionnement et de l'attractivité de la filière gériatrique du CHHB, le présent mémoire démontre plusieurs points.

En montrant tout d'abord l'objectif des filières gériatriques et en mettant en parallèle les besoins des personnes âgées avec ces objectifs, la première partie de ce travail dresse un bilan contrasté. Si les filières gériatriques ont, en effet, permis de structurer de manière intelligente le fonctionnement des différents services gériatriques, elles ne permettent aujourd'hui plus de répondre efficacement aux besoins des personnes âgées. Concurrencées par de nouveaux services davantage tournés vers le soin à domicile, elles ne parviennent plus à être attractives. S'ajoute à ces difficultés une réelle dichotomie d'efficacité et une confusion des missions entre les filières gériatriques « *internes* » aux établissements de santé ou aux GHT, et les filières gériatriques de territoire, plus récentes, qui ne trouvent pas toujours leur place et leurs missions au sein de territoires déjà organisés. Il découle de ces premiers constats un manque d'efficacité général du système, qui pèse sur le fonctionnement de certains services, comme en témoigne l'analyse des taux d'occupation du CHHB.

S'attacher à comprendre le déficit d'attractivité des services de la filière gériatrique ne pouvait toutefois pas s'effectuer sans analyser l'ensemble des causes de celui-ci. Aussi, la seconde partie de ce mémoire étudie plusieurs évènements ayant pesé, tour à tour, sur l'attractivité des services. La crise de la Covid-19 d'abord, puis le scandale lié à l'affaire ORPEA, sont deux évènements majeurs qui ont eu des conséquences durables sur l'attractivité des services, notamment médico-sociaux. Ces évènements ont eu un double effet : 1) rendre visible les difficultés des établissements, 2) exacerber les volontés sociétales d'une prise en charge différente du grand âge. Questionner la population sur ce sujet a permis, en cette fin de seconde partie, de conforter ces premiers diagnostics et de comprendre que, si les individus pensent qu'il est nécessaire de conserver les services de prise en charge des personnes âgées, ils sont également nombreux à vouloir qu'ils évoluent afin de correspondre davantage à leurs attentes.

L'un des principaux apports de ce travail est de montrer que l'offre gériatrique existante est variée, et répond à de réels besoins sur chacun des segments qu'elle couvre. Toutefois, le fonctionnement et l'organisation actuels de certains de ces services ne sont pas optimaux et ne permettent pas de répondre aux besoins d'une société dont les attentes ont évolué au gré d'événements sociétaux majeurs : en premier lieu la crise de la Covid-19 puis le scandale ORPEA. L'EHPAD et l'USLD sont concernés en priorité par ces réflexions car il s'agit de services dont le coût financier est important et pour lesquels l'attente sociétale est la plus forte. Interrogés dans le cadre de ce mémoire, les usagers formulent clairement des attentes en décalage avec ce que les institutions sont actuellement capables d'offrir. Les autres services de la filière gériatrique interne sont également concernés par des déficits d'attractivité, davantage en raison de difficultés d'organisation ou en raison d'un déficit de professionnels.

Sur l'ensemble de ces bases, la dernière partie de ce mémoire s'interroge sur la place et le rôle du directeur face à ces difficultés d'attractivité des filières gériatriques. S'il est indéniable qu'un directeur a un rôle important à jouer sur l'analyse des données et la remontée des données auprès des organismes de tutelles, il apparaît également que son rôle reste circonscrit aux limites offertes par les textes règlementaires et les orientations données par les tutelles. Positionné comme pivot entre le terrain et les décideurs, le

directeur doit à la fois déployer l'ensemble des « *petites* » actions qui permettent à ses services de rester efficients et économiquement viables, tout en formulant des propositions de transformation et d'évolution de son offre, cohérentes avec les difficultés qu'il observe au quotidien. Par son travail partenarial et par un dialogue régulier et sincère avec ses homologues et avec les tutelles, il doit être possible de construire rapidement des solutions qui répondent vraiment aux besoins du territoire.

Comme souligné à différentes étapes dans ce mémoire, certains établissements parviennent à développer des solutions innovantes grâce à des moyens adaptés : EHPAD hors-les-murs, EHPAD plateforme, etc. Si la proposition formulée en toute fin de réflexion n'est qu'une ébauche, elle permet toutefois d'entrevoir que des solutions ambitieuses et à moindre frais sont possibles, sous réserve d'être suivies et soutenues par l'ensemble des acteurs impliqués. L'offre existante est complète, répond à l'ensemble des besoins identifiés, mais de manière segmentée. Ce n'est qu'en créant une réelle fluidité entre les services qu'il devient possible de construire un parcours de santé cohérent pour les usagers. En plus de créer une réactivité sans précédent dans les demandes d'admission, ce système permettrait sans aucun doute de combler également les difficultés d'attractivité de la plupart des services.

Ce mémoire dresse beaucoup de constats, analyse de nombreux facteurs, mais ne propose pas, en l'état, de solutions satisfaisantes et clés en main aux difficultés identifiées. En effet, ce n'est qu'en analysant dans les années à venir les orientations prises par les pouvoirs publics et les moyens déployer en conséquence qu'il sera réellement possible d'entrevoir des perspectives majeures d'évolution pour les services des filières gériatriques. En particulier, ce travail pourrait et devra être complété par une analyse détaillée du rôle que prendront les filières gériatriques de territoire, par l'analyse du devenir des USLD et par la place qu'occupera le soin à domicile dans les années à venir. Les services médico-sociaux des filières gériatriques ne sauront assurer leur avenir qu'en trouvant le moyen de réinventer leur modèle et en s'articulant pleinement avec l'ensemble des autres services de prise en charge pour personnes âgées existants.

Bibliographie

Articles scientifiques :

AQUINO J., 2008, Le plan national « bien vieillir », Gérontologie et société, 31(125), p. 39-52.

ARCHAMBAULT H., 2006, Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie, Gérontologie et Société, 29 (118), p. 85-100.

BARILLE C., 2011, Hôpital ou soins à domicile : L'hospitalisation à Paris à la fin du XIXe siècle. Revue d'histoire de la protection sociale, 4, p. 77-99.

BARKOVIC C., BREFORT M., 2022, Population des Hauts-de-France : 600 000 personnes en moins à l'horizon 2070, INSEE, [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/6664445

BONNET C., CAMBOIS E., FONTAINE R., 2021, Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée, Population-F, 76 (2).

CASH R., 2023, Activité hospitalière : impact de la pandémie Covid-19, le retard a-t-il été rattrapé ? Les Tribunes de la santé, Vol. 76, p. 53-66.

CROUZET M., CARRERE A., LABORDE C. et al., 2021, Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français, Revue Quetelet, 8 : 73-101.

DEFEBVRE M., CERF E., FOURNIER P., PUISIEUX F., LOENS I., 2007, Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « Médecine » de la région Nord-Pas-de-Calais. Santé Publique, 19, p. 133-146.

DEROYON T., 2023, L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,2 ans pour les hommes en 2022, DREES, Etudes et Résultats n°1290.

DEWATRIPONT M., 2023, Quel statut juridique et quelles missions pour des EHPAD à visage humain ?, Revue d'économie financière, 152, p. 113-123.

DOMIN J.-P., 2015, Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983–2013). Revue de la régulation, 17 (1).

DUMEZ H., MINVIELLE E., 2020, Le système hospitalier français dans la crise du Covid-19 : Une contribution des sciences de gestion, Rapport de recherche, Ecole Polytechnique X, CNRS.

GONTHIER R., ADOLPHE M., MICHEL J.-P., BRINGER J., DUBOIS B., LECOMTE D., MILLIEZ J., VELLAS B., 2022, Après la crise COVID, quelles solutions pour l'EHPAD de demain ?, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, vol. 206, Issue 4, p. 457-465.

GRENOUILLET C., 2024, L'industrialisation de la vieillesse est-elle compatible avec l'éthique ? Une lecture des Fossoyeurs de Victor Castanet, Les Fossoyeurs, édition augmentée de dix chapitres inédits, 2023, J'ai lu, 512 pages [1ère édition 2022] », Lethictionnaire.

MAAMAR M., KHIBRI H., HARMOUCHE H., AMMOURI W., TAZI-MEZALEK Z., ADNAOUI M., 2020, « Impact du confinement sur la santé des personnes âgées durant la pandémie COVID-19 », NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Vol. 20, p. 322-325.

MIRON DE L'ESPINAY A., RICROCH L., 2021, En 2020, trois EHPAD sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19, DREES, Etudes et Résultats, 1196, 8 pages.

MIRON DE L'ESPINAY A., ROY D., 2020, Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA), DREES, Etudes et Résultats, 1172.

RIOU B., CARIOU A., DURANTEAU J., LANGERON O., CRESTANI B., ADNET F., RAUX M., 2020, Retour d'expérience sur la direction médicale de crise à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pendant la crise Covid-19, Annales Françaises de Médecine d'Urgences, Heidelberg, Vol. 10, N°4-5, 340-349.

SENTILHES-MONKAM A., 2005, Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : l'histoire d'un paradoxe, Revue française des affaires sociales, p. 157-182.

SIMON-PREL R., 2006, Les métiers de la gériatrie en Ile-de-France, Gérontologie et société, 29 (118), p. 141-146.

Articles de presses :

ADECCO MEDICAL, 2024, « Quels sont les services les plus demandés par les aides-soignant.es ? », [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Quels sont les services les plus demandés par les aides-soignant.es ? (adecco.fr)

AP-HP, 2002, Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, Direction des Affaires Juridiques, [en ligne]. [Consulté le 12 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique - APHP DAJDP

AP-HP, 2020, « Engagement et activités de la filière gériatrique Sud Val de Marne – Nord Est Essonne pendant l'épidémie de coronavirus, Communiqué de presse, [en ligne]. [Consulté le 12 juillet 2024]. Disponible à l'adresse :

https://www.aphp.fr/contenu/engagement-et-activites-de-la-filiere-geriatrique-sud-val-de-marne-nord-est-essonne-pendant

ARPAVIE, 2023, Etude IFOP – Etude sur les attentes des seniors en matière de lieu de vie, Actualité du groupe, Arpavie groupe associatif, [en ligne]. [Consulté le 12 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Etude IFOP - Etude sur les attentes des seniors en matière de lieu de vie (arpavie.fr)

BFM BUSINESS, 2024, Financement des EHPAD Publics : 650 millions d'euros supplémentaires affectés par l'Etat, Economie et social, [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Financement des Ehpad publics: 650 millions d'euros supplémentaires affectés par l'Etat (bfmtv.com)

BLUTEAU P., 2023, « Médecine : les spécialités les plus demandées par les futurs internes en 2023 », L'Etudiant, Décryptage, publié le 18 septembre 2023. [en ligne] [Consulté le 9 juillet 2024] Disponible à l'adresse : Médecine : les spécialités les plus demandées par les futurs internes en 2023 - L'Etudiant (letudiant.fr)

BRAUNSTEIN J., 2022, « Les pieds dans l'Ehpad », Paris n°514, Dec 2022/Jan 2023 : 89. [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.proquest.com/openview/21791e81a07ff98a8c0587f2b4159a54/1?pq-origsite=gscholar&cbl=5001983

LORENCE A., 2022, « Comment les Français imaginent leur lieu de vie à la retraite », Votre retraite, Capital, [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Comment les Français imaginent leur lieu de vie à la retraite (capital.fr)

CHU CAEN NORMANDIE, 2024, Filière gériatrique, [en ligne]. [Consulté le 22 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Filière gériatrique - CHU Caen Normandie (chu-caen.fr)

CONESA E., DARAME M., 2022, « ORPEA : le Sénat lance une commission d'enquête », Le Monde, Société, [en ligne]. [Consulté le 0 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/02/08/orpea-le-senat-lance-une-commission-d-enquete_6112720_3224.html

CR3PA NORD-OUEST, 2024, « Les filières gériatriques », [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Les filières gériatriques | cr3pa

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, 2023, « Espérance de vie en bonne santé : quelle évolution en 2022 ?, Société, Vie-publique.fr, [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Espérance de vie en bonne santé : quelle évolution en 2022 ? | vie-publique.fr

ELSAN, 2024, « Qu'est-ce que la gériatrie ? », Gériatrie, [en ligne]. [Consulté le 28 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Qu'est-ce que la gériatrie ? | Elsan

GROUPEMENT DES HOPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE, 2024, La filière gériatrique intra-hospitalière, [en ligne]. [Consulté le 22 juin 2024]. Disponible à l'adresse : La filière gériatrique intra-hospitalière (ghicl.fr)

INED, 2021, Vit-on plus longtemps en bonne santé dans certains départements français ?, Communiqué de presse, [en ligne]. [Consulté le 15 mai 2024]. Disponible à l'adresse : ined.cpr.octobre.2021.fr.pdf

JEROME B., 2022, « Soins à domicile : la France n'a pas encore pris le « virage », pour la Cour des comptes, Société, Dépendance, Le Monde, [en ligne]. [Consulté le 10 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Soins à domicile : la France n'a pas encore pris le « virage », pour la Cour des comptes (lemonde.fr)

LE CHEVALLIER J., GERARD G., TURCAT A., 2023, Grand âge. Pourquoi la France vieillit ? Quelles conséquences ? Les chiffres pour comprendre, Ouest France, Société, Seniors, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Grand âge. Pourquoi la France vieillit ? Quelles conséquences ? Les chiffres pour comprendre (ouest-france.fr)

MACLURE J., 2020, « Enjeux éthiques de la pandémie de COVID-19 : précaution et déconfinement », Institut national de santé publique du Québec. Canada. [en ligne] [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19 (irpp.org)

MADELINE B., 2023, « Le vieillissement de la population, un défi qui dépasse de loin le problème des retraites », Economie, Population, Le Monde, [en ligne]. [Consulté le 21 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Le vieillissement de la population, un défi qui dépasse de loin le problème des retraites (lemonde.fr)

MAISON SAINT-LOUIS, 2024, Hors les murs, Service intégré de type EHPAD Hors les Murs, Innovations, Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve, [en ligne]. [Consulté le 5 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Hors les murs - EHPAD Rennes St-Louis (hstv.fr)

MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2023, « Réforme de l'offre des services à domicile », mis à jour en avril 2024, [en ligne]. [Consulté le 5 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Réforme de l'offre des services à domicile | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

MUTUALITE FRANCAISE, 2023, 311 : c'est le nombre de médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants en France en 2024, Chiffre de la semaine, Accès aux soins, [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2024]. Disponible à l'adresse : 311 : c'est le nombre de médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants en France en 2024 - La Mutualité Française (mutualite.fr)

OMS, 2022, Vieillissement et santé, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Vieillissement et santé (who.int)

OUEST FRANCE, 2023, Enquête. La population française va connaître un fort vieillissement : notre dossier sur ce défi, Société, Seniors, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : ENQUÊTE. La population française va connaître un fort vieillissement : notre dossier sur ce défi (ouest-france.fr)

PLACE DE LA SANTE, 2022, « 310 000 : C'est le nombre supplémentaire de places à créer en établissements et services pour personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 30 ans pour maintenir la même capacité d'accueil qu'aujourd'hui », Chiffre de la semaine, [en ligne].

[Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : 310 000 places à créer (placedelasante.fr)

POUR LES PERSONNES AGEES, 2016, La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Toutes les actualités, pourlespersonnesâgées.gouv.fr, le site officiel d'information pour les personnes âgées et leurs aidants, [en ligne]. [Consulté le 25 juin 2024]. Disponible à l'adresse : La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement | Pour les personnes âgées (pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

QUE CHOISIR, 2022, « Accès aux EHPAD – Stop aux intolérables disparités géographiques et économiques », Action UFC-Que Choisir, [en ligne]. [Consulté le 17 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-ehpad-stop-aux-intolerables-disparites-geographiques-et-economiques-n100708/

RECOMEDICALES, 2023, Nombre de médecins généralistes en activité en France en 2023, [en ligne]. [Consulté le 5 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Nombre de médecins généralistes en France | RecoMédicales (recomedicales.fr)

SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2023, « Adultes et avancée en âge », La santé à tout âge, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Adultes et avancée en âge - Santé publique France (santepubliquefrance.fr)

STAFFSANTE, 2018, Quels sont les services les moins plébiscités par les soignants ?, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Quels sont les services les moins plébiscités par les soignants ? | STAFFSANTÉ (staffsante.fr)

VION A., 2022, « EHPAD : rétablir la confiance avec les familles », Longs Formats, Le Media Social, [en ligne]. [Consulté le 2 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Ehpad : rétablir la confiance avec les familles : Actualités et Dossiers sur Le Media Social

Ouvrages :

CASTANET V., 2022, Les Fossoyeurs, J'ai Lu, 512 pages.

Rapports administratifs ou de recherche :

ARS HAUTS-DE-FRANCE, 2017, Diagnostic territorialisé des Hauts-De-France, Territoires de proximité, Projet régional de santé 2018-2022, 44 pages.

ARS HAUTS-DE-FRANCE, 2020, Appel à projet, Soutien à la labellisation de filières gériatriques de territoire, Document général de cadrage, [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : DOSSIER D'EVALUATION (sante.fr)

ARS HAUTS-DE-FRANCE, 2020, Annexe 1 : Les filières de soins gériatriques de territoire, socle commun, Dossier d'évaluation, [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : DOSSIER D'EVALUATION (uriopss-hdf.fr)

ARS HAUTS-DE-FRANCE, 2024, « Transformation de l'offre pour mieux correspondre aux besoins locaux », [en ligne]. [Consulté le 12 mai 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-filieres-geriatriques-territoriales

BONNE B., MEUNIER M., 2022, Le contrôle des EHPAD, Rapport d'information n°771 (2021-2022), déposé le 12 juillet 2022, Sénat.

BROUSSY L., GUEDJ J., KUHN-LAFONT A., 2021, L'EHPAD du futur commence aujourd'hui, Propositions pour un changement radical de modèle, Matières grises, Les études de Matières Grises, #4, 80 pages.

CARRERE A., ROY D., TOULEMON L., 2023, Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives, Rapport Institut des Politiques Publiques n°41, 29 pages.

COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, 2021, 3.7 : Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence, 3 – éclairages, [en ligne]. [Consulté le 12 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : CCSS-Septembre2021-20211208-131005-328-76.pdf (securite-sociale.fr).

DE LAPASSE B., 2018, Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017, Observatoire des territoires, En détail, Commissariat général à l'égalité des territoires, 20 pages.

DEROCHE C., BONNE B., MEUNIER M., 2022, EHPAD. Le contrôle, au service des résidents : c'est possible !, Rapport d'information, l'essentiel. Sénat, Commission des Affaires Sociales. [en ligne]. [Consulté le 01 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/rap/r21-771/r21-771-syn.pdf

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, 2023, Contrôles, transparence, lutte contre les maltraitances : l'Etat renforce ses actions dans les EHPAD, Dossier de presse, 17 pages.

DIRECTION INTERMINISTERIELLE DU NUMERIQUE (DINUM), 2024, 2024 : Espérance de vie par régions, départements et villes, data.gouv.fr, Jeux de données, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : 2024 : Espérance de vie par régions, départements et villes - data.gouv.fr

DREES, 2020, Fiche n°17 : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, L'aide et l'action sociales en France, édition 2020, p. 109-115, [en ligne]. [Consulté le 8 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Fiche 17 - Les établissements d'hébergement pour personnes âgées.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

DREES, 2021, Fiche n°16 : Les établissements d'hospitalisation à domicile, Les établissements de santé édition 2021, p. 97-102, [en ligne]. [Consulté le 21 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Fiche 16 - Les établissements d'hospitalisation à domicile.pdf (solidarites-sante.gouv.fr)

DREES, 2022, Fiche n°18 : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, L'aide et l'action sociales en France, édition 2022, p. 117-125, [en ligne]. [Consulté le 12 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://drees.solidarites-

sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2018%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf

DREES, 2023, Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023, [en ligne]. [Consulté le 12 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : Mieux connaitre et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (solidarites-sante.gouv.fr)

DREES, 2024, L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees

EL KHOMRI M., 2019, Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024, Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé, Grand âge et autonomie. [en ligne] [Consulté le 12 mai 2024]. Disponible à l'adresse : Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

FREMONT L., 2023, Liens entravés, adieux interdits, Droit de recevoir ses proches, droit de visiter les siens, Mission « Droit de visite et lien de confiance », rapport remis le 14 novembre 2023 à Aurore Bergé et Agnès Firmin-Le Bodo, 148 pages.

INED, 2020, L'espérance de vie en France, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : L'espérance de vie en France - Les graphiques interprétés - Les graphiques/ les cartes - Ined - Institut national d'études démographiques

INSEE, 2018, France, Portrait social, édition 2018, Statistiques et études, [en ligne]. [Consulté le 22 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3646032?sommaire=3646226.

INSEE, 2020, Population par âge, [en ligne]. [Consulté le 10 février 2024]. Disponible à l'adresse : Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee

INSEE, 2023, Population en 2020 – Recensement de la population, Chiffres détaillés, [en ligne]. [Consulté le 20 février 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7631680?sommaire=7632456

INSEE, 2023, Densité des médecins spécialistes et généralistes – Pour 100.000 habitants – Pas-de-Calais, Séries chronologiques, [en ligne]. [Consulté le 15 mai 2024]. Disponible à l'adresse : Densité des médecins spécialistes et généralistes - Pour 100.000 habitants - Pas-de-Calais | Insee

INSEE, 2023, Populations légales 2021 – Commune de Lens (62498), [en ligne]. [Consulté le 20 février 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7725600?geo=COM-62498

INSEE, 2024, Espérance de vie en 2023, Comparaisons régionales et départementales, [en ligne]. [Consulté le 25 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749

INSEE, 2024, L'essentiel sur… les Hauts-de-France, Chiffres-clés, [en ligne]. [Consulté le 19 juin 2024]. Disponible à l'adresse : L'essentiel sur… les Hauts de France | Insee

INSEE, 2024, Taux de mortalité standardisé – 0-64 ans (prématuré) – Pas-de-Calais, Séries chronologiques, [en ligne]. [Consulté le 23 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Taux de mortalité standardisé - 0-64 ans (prématuré) - Pas-de-Calais | Insee

JAMME J., LE SCOUEZEC P., 2016, Un portrait du Pas-de-Calais, Un quart de la population des Hauts-de-France, INSEE Analyses Hauts-de-France, n°35.

MAURO L., 2017, Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016), Un essor important, en deux temps, Les dossiers de la DREES, 21 pages.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, 2007, Plan National « Bien vieillir » 2007-2009, 35 pages.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DES FAMILLES, 2023, Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années, Stratégie « Bien vieillir », Dossier de presse, 36 pages.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2019, Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée, Grand âge et autonomie, 37 pages, [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2021, Les droits des usagers en santé à l'épreuve de la crise sanitaire de la Covid-19, Rapport de la Conférence nationale de santé, Parlement de la santé, 84 pages.

MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2022, Faciliter le choix de vieillir à domicile, site du Ministère, mis à jour en 2024, [en ligne]. [Consulté le 26 juin 2024]. Disponible à l'adresse : Faciliter le choix de vieillir à domicile | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités

OBSERVATOIRE DES INEGALITES, 2023, Taux de mortalité prématurée, dans « Mortalité – espérance de vie », [en ligne]. [Consulté le 25 juin 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/taux-de-mortalite-prematuree

PIRES-BEAUNE C., DERVITE L., FERRAS B., MENANTEAU J.-P., 2023, Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge : un impératif, réguler, une nécessité, simplifier, une urgence, choisir, une obligation, agir, Rapport à la Première Ministre, Ministère des Solidarités et de la santé.

VIGNERON E., 2024, Cartes de France de l'accès aux soins, Soignants et patients face aux inégalités territoriales, Enquête, Fondation Jean Jaurès édition, 92 pages.

Textes législatifs ou règlementaires :

ARRETE du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Journal Officiel n°0207 du 7 septembre 2011.

CIRCULAIRE DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, Bulletin Officiel n°2007-4, Annonce n°58.

CIRCULAIRE DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé - personnes âgées.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Partie législative, Sixième partie, Livre Ier, Titre Ier, Chapitre II : Service public hospitalier (Articles L6112-1 à L6112-7), version à la date du 7 juillet 2024.

DECRET n°2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Journal Officiel n°0264 du 13 novembre 2021.

DECRET n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L. 312-1 du même code, Journal Officiel n°0163 du 16 juillet 2023.

INSTRUCTION N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

INSTRUCTION DHOS/F2/2003/332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe, Bulletin Officiel n°2003-36.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Journal Officiel n°0301 du 29 décembre 2015.

LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), Journal Officiel n°0172 du 26 juillet 2019.

LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, Journal Officiel n°0083 du 9 avril 2024.

ORDONNANCE n° 2021-1554 du 1er décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie, Journal Officiel n°0280 du 2 décembre 2021.

Travaux d'étudiants :

CAZENAVE J.-B., 2012, La structuration d'une filière gériatrique de territoire : un enjeu stratégique dans le contexte d'une direction commune, L'exemple des Centres Hospitaliers d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'EHPAD de Puymirol, Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico-Social, EHESP, 86 pages.

Annexes

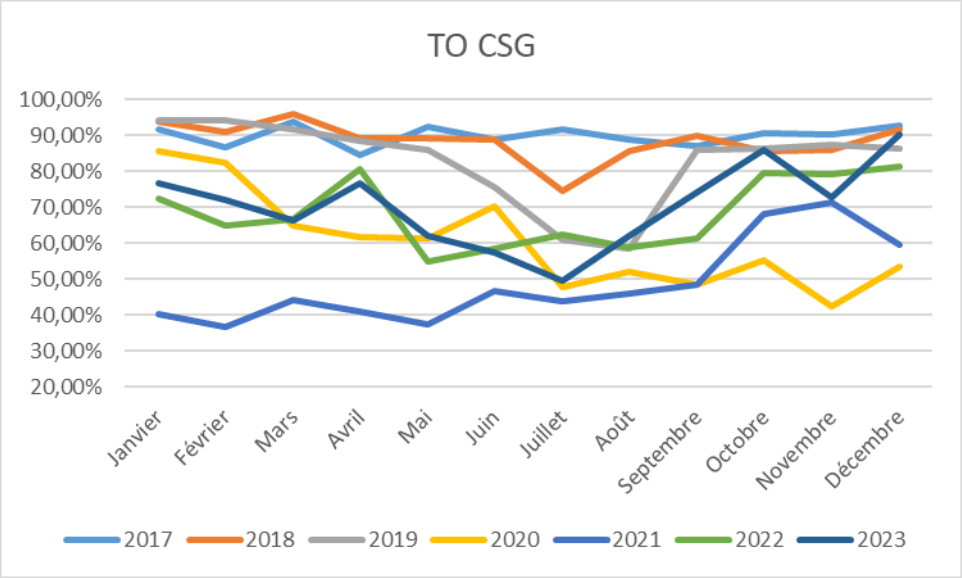
Annexe n°1 : Analyse des taux d'occupation du pôle rééducation / gériatrie du CHHB sur la période 2017-2023

Ce document a été construit à partir des tableaux d'occupations des lits remplis chaque jour par les services. Ces tableaux sont réalisés annuellement, et recensent au jour le jour le nombre de lits occupés dans chaque service du CHHB. A partir de ces tableaux, l'analyse qui suit reprend donc uniquement les lits des services du pôle rééducation / gériatrie (CSG, 2 services de SSR, USLD, EHPAD). Les données ont été traitées plusieurs fois afin d'en extraire des graphiques visuellement parlants.

NB : les cases de couleurs vertes correspondent à des données retraitées. En effet, face à des problématiques de démographie médicale, certains services ont parfois été contraints de réduire leur nombre de lits ouverts. Toutefois, ces réductions du capacitaire ont toujours été décidées en interne, et les services ont continué sur ces périodes à être financés en capacité pleine. Aussi, les chiffres ont été virtuellement ramené sur la capacité pleine (ex : le CSG est autorisé et financé pour 24 lits. Si les données initiales indiquaient un taux d'occupation de 70% pour 16 lits, ce taux a été recalculé sur 24 lits, donnant in fine un taux d'occupation de 46,70%). L'ensemble des cases vertes sont donc des taux recalculés.

Taux d'occupation par service et par mois :

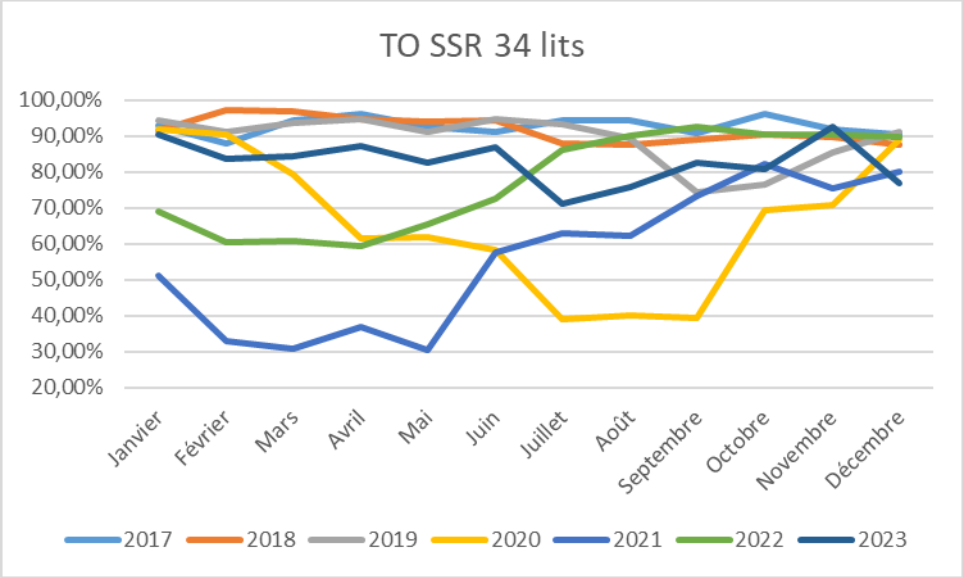
CSG												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2017	91,90%	86,80%	93,80%	84,70%	92,30%	88,80%	91,90%	88,80%	87,20%	90,60%	90,40%	92,70%
2018	94,00%	91,10%	96,00%	89,40%	89,40%	89,00%	74,60%	85,80%	90,00%	85,60%	86,20%	91,60%
2019	94,40%	94,40%	91,90%	88,60%	86,20%	75,60%	61,20%	58,70%	86,10%	86,50%	87,50%	86,30%
2020	85,60%	82,40%	64,90%	61,70%	61,40%	70,30%	47,80%	52,00%	48,50%	55,30%	42,50%	53,40%
2021	40,20%	36,80%	44,30%	41,20%	37,30%	46,60%	44,00%	46,10%	48,50%	68,30%	71,50%	59,70%
2022	72,30%	64,90%	66,90%	80,70%	55,00%	58,50%	62,30%	59,00%	61,30%	79,60%	79,30%	81,30%
2023	76,90%	72,00%	66,50%	76,90%	62,10%	57,60%	49,70%	62,00%	74,10%	85,90%	72,80%	90,30%



Ce graphique permet de mettre en lumière :

- Les difficultés de remplissage du service sur l'année 2020 à partir de février, et sur l'année 2021 jusqu'en octobre (contexte de la crise Covid) ;
- Le « creux » qui semblent intervenir chaque année l'été, avec une réduction notable du taux d'occupation ;
- Les fluctuations, de manière générale, du taux d'occupation dans ce service, avec un réel manque de régularité dans le remplissage depuis l'année 2019.

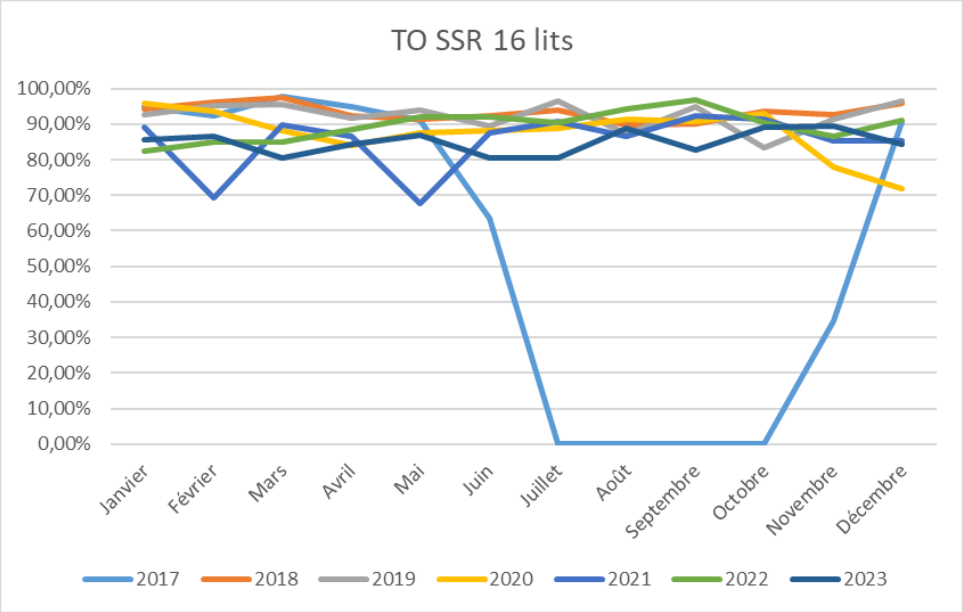
SSR 34 lits												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2017	92,90%	88,00%	94,40%	96,10%	92,70%	91,10%	94,40%	94,50%	90,80%	96,20%	92,00%	90,40%
2018	91,40%	97,20%	96,80%	94,80%	93,90%	94,50%	88,00%	87,40%	89,00%	90,50%	89,80%	87,70%
2019	94,40%	91,30%	93,50%	94,80%	91,20%	94,70%	93,20%	89,40%	74,40%	76,50%	85,40%	91,00%
2020	92,00%	90,40%	79,40%	61,60%	61,70%	58,10%	39,10%	40,20%	39,50%	69,50%	70,80%	88,90%
2021	51,10%	32,90%	30,90%	36,90%	30,40%	57,40%	62,80%	62,20%	73,30%	82,20%	75,50%	80,00%
2022	68,80%	60,40%	60,60%	59,20%	65,50%	72,70%	86,20%	90,00%	92,70%	90,30%	90,40%	89,80%
2023	90,50%	83,60%	84,50%	87,30%	82,40%	86,90%	71,20%	75,60%	82,50%	80,70%	92,40%	77,00%



Ce graphique met en évidence :

- Les très grandes difficultés de remplissage en 2020, 2021 et jusqu'en juillet 2022 ;
- Les fluctuations de l'année 2023, qui sont à mettre en regard de la stabilité remarquable des taux d'occupation des années 2017, 2018 et 2019.

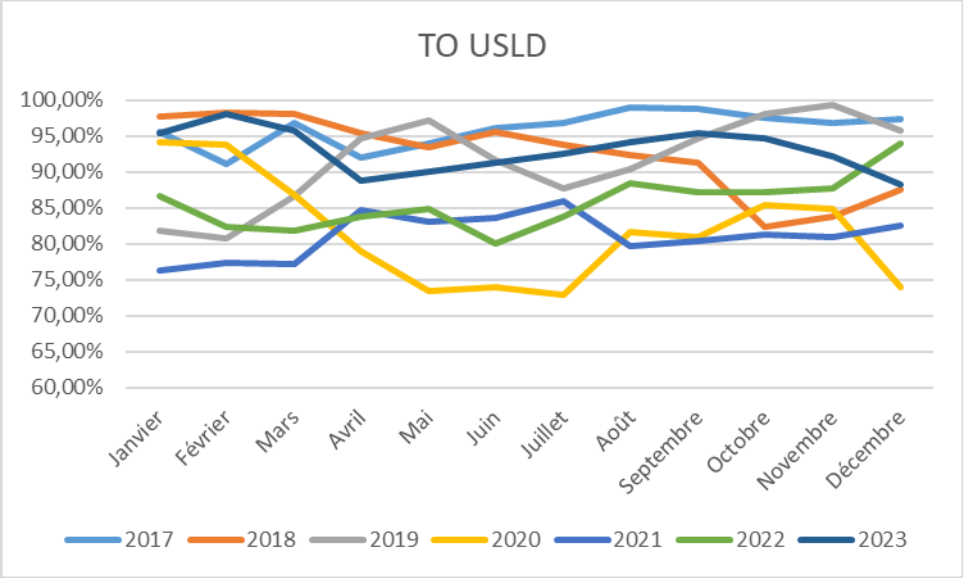
SSR 16 lits												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2017	94,80%	92,50%	97,80%	94,80%	91,10%	63,50%	fermé	fermé	fermé	fermé	34,80%	90,70%
2018	94,40%	96,20%	97,40%	92,50%	91,50%	92,30%	93,80%	89,90%	90,00%	93,50%	92,70%	96,00%
2019	92,70%	95,10%	95,60%	91,70%	94,00%	89,60%	96,60%	87,10%	94,80%	83,30%	91,50%	96,60%
2020	95,80%	93,50%	88,30%	84,00%	87,50%	88,30%	88,90%	91,50%	90,80%	92,90%	77,90%	72,00%
2021	89,10%	69,40%	89,90%	86,50%	67,70%	87,50%	90,70%	86,50%	92,30%	91,50%	85,20%	85,30%
2022	82,50%	85,00%	84,90%	88,50%	92,10%	91,90%	90,30%	94,20%	96,90%	90,30%	86,50%	91,10%
2023	85,70%	86,60%	80,60%	84,20%	86,90%	80,60%	80,60%	88,70%	82,90%	89,10%	89,40%	84,30%



Ce graphique montre :

- Un impact de la crise sanitaire nettement moins prononcé que pour l'autre service de SSR (à l'exception de quelques fluctuations de l'activité en 2021, avec toutefois un taux d'occupation qui ne descend jamais sous la barre des 70%) ;
- Une grande stabilité dans les taux d'occupation sur chacune des années (à l'exception de 2017, voir ci-dessous), y compris en 2023 puisque le taux d'occupation rattrape progressivement son niveau habituel d'avant crise, et se stabilise au-dessus de 80% ;
- L'année 2017 est marqué par une fermeture temporaire du service, qui se traduit par un décrochage de l'activité de juillet à octobre, suivi d'une reprise progressive jusqu'en décembre.

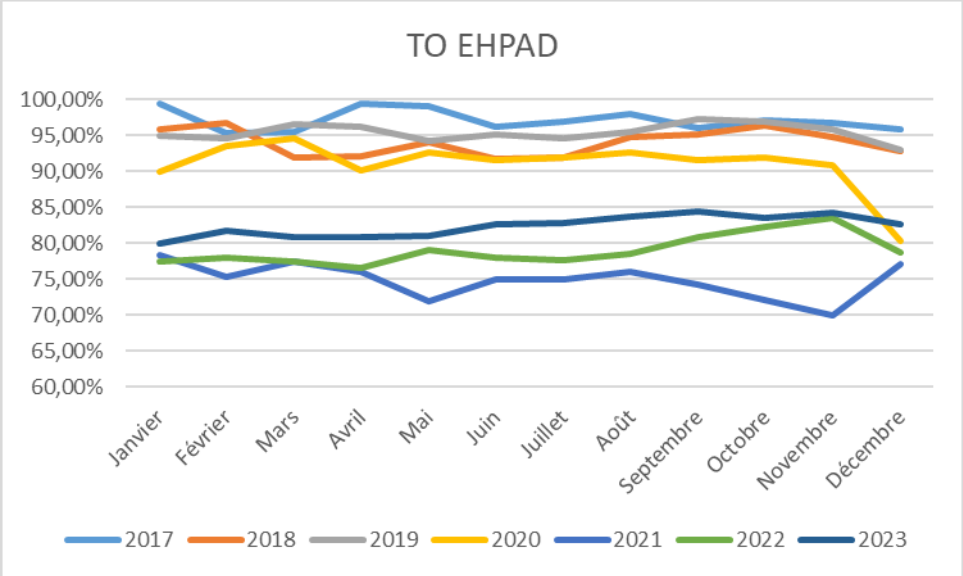
USLD												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2017	95,50%	91,10%	96,90%	91,90%	93,90%	96,10%	96,80%	98,90%	98,70%	97,50%	96,80%	97,30%
2018	97,70%	98,30%	98,00%	95,40%	93,50%	95,60%	93,80%	92,30%	91,20%	82,40%	83,80%	87,50%
2019	81,80%	80,70%	86,60%	94,70%	97,20%	91,70%	87,70%	90,30%	94,60%	98,00%	99,30%	95,70%
2020	94,10%	93,70%	86,80%	78,90%	73,50%	74,00%	72,90%	81,60%	80,90%	85,30%	84,90%	73,90%
2021	76,30%	77,30%	77,10%	84,60%	83,10%	83,60%	85,90%	79,70%	80,40%	81,20%	80,90%	82,50%
2022	86,60%	82,40%	81,80%	83,80%	84,80%	80,10%	83,80%	88,40%	87,10%	87,20%	87,70%	93,90%
2023	95,30%	98,00%	95,70%	88,80%	90,00%	91,30%	92,50%	94,10%	95,30%	94,70%	92,10%	88,30%



Ces données mettent en évidence :

- Une certaine stabilité des taux d'occupation, avec un taux qui ne descend jamais sous la barre des 70%, y compris durant la crise Covid ;
- Comme pour d'autres services, la crise entraîne néanmoins une chute notable des taux d'occupation sur les années 2020 et 2021, y compris jusqu'en novembre 2022.

	EHPAD											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
2017	99,50%	95,40%	95,50%	99,40%	99,10%	96,20%	96,90%	98,00%	96,10%	97,20%	96,80%	95,90%
2018	95,90%	96,80%	92,00%	92,20%	94,10%	91,80%	91,90%	94,80%	95,10%	96,40%	94,80%	92,80%
2019	95,00%	94,60%	96,60%	96,20%	94,30%	95,20%	94,60%	95,50%	97,30%	96,90%	95,90%	93,10%
2020	90,00%	93,50%	94,70%	90,20%	92,70%	91,60%	91,90%	92,70%	91,60%	92,00%	90,80%	80,30%
2021	78,30%	75,40%	77,50%	76,10%	72,00%	74,90%	75,00%	76,00%	74,20%	72,20%	69,90%	77,20%
2022	77,50%	78,00%	77,50%	76,50%	79,10%	78,10%	77,70%	78,60%	80,80%	82,30%	83,60%	78,80%
2023	80,00%	81,70%	80,80%	80,80%	81,00%	82,60%	82,90%	83,80%	84,50%	83,50%	84,20%	82,70%



Enfin, pour le service de l'EHPAD, on remarque :

- Un très net décrochage du taux d'occupation à partir du mois de décembre 2020, avec un taux qui reste ensuite durablement plus bas jusqu'en 2023 ;

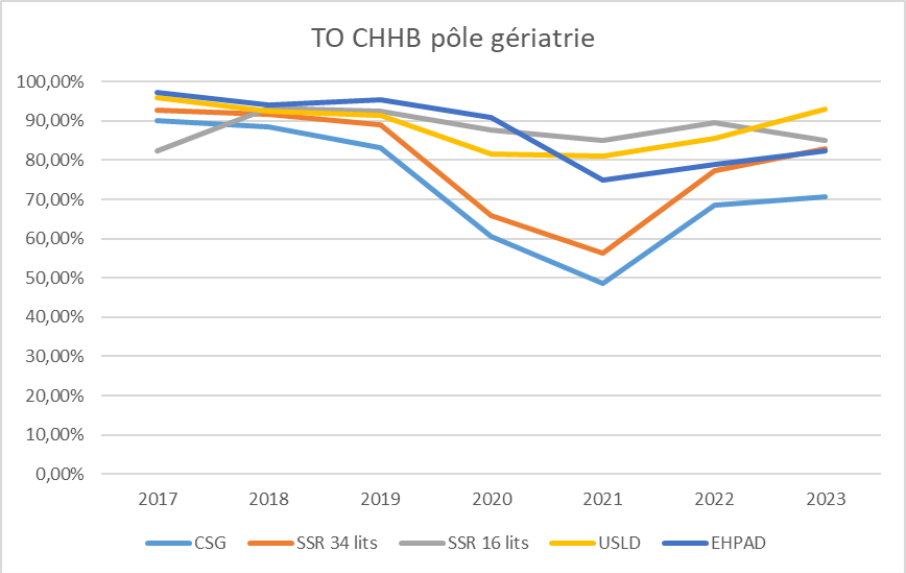
- Si l'année 2023 présente une légère tendance à la hausse, elle reste nettement insuffisante pour rattraper les taux d'occupations d'avant crise.

Taux d'occupation sur la période 2017-2023 par service :

Ces données présentes l'évolution annuelle des taux d'occupation sur la période 2017-2022, pour le pôle du CHHB, puis par service.

Pour le pôle :

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CSG	89,99%	88,56%	83,12%	60,48%	48,71%	68,43%	70,57%
SSR 34 lits	92,79%	91,75%	89,15%	65,93%	56,30%	77,22%	82,88%
SSR 16 lits	82,50%	93,35%	92,38%	87,62%	85,13%	89,52%	84,97%
USLD	95,95%	92,46%	91,53%	81,71%	81,05%	85,63%	93,01%
EHPAD	97,17%	94,05%	95,43%	91,00%	74,89%	79,04%	82,38%

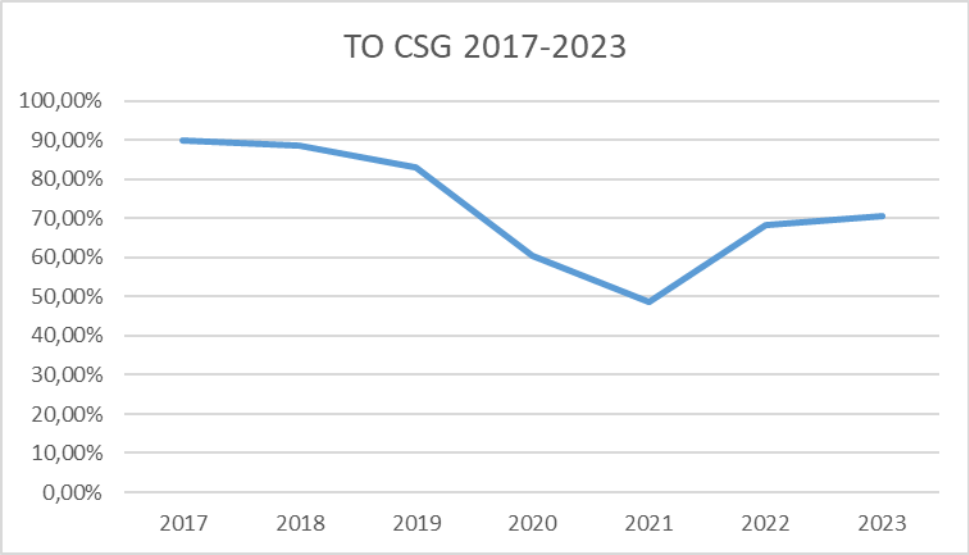


Il est possible de noter ici :

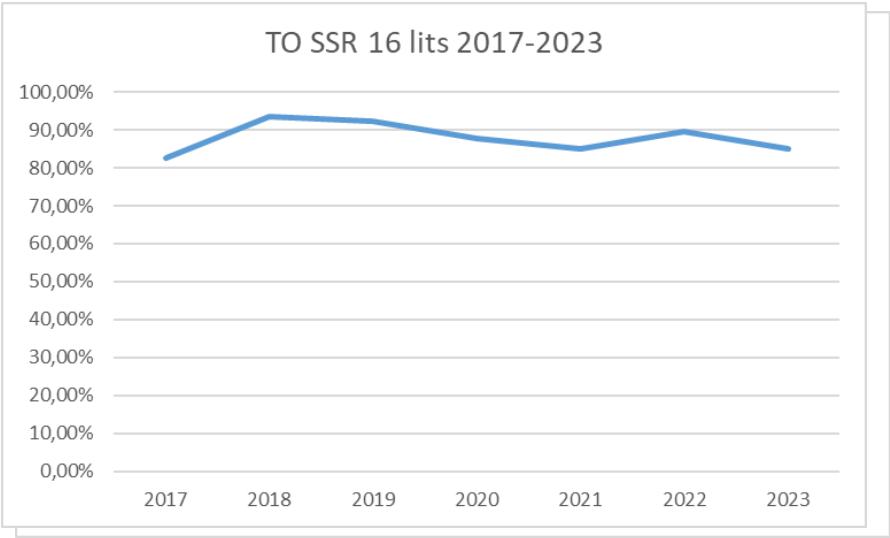
- Le net décrochage de 2020 et 2021, en particulier pour le CSG et pour le SSR de 34 lits ;
- Les difficultés à faire remonter les taux d'occupation depuis la crise, avec des taux très variables d'un service à l'autre, et souvent nettement inférieurs aux niveaux de 2017 ou d'avant-crise.

Les données service par service :

CSG						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
89,99%	88,56%	83,12%	60,48%	48,71%	68,43%	70,57%

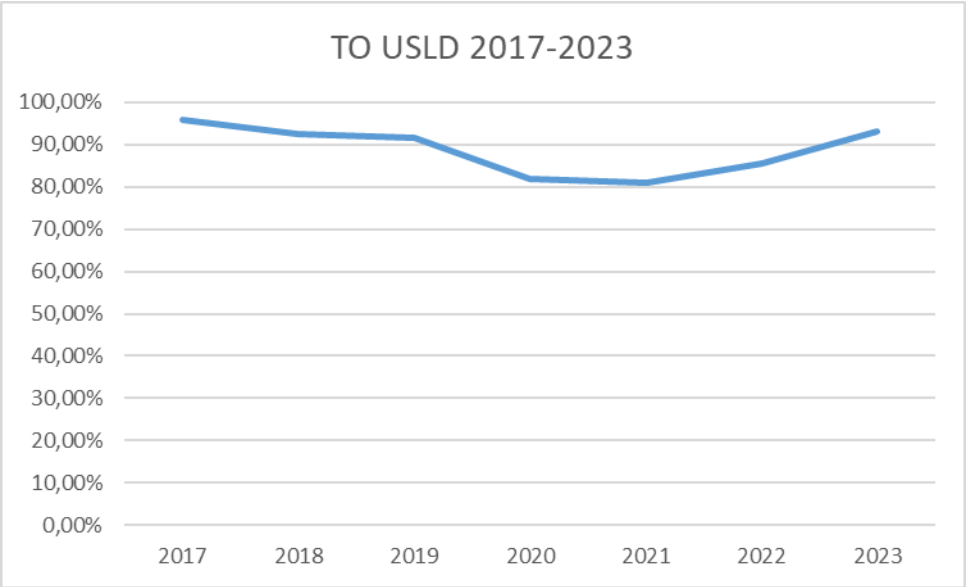


SSR 34 lits						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
92,79%	91,75%	89,15%	65,93%	56,30%	77,22%	82,88%

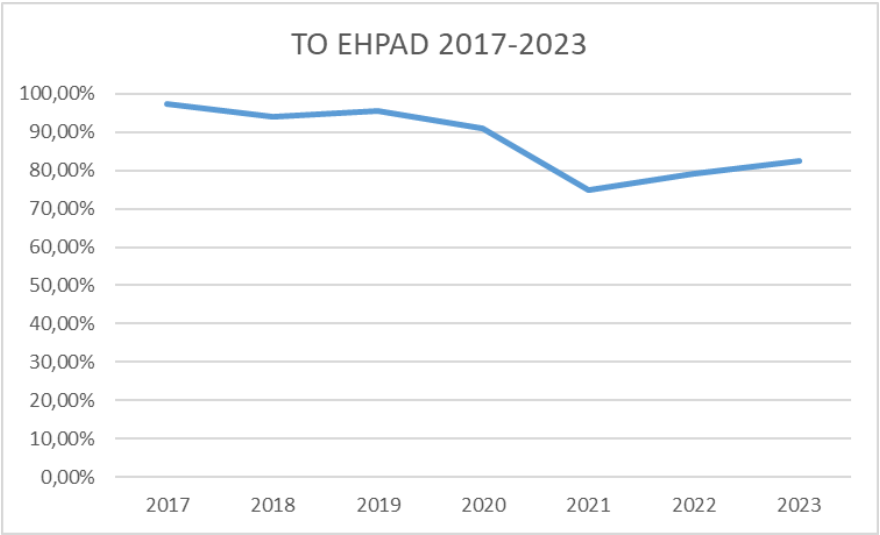


SSR 16 lits						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
82,50%	93,35%	92,38%	87,62%	85,13%	89,52%	84,97%

USLD						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
95,95%	92,46%	91,53%	81,71%	81,05%	85,63%	93,01%



EHPAD							
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
97,17%	94,05%	95,43%	91,00%	74,89%	79,04%	82,38%



Données mensuelles brutes du pôle :

	2017													
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**	
CSG	91,90%	86,80%	93,80%	84,70%	92,30%	88,80%	91,90%	88,80%	87,20%	90,60%	90,40%	92,70%	**89,99%**	
SSR 34 lits	92,90%	88,00%	94,40%	96,10%	92,70%	91,10%	94,40%	94,50%	90,80%	96,20%	92,00%	90,40%	**92,79%**	
SSR 16 lits	94,80%	92,50%	97,80%	94,80%	91,10%	63,50%	fermé	fermé	fermé	fermé	34,80%	90,70%	**82,50%**	SSR 1 fermé jusqu'au 5 novembre puis reprise progressive de l'activité.
USLD	95,50%	91,10%	96,90%	91,90%	93,90%	96,10%	96,80%	98,90%	98,70%	97,50%	96,80%	97,30%	**95,95%**	
EHPAD	99,50%	95,40%	95,50%	99,40%	99,10%	96,20%	96,90%	98,00%	96,10%	97,20%	96,80%	95,90%	**97,17%**	

	2018												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**
CSG	94,00%	91,10%	96,00%	89,40%	89,40%	89,00%	74,60%	85,80%	90,00%	85,60%	86,20%	91,60%	**88,56%**
SSR 1	91,40%	97,20%	96,80%	94,80%	93,90%	94,50%	88,00%	87,40%	89,00%	90,50%	89,80%	87,70%	**91,75%**
SSR 2	94,40%	96,20%	97,40%	92,50%	91,50%	92,30%	93,80%	89,90%	90,00%	93,50%	92,70%	96,00%	**93,35%**
USLD	97,70%	98,30%	98,00%	95,40%	93,50%	95,60%	93,80%	92,30%	91,20%	82,40%	83,80%	87,50%	**92,46%**
EHPAD	95,90%	96,80%	92,00%	92,20%	94,10%	91,80%	91,90%	94,80%	95,10%	96,40%	94,80%	92,80%	**94,05%**

	2019												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**
CSG	94,40%	94,40%	91,90%	88,60%	86,20%	75,60%	61,20%	58,70%	86,10%	86,50%	87,50%	86,30%	**83,12%**
SSR 1	94,40%	91,30%	93,50%	94,80%	91,20%	94,70%	93,20%	89,40%	74,40%	76,50%	85,40%	91,00%	**89,15%**
SSR 2	92,70%	95,10%	95,60%	91,70%	94,00%	89,60%	96,60%	87,10%	94,80%	83,30%	91,50%	96,60%	**92,38%**
USLD	81,80%	80,70%	86,60%	94,70%	97,20%	91,70%	87,70%	90,30%	94,60%	98,00%	99,30%	95,70%	**91,53%**
EHPAD	95,00%	94,60%	96,60%	96,20%	94,30%	95,20%	94,60%	95,50%	97,30%	96,90%	95,90%	93,10%	**95,43%**

	2020													
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**	
CSG	85,60%	82,40%	64,90%	61,70%	61,40%	70,30%	47,80%	52,00%	48,50%	55,30%	42,50%	53,40%	**60,48%**	18 lits : chiffres remis sur 24
SSR 1	92,00%	90,40%	79,40%	61,60%	61,70%	58,10%	39,10%	40,20%	39,50%	69,50%	70,80%	88,90%	**65,93%**	22 lits : chiffres remis sur 34
SSR 2	95,80%	93,50%	88,30%	84,00%	87,50%	88,30%	88,90%	91,50%	90,80%	92,90%	77,90%	72,00%	**87,62%**	
USLD	94,10%	93,70%	86,80%	78,90%	73,50%	74,00%	72,90%	81,60%	80,90%	85,30%	84,90%	73,90%	**81,71%**	
EHPAD	90,00%	93,50%	94,70%	90,20%	92,70%	91,60%	91,90%	92,70%	91,60%	92,00%	90,80%	80,30%	**91,00%**	

	2021													
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**	
CSG	40,20%	36,80%	44,30%	41,20%	37,30%	46,60%	44,00%	46,10%	48,50%	68,30%	71,50%	59,70%	**48,71%**	Cases vertes : nombre de lits réduit à 18 en CSG
SSR 1	51,10%	32,90%	30,90%	36,90%	30,40%	57,40%	62,80%	62,20%	73,30%	82,20%	75,50%	80,00%	**56,30%**	et 22 en SSR1, chiffres rapportés sur les
SSR 2	89,10%	69,40%	89,90%	86,50%	67,70%	87,50%	90,70%	86,50%	92,30%	91,50%	85,20%	85,30%	**85,13%**	nombres de lits financés, à savoir 24 en CSG et
USLD	76,30%	77,30%	77,10%	84,60%	83,10%	83,60%	85,90%	79,70%	80,40%	81,20%	80,90%	82,50%	**81,05%**	34 en SSR1.
EHPAD	78,30%	75,40%	77,50%	76,10%	72,00%	74,90%	75,00%	76,00%	74,20%	72,20%	69,90%	77,20%	**74,89%**	

	2022													
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**	
CSG	72,30%	64,90%	66,90%	80,70%	55,00%	58,50%	62,30%	59,00%	61,30%	79,60%	79,30%	81,30%	**68,43%**	Attention en juillet et août : nombre de lits du CSG réduit à 16 : remis sur 24
SSR 1	68,80%	60,40%	60,60%	59,20%	65,50%	72,70%	86,20%	90,00%	92,70%	90,30%	90,40%	89,80%	**77,22%**	
SSR 2	82,50%	85,00%	84,90%	88,50%	92,10%	91,90%	90,30%	94,20%	96,90%	90,30%	86,50%	91,10%	**89,52%**	
USLD	86,60%	82,40%	81,80%	83,80%	84,80%	80,10%	83,80%	88,40%	87,10%	87,20%	87,70%	93,90%	**85,63%**	
EHPAD	77,50%	78,00%	77,50%	76,50%	79,10%	78,10%	77,70%	78,60%	80,80%	82,30%	83,60%	78,80%	**79,04%**	

	2023												
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	**Moyenne annuelle**
CSG	76,90%	72,00%	66,50%	76,90%	62,10%	57,60%	49,70%	62,00%	74,10%	85,90%	72,80%	90,30%	**70,57%**
SSR 1	90,50%	83,60%	84,50%	87,30%	82,40%	86,90%	71,20%	75,60%	82,50%	80,70%	92,40%	77,00%	**82,88%**
SSR 2	85,70%	86,60%	80,60%	84,20%	86,90%	80,60%	80,60%	88,70%	82,90%	89,10%	89,40%	84,30%	**84,97%**
USLD	95,30%	98,00%	95,70%	88,80%	90,00%	91,30%	92,50%	94,10%	95,30%	94,70%	92,10%	88,30%	**93,01%**
EHPAD	80,00%	81,70%	80,80%	80,80%	81,00%	82,60%	82,90%	83,80%	84,50%	83,50%	84,20%	82,70%	**82,38%**

Annexe n°2 : Note réalisée dans le cadre du stage de professionnalisation, relative à l'analyse de l'offre concurrentielle de l'EHPAD « Les 5 Saisons », en y associant les USLD et les résidences autonomie

Objectif : La présente note vise à présenter les résultats de l'analyse économique de l'environnement concurrentiel de l'EHPAD les 5 Saisons.
Cette note part du constat que l'EHPAD Les 5 Saisons rencontre des difficultés de remplissage de ses 130 lits depuis la crise du Covid-19. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer pourquoi l'EHPAD ne parvient pas à remplir ses 20 lits vacants. Parmi ces hypothèses on retrouve notamment :

- Un manque d'attractivité de l'EHPAD (problème d'attractivité des locaux, problème de communication autour de l'EHPAD, problème de réputation, etc.) ;
- **Une absence de demande sur le secteur d'attraction de l'EHPAD ;**
- **Une offre trop importante de places d'EHPAD ou d'alternatives à l'EHPAD sur le secteur d'attraction de l'EHPAD.**

Cette note vise à analyser les deux derniers facteurs via l'étude de l'offre disponible autour de l'EHPAD et via l'analyse de la population résidant autour de l'EHPAD.

Hypothèses de départ : Au départ, cette note visait à démontrer que :

- L'EHPAD Les 5 Saisons est située sur un secteur où se trouvent trop d'EHPAD (privés ou publics), créant un trop plein d'offre non corrélé à la demande ;
- L'EHPAD est par ailleurs situé dans une zone où la population est en situation de précarité, où le nombre de personnes âgées (+75 ans) est moindre qu'ailleurs en France.

Synthèse de la note :

- **Le secteur autour de l'EHPAD Les 5 Saisons est occupé par un nombre important d'établissements de type EHPAD, dont la majeure partie sont des établissements privés ;**
- **Malgré cette offre importante, la densité de population âgée du secteur devrait largement permettre de créer une demande de places en EHPAD suffisante pour remplir l'ensemble de ces établissements si l'on se base sur les moyennes nationales ;**
- **Ce constat est toutefois à nuancer en raison de l'existence d'une plus faible proportion de personnes âgées de 75 ans et plus sur le secteur. Ce décalage ne suffit toutefois pas à expliquer les difficultés de remplissage de l'EHPAD au regard du faible nombre de places disponibles sur le secteur.**

Méthodologie :

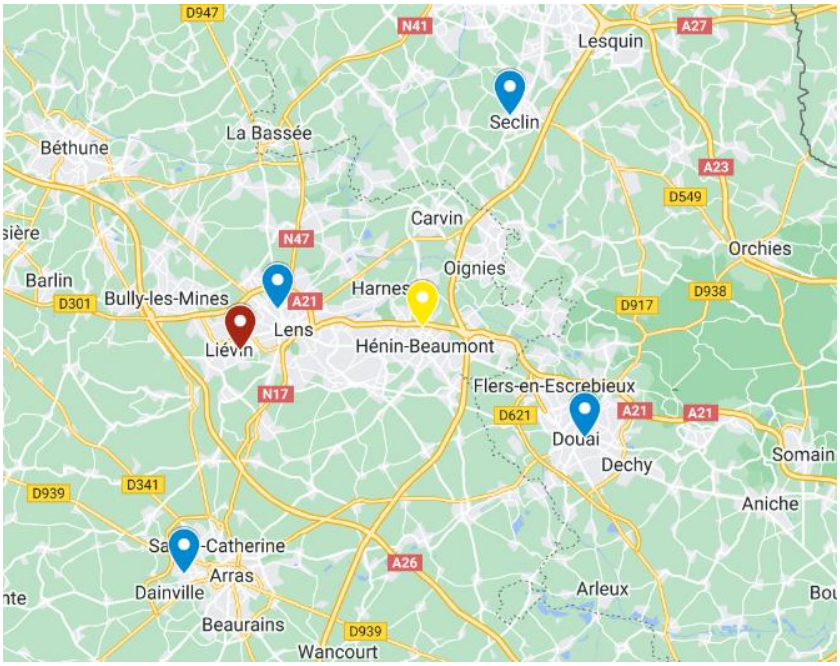
Afin de répondre à ces deux hypothèses, un travail de recensement des établissements sur le secteur a d'abord été mené. Afin de rendre l'analyse aussi réaliste que possible, il a été décidé de limiter le recensement aux établissements situés à moins de 20 km (+/-1km) de l'établissement « Les 5 Saisons ». En effet, le secteur géographique est un critère particulièrement important pour les individus qui cherchent à placer un proche en EHPAD. Il a été supposé qu'au-delà de 20 km, et compte-tenu de l'offre existante, les établissements étaient trop éloignés pour être en réelle concurrence avec « Les 5 Saisons ».
Les sites institutionnels ont permis, à partir de ce critère de départ, de dresser la liste des EHPAD du secteur retenu, en distinguant les EHPAD privés (privé commercial et privé non lucratif) des EHPAD publics. Voici la carte qui a pu être construite à partir de ces données :

Légende : carte des établissements de type EHPAD situés à moins de 20 kilomètres (+/- 1 kilomètres) d'Hénin-Beaumont. Le point jaune symbolise l'EHPAD Les 5 Saisons d'Hénin-Beaumont. Les points rouges symbolisent les établissements privés (privé commercial et privé non lucratif). Les points bleus symbolisent les EHPAD publics.

Il résulte de cette analyse que le secteur comprend 54 EHPADs, dont 10 publics et 44 privés. Ces EHPADS représentent un total de 3695 places en hébergement permanent, auxquelles il faut ajouter 72 places d'hébergement temporaire, soit un total de 3767 places

en tout.

Afin de rendre l'analyse plus complète, et à titre d'information, la même démarche a été entreprise sur le même secteur pour les USLD et les résidences autonomie. Si ces établissements n'accueillent pas les mêmes profils de résidents qu'en EHPAD, il peut néanmoins exister des similitudes dans certains profils accueillis. Voici les cartes résultantes de ces analyses complémentaires.



Légende : place des six USLD présentent dans un rayon de 20 kilomètres (en voiture, et non à vol d'oiseau) autour de l'USLD du CHHB (symbolisé en jaune). Les repères bleus symbolisent les USLD publics, et le point rouge correspond à une USLD privée.

Le nombre total de places d'USLD du secteur s'élève à 376.

Légende : carte des résidences autonomie autour d'Hénin-Beaumont. Le point jaune

symbolise Hénin-Beaumont (mairie). L'ensemble des points rouges sont les résidences autonomie situées à moins de 20 kilomètres en voiture (+/- 1 kilomètre) d'Hénin-Beaumont. Toutes ces résidences relèvent du secteur privé.

Le nombre total de places en résidence autonomie s'élève à 1485 sur le secteur.

Ces premières constatations permettent de relever que :

- **Le nombre d'établissements dans le secteur est élevé, et provoque une mise en concurrence direct d'une offre importante, impliquant pour les demandeurs une possibilité de choix et de comparaisons importantes. Il est important, à ce titre, de souligner que l'EHPAD Les 5 Saisons se doit d'être attractif et visible ;**
- **L'offre du secteur est majoritairement privée.**

Toutefois, cette analyse est incomplète si elle n'est pas complétée d'une analyse de la population sur le même secteur (pour rappel : 20 km autour de l'EHPAD). En effet, le nombre d'EHPAD n'est pas un bon indicateur de la demande sur le territoire. Cette dernière ne peut être interprétée qu'en analysant le nombre de personnes âgées sur le territoire, afin de recueillir un fine le nombre de places en EHPAD disponibles par tranche de 1000 habitants de 75 ans ou plus (il s'agit de l'indicateur retenu dans les publications de la DREES afin d'analyser l'offre d'EHPAD sur un territoire).

A partir des données exhaustives du recensement de la population de 2020 (données INSEE), une extraction a donc été réalisée sur les 183 communes que compte le rayon retenu autour d'Hénin-Beaumont. Les données INSEE permettent un niveau de détail suffisant pour comptabiliser le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par commune. A partir d'un tableur Excel, il a donc été possible de compiler les données afin d'obtenir le nombre d'habitants du secteur, qui s'élève à 760675, et le nombre de personnes de 75 ans et plus parmi ces habitants, qui s'élève lui à 60026.

En reprenant les données sur le nombre de places d'EHPAD du secteur, et en effectuant un produit en croix, il résulte de l'analyse que le secteur comprend environ **63 places d'EHPAD pour 1000 habitants de 75 ans ou plus**, **soit moitié moins que la moyenne nationale qui s'élève, en 2020, à 126 lits et places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus.**

En ajoutant les résidences autonomie à l'étude, le nombre de places disponibles atteint les 88 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, soit un chiffre toujours bien inférieur aux moyennes nationales.

Contrairement à l'hypothèse émise, il convient donc de noter que le secteur comprend un nombre d'EHPAD trop faible par rapport aux moyennes nationales.

A titre d'information, le département du Pas-de-Calais se situe dans la moyenne nationale en termes de places disponibles en EHPAD, avec un nombre de place situé entre 110 et 140 pour 1000 habitants de 75 ans et plus selon les données de la DREES. Aussi, il semble que le secteur soit marqué soit par un déficit d'établissements, ou alors par une concentration trop importante de population.

A partir de ces constats, il convenait de compléter cette étude par un comparatif du nombre de personnes âgées sur le secteur par rapport aux moyennes nationales, afin d'identifier un éventuel manque de besoins sur le territoire local.

Cette analyse a été réalisée en rapportant le nombre de personnes âgées de 75 ans au nombre d'habitants total du secteur. Il résulte de ce calcul que le taux de personnes de 75 ans et plus dans la zone d'étude s'élève à 7,9%. Selon l'INSEE, au 1er janvier 2020, le taux de personnes âgées de 75 ans et plus s'élevait en France à 9,5%. **Le territoire est donc marqué par un décalage important du nombre de personnes âgées, probablement expliqué par les indicateurs de santé défavorables du territoire.**

En conclusion, nous pouvons retenir que :

- **Le secteur autour de l'EHPAD Les 5 Saisons est occupé par un nombre important d'établissements de type EHPAD, dont la majeure partie sont des établissements privés ;**
- **Malgré cette offre importante, la densité de population âgée du secteur devrait largement permettre de créer une demande de places en EHPAD suffisante pour remplir l'ensemble de ces établissements si l'on se base sur les moyennes nationales ;**
- **Ce constat est toutefois à nuancer en raison de l'existence d'une plus faible proportion de personnes âgées de 75 ans et plus sur le secteur. Ce décalage ne suffit toutefois pas à expliquer les difficultés de remplissage de l'EHPAD au regard du faible nombre de places disponibles sur le secteur ;**
- Les difficultés de remplissage de l'EHPAD sont donc à rechercher dans d'autres facteurs, dont voici quelques exemples :
    - Difficultés d'attractivité dues au manque de visibilité / d'attractivité de l'EHPAD ;
    - Désintérêt de la population pour les structures de type EHPAD, ce qui impliquera de repenser l'accompagnement proposé à l'EHPAD ;
    - Présence de trop de difficultés économiques sur le secteur (indicateurs socioéconomiques défavorables induisant une incapacité financière à intégrer ce type de structure) ;
    - Présence de suffisamment de personnes âgées de 75 ans et plus, mais d'une trop faible part de personnes âgées de 85 ans et plus, qui représente la moyenne d'âge actuelle au sein de l'EHPAD et qui est à mettre en lien avec le plus faible taux de personnes âgées dans le secteur par rapport aux indicateurs nationaux.

Annexe n°3 : Trame du questionnaire diffusé en population générale

Introduction du questionnaire :

Je vous remercie de répondre à ce questionnaire qui me sera utile dans le cadre de mon mémoire. Il devrait vous prendre environ 10 minutes. Les questions suivies d'un * sont obligatoires. Les autres me permettront d'analyser plus finement les résultats. Ce questionnaire est complètement anonyme. Les réponses que vous transmettrez ne

pourront en aucun cas faire en sorte de vous identifier. Il a pour objectif de savoir comment les EHPAD pourraient évoluer pour répondre à vos attentes.

Question 1 : Avez-vous déjà placé l'un de vos proches dans un EHPAD ? Oui/Non

Si oui :

Question 1.0 : Quelle a été l'année d'entrée en institution pour votre proche ? (Si vous avez plusieurs proches en institution, merci de ne tenir compte que de la dernière expérience que vous avez vécue) :

Question 1.1 : Le placement de votre proche était-il une volonté de sa part ? Oui/Non

Question 1.2 : Le placement de votre proche était-il une volonté de votre part ? Oui/Non

Question 1.3 : Le placement de votre proche était-il une contrainte au vu de l'état de santé de votre proche ? Oui/Non

Question 1.4 : Avez-vous connu des difficultés avec votre famille au moment de prendre la décision de placer votre proche en EHPAD ? Oui/Non

Question 1.4.1 : Précisez ici les types de difficultés que vous avez pu rencontrer avec votre famille (difficultés morales, économiques, autre ?) :

Question 1.5 : Avez-vous connu des difficultés d'ordre administratif au moment de placer votre proche en EHPAD ? Oui/Non

Question 1.5.1 : Si oui, pouvez-vous préciser les éléments qui ont pu vous poser problème ? (Constitution du dossier, manque de place en établissement, refus de dossier…) :

Question 1.6 : Votre proche nécessitait-il un type de structure particulière ayant pu retarder son admission (type Unité de Vie Alzheimer, Unité d'Hébergement Renforcée, Unité Sécurisée…) ? Oui/Non

Question 1.7 : Aujourd'hui si la question se posait de nouveau de devoir placer un de vos proches en établissement, décideriez-vous de nouveau de placer votre proche ? Oui/Non

Question 1.7.1 : Si oui, pourquoi :

Question 1.7.2 : Si non, pourquoi :

Question 1.8 : Aujourd'hui, l'EHPAD est de plus en plus utilisé en dernier recours. La politique actuelle est de maintenir le plus longtemps possible les personnes à domicile, notamment en ayant recours aux dispositifs d'aide à domicile. Trouvez-vous que cela est une bonne chose ? Oui/Non

Question 1.8.1 : En vous basant sur votre expérience de placement, diriez-vous que vous trouvez le maintien à domicile : Mieux qu'un placement en EHPAD / Moins bien qu'un placement en EHPAD ?

Question 1.8.2 : Pourquoi ?

Si non :

Question 1.0 : Savez-vous ce qu'est un EHPAD, et le type de prise en charge qui y est proposé ? Oui/Non

Question 1.0.1 : Si oui, décrivez brièvement la prise en charge qui est proposé (présence d'un médecin à temps plein ? D'une infirmière à temps plein ? Quel type d'autres métiers, quel type d'animation ?) :

Question 1.1 : De manière générale, un EHPAD est un établissement qui propose une prise en charge paramédicale à temps plein (aide-soignante et infirmière présentes 24h/24), ainsi qu'une présence médicale à temps généralement partiel. Le médecin qui est présent est un médecin coordonnateur qui coordonne l'intervention des différents médecins traitants sur la structure. Il peut intervenir en cas d'urgence ou en l'absence de médecin traitant. L'EHPAD dispose en général d'une équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, …) permettant une prise en charge complète des résidents. Des activités y sont proposées chaque jour grâce à la présence d'une équipe d'animation.
Envisageriez-vous l'EHPAD comme mode d'hébergement si l'état de santé d'un de vos proches le nécessitez ? Oui/Non

Question 1.1.1 : Si oui, pourquoi :

Question 1.1.2 : Si non, pourquoi :

Question 1.2 : Avez-vous déjà eu recours à des services d'aide à domicile ou à l'hospitalisation à domicile pour l'un de vos proches âgés ? Oui/Non

Question 1.2.1 : Si oui, pensez-vous que cette méthode vous a permis d'éviter ou de retarder une entrée en EHPAD ? Oui/Non

Question 1.2.2 : Si non, pensez-vous que ces dispositifs soient de nature à retarder ou à remplacer l'entrée en EHPAD ? Oui/Non

Question 1.2.3 : Développez votre point de vue sur ce type de dispositifs (précisez aussi si vous n'en avez jamais entendu parler) :

Question 2 : Quelle opinion générale avez-vous sur les EHPAD ? Très positive / Positive / Mitigée / Mauvaise / Très mauvaise

Question 2.1 : Développez :

Question 3 : Diriez-vous que l'image que vous avez des EHPAD PUBLICS depuis le scandale ORPEA s'est : Maintenue à son même niveau qu'avant / Dégradée / Améliorée

Question 4 : Diriez-vous que l'image que vous avez des EHPAD PRIVES depuis le scandale ORPEA s'est : Maintenue à son même niveau qu'avant / Dégradée / Améliorée

Question 5 : Pensez-vous que les EHPAD soient voués à rester un acteur incontournable de l'accompagnement du grand âge ? Oui/Non

Question 5.1 : Si oui, pourquoi ?

Question 5.2 : Si non, pourquoi ?

Question 6 : Pensez-vous qu'il soit aujourd'hui nécessaire de réfléchir à d'autres modes de prise en charge, davantage à domicile notamment ? Oui/Non

Question 6.1 : Si oui, pourquoi ?

Question 6.2 : Si non, pourquoi ?

Question 7 : Si vous deviez envisager votre vie dans un EHPAD, qu'espéreriez-vous y trouver ?

Question 8 : Quels sont les éléments que vous regarderiez en premier si vous deviez placer votre proche dans un EHPAD ?

Question 9 : Aujourd'hui, en raison du maintien à domicile le plus longtemps possible, les personnes âgées arrivent généralement à l'EHPAD dans un état de santé très dégradé. Aussi, elles peuvent difficilement participer aux activités, et ne prennent que peu part à la vie de l'EHPAD. Pensez-vous qu'une bonne communication et qu'une anticipation plus poussée permettrait de faire en sorte que les personnes intègrent l'EHPAD plus tôt, permettant in fine de mieux les intégrer dans l'EHPAD et donc de maintenir leur autonomie plus longtemps ? Oui/Non

Question 9.1 : Si oui, pourquoi :

Question 9.2 : Si non, pourquoi :

Question 10 : Si vous deviez placer votre proche en EHPAD, quel serait le prix maximum que vous seriez prêt à payer par mois ? Moins de 1500€, entre 1500€ et 2000€, entre 2000 et 2500€, plus de 2500€.

Question 11 : Mentionnez ici toute information complémentaire que vous jugeriez utile de porter à ma connaissance. Pour rappel, le sujet de mon mémoire porte en particulier sur l'attractivité des filières gériatriques, ce qui incluent les EHPAD.

Annexe n°4 : Analyse des résultats du questionnaire grand public intitulé « Le devenir des EHPAD »

Préambule : cette annexe a pour objectif de détailler et d'analyser les réponses au questionnaire « grand public » diffusé dans le cadre de ce mémoire. Ce questionnaire avait pour objectif de recueillir l'avis de la population sur les structures de type EHPAD, en distinguant les personnes ayant déjà placé un proche en EHPAD de celles n'ayant jamais eu recours à ce type de structure.

Méthodologie : ce questionnaire est distinct des entretiens qui ont pu être réalisés par ailleurs auprès de professionnels de la santé. Aussi, il avait vocation à être à destination d'un public « lambda », ne travaillant pas dans les domaines sanitaires et médico-sociaux. Ce questionnaire n'a donc pas été déployé auprès : des professionnels des structures, de réseaux type linkedin (puisque le réseau concerné est majoritairement en lien avec le domaine de la santé).
Afin de néanmoins recueillir un maximum de réponses, il a été choisi de déployer ce questionnaire : auprès de proches ne travaillant pas dans ce domaine, auprès de réseaux professionnels n'ayant aucun lien direct avec la santé (éducation nationale, école d'ingénieur, associations de peinture, etc.), et auprès de groupes Facebook sans rapport avec le domaine de la santé (groupes d'échanges de questionnaire par exemple). Afin de compléter les réponses obtenues, le questionnaire a également été posté sur le site Surveycircle, qui permet une diffusion large auprès d'un ensemble de personnes ayant elles-mêmes besoin de réponses sur un questionnaire qu'elles ont produit. Au vu des noms des autres études, il apparait que moins de 2% des études sur ce site concerne le domaine de la santé, preuve que les répondants n'étaient pas des habitués du domaine médical et médico-social.

Malgré cela, il est possible de considérer que les réponses apportées à ce questionnaire souffrent de deux biais :

- En premier lieu, les répondants à ce type d'étude sont, en majorité, des personnes « éclairées » qui ont l'habitude de manier les outils numériques et qui sont à l'aise avec le fait de lire et d'écrire. Cela induit forcément un biais dans les réponses apportées, puisqu'elles n'incluent pas l'avis de personnes plus précaires qui sont pourtant en nombre significatif dans le territoire d'Hénin-Beaumont. Pour pallier cela, des entretiens ont été réalisées avec les professionnels du DAC, spécialistes de la gestion de populations en décrochage avec le milieu médical.
- En second lieu, et au vu des publics auquel le questionnaire a été relayé, une majorité des répondants appartient à une tranche d'âge basse de la population (moins de 30 ans). Si leur avis sur les EHPADs est tout aussi intéressant, il n'est peut-être pas représentatif de l'avis de l'ensemble de la population. Il n'en demeure pas moins que les résultats restent pertinents à analyser. De plus, le questionnaire révèle que sur la totalité des répondants, environ 1 personne sur 3 a déjà dû placer un proche en EHPAD, ce qui est suffisamment représentatif pour considérer que les réponses sont exploitables.

Analyse des réponses au questionnaire :

Données générales :

- Nombre total de réponses récolté : 148
- Proportion de répondants ayant déjà placé un proche en EHPAD : 34,5% (et donc 65,5% qui n'ont jamais placé un proche en EHPAD).

Pour les personnes ayant déjà placé un proche en EHPAD :

- L'année d'entrée en institution des proches est très variable, et s'étale de 2001 à 2024, avec une majorité de personnes ayant placé un proche entre 2018 et 2023 (31 personnes sur 51) ;
- Pour une très grosse majorité des répondants, le placement de leur proche ne relève pas d'une volonté du résident (39 sur 51, soit 76,5% de résidents pour lesquels le placement ne relève pas de leur volonté). Seul 12 placements (soit une proportion de 23,5%) sont issus d'une volonté du résident lui-même ;
- A l'inverse, le placement du résident relève dans la majorité des cas (72,5%) d'une volonté de la famille (répondant au questionnaire) ;
- Pour la quasi-totalité des expériences décrites, le placement en EHPAD est dû à un état de santé dégradé nécessitant une institutionnalisation (86% des cas). Toutefois, cela laisse une proportion non négligeable (14%) de cas pour lesquels le placement en EHPAD n'était pas une nécessité induite par l'état de santé ;
- 47,1% des répondants déclarent avoir connu des difficultés avec leur famille au moment de placer leur proche en EHPAD. Donc, pour la majorité des répondants (52,9%), il n'y a pas eu ce genre de problème ;
    - Pour les personnes ayant connu des difficultés avec leur famille, ces difficultés étaient d'ordre : morales et économiques. Ce sont les deux seules raisons qui reviennent sur toutes les réponses récoltées (23 réponses) ;
- 76,5% des répondants déclarent n'avoir pas connu de difficultés d'ordre administratif lors du placement de leur proche. Seul 23,5% en ont connu ;
    - Pour les personnes ayant eu des difficultés administratives, les principaux problèmes ont été : le manque de place, la lourdeur du dossier à constituer et le prix trop élevé de l'établissement.

- 33,3% des répondants déclarent que l'entrée en institution de leur proche a été retardé en raison de la recherche d'une place en unité spécialisée (UVA, UHR, UVS…). Cela n'a pas été un problème pour 66,7% des répondants.
- La majorité des répondants placerait de nouveau son proche en établissement si la situation se représentait aujourd'hui (82,4%). Seuls 17,6% des répondants ne renouvellerait pas le placement en EHPAD.
    - Les personnes qui choisiraient de nouveau l'EHPAD le ferait pour les raisons suivantes : qualité de l'accompagnement (humain et médical), aucune autre alternative, fatigue de l'aidant si maintien à domicile, bienfaits de la vie en collectivité,
    - Les personnes qui décideraient d'une autre voie le ferait pour les raisons suivantes : volonté d'un maintien à domicile, peur de l'EHPAD suite aux scandales divers, manque de moyens des EHPAD.
- La majorité des répondants (78,4%) trouve que c'est une bonne chose d'encourager le plus possible le maintien à domicile.
- 68,6% des répondants trouvent que le maintien à domicile est mieux qu'un placement en EHPAD. Seul 31,4% des répondants trouvent que cela est moins bien. (Attention : on est toujours dans la partie où ne répondent que ceux qui ont déjà placé un proche en EHPAD).
    - Raisons évoquées en faveur du maintien à domicile : maintien des repères, absence de déstabilisation de la personne âgée en la déménageant, établissements surchargés, qualité de vie préservée (espace plus grand notamment), environnement non médicalisé, perte de liberté et de dignité en EHPAD.
    - Raisons évoquées en faveur de l'institutionnalisation : risques médicaux mieux pris en charge en EHPAD et plus rapidement, lien social favorisé.

Pour les personnes n'ayant jamais placé de proche en EHPAD :

- La majorité des répondants ne connaissent pas en détail l'EHPAD (62,9%), et seul 26,8% déclarent connaitre l'EHPAD et le type de prise en charge qui y est proposé.
    - Les répondants qui déclarent connaitre l'EHPAD savent formuler que c'est une institution qui permet un accompagnement lors des actes de la vie courante, couplée à un suivi des soins notamment grâce à la présence d'infirmiers ou d'infirmières.
- Plus de la moitié des répondants (66%), une fois qu'on leur a présenté l'EHPAD et ses missions, envisagerait l'EHPAD comme mode d'hébergement si l'état de santé d'un de leur proche le nécessitait. Pour 36 répondants (soit 37,1%), ils ne l'envisageraient pas (cette proportion n'est pas négligeable).
    - Les raisons pour lesquelles les personnes placeraient leur proche en EHPAD : impossibilité de s'occuper du proche soit même (manque de temps et de compétence), sécurité de l'EHPAD notamment via un suivi médical/paramédical quotidien et pluridisciplinaire, absence d'autres possibilités,
    - Les raisons pour lesquelles les personnes ne placeraient pas leur proche en EHPAD : financements des EHPAD trop faible pour assurer de bonnes conditions de vie, côté dégradant de l'EHPAD, prix élevé, volonté du proche de ne pas y aller, volonté de s'occuper soi-même du proche, mauvaise réputation des EHPAD (scandales, violences, manque de moyens, etc.).

- 42,3% des répondants ont déjà eu recours à des services d'aide à domicile pour leur proche âgé. Parmi eux, 79,1% affirment que cela a permis d'éviter ou de retarder une entrée en EHPAD.
- Les répondants qui n'ont pas eu recours aux services d'aide à domicile pour leur proche âgé sont 71,4% à penser que ces dispositifs sont de nature à retarder ou à remplacer une entrée en EHPAD.
    - Arguments mis en avant par les répondants : plus facile à accepter pour le proche, état de santé se dégradant plus vite en EHPAD, maintien des repères à domicile, permet de retarder l'entrée en EHPAD, moins coûteux, bonne transition avant l'EHPAD, maintien l'autonomie du proche,
    - Certains soulignent les mauvais retours sur les dispositifs d'aide à domicile.
    - Certains, enfin, affirment n'avoir jamais entendu parler des dispositifs d'aide à domicile.

Pour l'ensemble des répondants :

- La majorité des répondants (51,4%) ont une opinion mitigée sur les EHPADs. Seul 27,7% en ont une opinion positive ou très positive, et 24,3% en ont une opinion négative ou très négative.
    - Raisons évoquées positivement : les EHPAD sont indispensables, sécurité du résident
    - Raisons évoquées négativement : prix élevé, mauvaise ambiance, mauvaise image (scandales notamment, maltraitances), manque de personnel, situation géographique des EHPAD souvent éloignée des centre-ville, institution vue comme un mouroir, manque de confiance
    - Les répondants soulignent que l'avis varie beaucoup d'une structure à l'autre.
    - On note pour cette réponse un taux très élevé de retours liés à une mauvaise image de l'EHPAD, des retours très négatifs ou une vision négative liée aux histoires entendues dans les journaux et par le « bouche à oreille ».
- 61,5% des répondants affirment que depuis le scandale ORPEA, leur avis sur les EHPAD publics s'est dégradé. 63,5% des répondants affirment que depuis le scandale ORPEA, leur avis sur les EHPAD privés s'est dégradé. Donc pas de différence entre le public et le privé, la population ne distingue pas les deux.
- 58,1% des répondants affirment que l'EHPAD a vocation à rester un acteur incontournable de l'accompagnement du grand âge. 27,7% des répondants sont indécis sur le sujet, et 14,9% disent que non.
    - Raisons évoquées par ceux qui affirment que l'EHPAD restera un acteur majeur de l'accompagnement du grand âge : institutions indispensables, absence d'aidants proches parfois (ou impossibilité de s'occuper du proche), absence d'alternatives (y compris sur le long terme, il n'existe pas d'autre modèle viable), cela nécessitera par contre des moyens supplémentaires, augmentation de la proportion de personnes âgées.
    - Raisons évoquées par ceux qui affirment que l'EHPAD n'est pas ou ne restera pas un acteur majeur dans l'accompagnement du grand âge : développement de l'aide à domicile, nécessité de développer d'autres solutions, institutions trop chères, manque de confiance.

- 74,3% des répondants pensent qu'il est aujourd'hui nécessaire de réfléchir à d'autres modes de prise en charge, notamment à domicile. 22,3% des répondants sont indécis.
    - Raisons évoquées par ceux qui pensent que cela est nécessaire : volonté des individus de mourir chez soi, bénéfique pour la personne âgée, conservation des repères et des souvenirs, permet de maintenir l'autonomie, coût trop élevé de l'EHPAD, mauvaises conditions de vie et d'accueil dans les EHPAD existants actuellement, idée d'une prise en charge hybride.
    - Raisons évoquées par ceux qui pensent que cela n'est pas nécessaire : la prise en charge à domicile n'est pas optimale et peu générée beaucoup de déplacements, l'EHPAD est satisfaisant.
- Ce que les répondants voudraient s'ils étaient en EHPAD : intimité (possibilité de ne pas vivre avec le collectif), activités nombreuses et adaptées (mais qui maintiennent la dignité), environnement rural, grand et agréable, pluralité des espaces disponibles (espaces intimes en famille, espaces collectifs), présence d'échanges intergénérationnels, environnement non médicalisé visuellement (pas de blouse, pas de murs blancs), transparence dans la communication, pas d'horaires définis de visite, personnel compétent, proche d'un centre-ville, possibilité d'avoir des animaux, équipe pluridisciplinaire, beaucoup de divertissement possible, bonne qualité de restauration, liberté conservée, un environnement qui ressemble à un hôtel, un accès très bon au Wifi, présence d'un bar, possibilité d'être autonome, penser l'EHPAD comme une mini-ville avec tous les services nécessaires, une vraie qualité d'accompagnement (notamment au regard du prix payé), personnalisation de la chambre, flexibilité des horaires de repas,
- On note que les répondants veulent soit un établissement en plein centre-ville, ou alors un établissement perdu en pleine nature, ce qui reflète des souhaits très aléatoires selon les individus.
- Si les répondants devaient placer un proche en EHPAD, ils regarderaient en priorité les éléments suivants : l'espace disponible et la possibilité de personnaliser la chambre, sentiment de bien-être, le prix, les horaires de visite, les avis, le ratio de soignants par résident, la qualité des soins, de l'accueil et des repas, la localisation, les activités, le cadre de vie (état des locaux), le comportement du personnel, la possibilité d'amener des animaux, l'équipement technologique, les avis internet, l'état de santé des personnes déjà placées, l'ambiance générale.
- 45,3% des répondants ne savent pas si l'anticipation de l'entrée en EHPAD permettrait d'améliorer la participation des résidents aux activités, et donc de maintenir l'autonomie plus longtemps. 27% pensent que ce n'est pas le cas. 29,7% pensent que c'est le cas.
    - Ceux qui ont répondu oui évoquent les arguments suivants : logique de cette démarche, adaptation plus facile, possibilité de participer davantage aux activités, faciliter l'intégration, construction d'une relation de confiance facilitée.
    - Ceux qui ont répondu non évoquent les arguments suivants : il est préférable de privilégier l'accompagnement à domicile, cela provoquerait un déracinement des individus, les personnes autonomes ne payent pas moins cher l'EHPAD donc aucun intérêt, les activités pourraient être envisagées à domicile.

- 40,5% des répondants déclarent qu'ils seraient prêts à payer au maximum 1500€ par mois pour placer leur proche en EHPAD. 43,9% d'entre eux sont prêts à payer entre 1500 et 2000€, et 21% sont prêts à payer plus de 2000€.

Remarques générales :

- Les difficultés d'ordre morales et économiques semblent particulièrement prégnantes dans le processus d'institutionnalisation des proches. L'incapacité à se projeter sur le prix mensuel de l'EHPAD est cité comme élément problématique, rejoignant ce que les professionnels du DAC ont pu relever comme difficulté.
- Les scandales et reportages divers sur les EHPADs ont affecté durablement l'opinion de la société sur les EHPADs. Avant même la question dédiée à ces scandales, beaucoup de verbatim ont été écrits en ce sens dans les questions ouvertes.
- Il y a une dé corrélation entre ceux que les personnes voudraient pour eux-mêmes dans un EHPAD et ce qu'ils iraient regarder pour le placement de leur proche.

Annexe n°5 : Trame du questionnaire à destination des professionnels des CCAS

Questionnaire :
Dans le cadre de mon mémoire de fin de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), je réalise une étude sur l'attractivité des hébergements pour personnes âgées et sur la perception, par la population, de ces établissements.
Je me tourne aujourd'hui vers vous, professionnels des CCAS, car vous êtes quotidiennement au contact de la population, et en particulier de populations parfois fragiles pouvant avoir recours aux structures d'hébergement pour personnes âgées.
Le but est de comprendre quelles sont les raisons qui peuvent pousser, ou au contraire empêcher, les individus à avoir recours aux structures d'hébergement pour personnes âgées.

Ce questionnaire devrait vous prendre environ 10 minutes et est anonyme, je vous remercie d'avance grandement pour le temps que vous y consacrerez.

Question 1 : Le CCAS dans lequel vous exercez est-il situé dans la communauté d'agglomération de Lens-Liévin ou dans celle de Hénin-Carvin ?
Oui
Non

Si oui :

Question 2 : Quels types d'hébergement pour personnes âgées connaissez-vous parmi les établissements suivants (cochez tous ceux que vous connaissez) :
EHPAD
USLD
Résidences autonomie
Autres (précisez) :

Question 3 : Combien de personnes âgées (+65 ans) êtes-vous amenés à accompagner sur l'année ?

Moins de 50
Entre 50 et 100
Entre 100 et 150
Entre 150 et 200
Plus de 200

Question 4 : Parmi ces personnes, combien, selon-vous, aurez pu nécessiter une entrée en institution (EHPAD, USLD) ?
Moins de 50
Entre 50 et 100
Entre 100 et 150
Entre 150 et 200
Plus de 200

Question 5 : Parmi les personnes qui nécessitez une entrée en institution, combien sont effectivement entrés en EHPAD ou en USLD à l'issu de votre accompagnement ?
Moins de 50
Entre 50 et 100
Entre 100 et 150
Entre 150 et 200
Plus de 200

Question 6 : Si les personnes n'ont pas intégré d'institutions alors qu'elles en avaient besoin, quels sont selon vous les facteurs qui les ont poussés à renoncer à y entrer ?
Des difficultés financières
Une mauvaise connaissance de ces institutions
Des difficultés familiales
Un avis négatif sur ces institutions
Une volonté de trouver des alternatives à l'institution (hospitalisation à domicile, EHPAD à domicile, accueil de jour…)
Des difficultés à constituer le dossier d'admission
Un manque de places disponible en institution
Autres (précisez) :

Question 7 : De manière générale, les personnes que vous accompagnez connaissent-elles les institutions suivantes et l'accompagnement qui y est proposé (cochez les cases des institutions qui sont connues des publics que vous accompagnez) :
EHPAD
USLD
Résidences autonomies
Autres (précisez) :

Question 8 : Pour les personnes qui connaissent l'EHPAD, diriez-vous qu'elles en ont une image :
Positive
Négative
Neutre

Question 9 : Pour les personnes qui connaissent les USLD, diriez-vous qu'elles en ont une image :
Positive
Négative
Neutre

Question 10 : Pour les personnes qui connaissent les résidences autonomies, diriez-vous qu'elles en ont une image :
Positive
Négative
Neutre

Question 11 : Diriez-vous que vous avez vu un changement d'avis sur les EHPADs au sein de vos publics accompagnés suite au scandale ORPEA ?
Leur avis sur les EHPADs s'est nettement dégradé
Leurs avis sur les EHPADs n'a pas changé
Leurs avis sur les EHPADs est devenu différent entre les EHPAD publics et les EHPAD privés

Question 12 : Quel type d'accompagnement vous semble aujourd'hui manquant pour accompagner au mieux les personnes âgées en perte d'autonomie ? (Réponse ouverte)

Question 13 : Si vous pouviez changer quelque chose dans les EHPAD/USLD afin de les rendre plus attractifs et plus adaptés à l'accueil des personnes âgées, que feriez-vous ? (Réponse ouverte)

Question 14 : Connaissez-vous l'EHPAD Les 5 Saisons d'Hénin-Beaumont ?
Oui
Non

Question 15 : Si oui, quelle opinion avez-vous de cet EHPAD ?
Positive
Négative
Neutre

Question 16 : Souhaitez-vous préciser votre pensée ? Réponse ouverte

Question 17 : Indiquez ici toute information complémentaire que vous jugeriez utile d'apporter à ma connaissance : (Réponse ouverte)

Question 18 : Si vous êtes d'accord pour être recontacté afin d'effectuer un entretien pour discuter de ce sujet, merci d'indiquer ici votre adresse mail :

Si non :

Question 2 : Quels types d'hébergement pour personnes âgées connaissez-vous parmi les établissements suivants (cochez tous ceux que vous connaissez) :
EHPAD

USLD
Résidences autonomie
Autres (précisez) :

Question 3 : Combien de personnes âgées (+65 ans) êtes-vous amenés à accompagner sur l'année (environ) ?
Moins de 50
Entre 50 et 100
Entre 100 et 150
Entre 150 et 200
Plus de 200

Question 4 : Parmi ces personnes, combien, selon-vous, aurez pu nécessiter une entrée en institution (EHPAD, USLD) ?
Moins de 50
Entre 50 et 100
Entre 100 et 150
Entre 150 et 200
Plus de 200

Question 5 : Parmi les personnes qui nécessitez une entrée en institution, combien sont effectivement entrés en EHPAD ou en USLD à l'issu de votre accompagnement ?
Moins de 50
Entre 50 et 100
Entre 100 et 150
Entre 150 et 200
Plus de 200

Question 6 : Si les personnes n'ont pas intégré d'institutions alors qu'elles en avaient besoin, quels sont selon vous les facteurs qui les ont poussés à renoncer à y entrer ?
Des difficultés financières
Une mauvaise connaissance de ces institutions
Des difficultés familiales
Un avis négatif sur ces institutions
Une volonté de trouver des alternatives à l'institution (hospitalisation à domicile, EHPAD à domicile, accueil de jour…)
Des difficultés à constituer le dossier d'admission
Un manque de places disponible en institution
Autres (précisez) :

Question 7 : De manière générale, les personnes que vous accompagnez connaissent-elles les institutions suivantes et l'accompagnement qui y est proposé (cochez les cases des institutions qui sont connues des publics que vous accompagnez) :
EHPAD
USLD
Résidences autonomies
Autres (précisez) :

Question 8 : Pour les personnes qui connaissent l'EHPAD, diriez-vous qu'elles en ont une image :
Positive
Négative
Neutre

Question 9 : Pour les personnes qui connaissent les USLD, diriez-vous qu'elles en ont une image :
Positive
Négative
Neutre

Question 10 : Pour les personnes qui connaissent les résidences autonomies, diriez-vous qu'elles en ont une image :
Positive
Négative
Neutre

Question 11 : Diriez-vous que vous avez vu un changement d'avis sur les EHPADs au sein de vos publics accompagnés suite au scandale ORPEA ?
Leur avis sur les EHPADs s'est nettement dégradé
Leurs avis sur les EHPADs n'a pas changé
Leurs avis sur les EHPADs est devenu différent entre les EHPAD publics et les EHPAD privés

Question 12 : Quel type d'accompagnement vous semble aujourd'hui manquant pour accompagner au mieux les personnes âgées en perte d'autonomie ? (Réponse ouverte)

Question 13 : Si vous pouviez changer quelque chose dans les EHPAD/USLD afin de les rendre plus attractifs et plus adaptés à l'accueil des personnes âgées, que feriez-vous ? (Réponse ouverte)

Question 14 : Indiquez ici toute information complémentaire que vous jugeriez utile d'apporter à ma connaissance : (Réponse ouverte)

Question 15 : Si vous êtes d'accord pour être recontacté afin d'effectuer un entretien pour discuter de ce sujet, merci d'indiquer ici votre adresse mail :

Annexe n°6 : Trame d'entretien à destination des professionnels du Dispositif d'Appui à la Coordination du territoire Lens-Béthune-Hénin-Carvin

Note : Ce questionnaire a servi de base préparatoire à la réalisation d'entretiens avec les professionnels du DAC. Si cette liste constitue le socle minimal des questions à poser, l'enquêtrice se gardait la possibilité d'étoffer l'entretien avec des questions plus spontanées nées au cours de l'échange.

Public destinataire du questionnaire : professionnels du DAC s'occupant prioritairement des personnes âgées et travaillant prioritairement sur le territoire d'Hénin-Beaumont.

En préambule de l'entretien, il est précisé au professionnel que l'entretien sera enregistré (sauf s'il s'y oppose) puis retranscrit dans le cadre d'un mémoire. Il est également précisé qu'une anonymisation sera effectuée et que les données collectées auront uniquement vocation à être utilisée afin d'enrichir les réflexions du mémoire. Le sujet du mémoire est rappelé, ainsi que le but de l'entretien, à savoir : collecter des données sur les relations qu'entretiennent les personnes âgées du territoire avec les filières gériatriques, et en particulier les institutions de type EHPAD ou USLD. Il sera notamment question de collecter le ressenti des professionnels sur les facilités de placement, sur les difficultés rencontrées, sur les freins éventuels, et sur les idées qu'ils pourraient avoir afin de transformer l'offre existante.

1. Pouvez-vous vous présenter rapidement, en particulier en insistant sur vos missions au sein du DAC ?
2. Connaissez-vous les filières gériatriques et leurs rôles sur le territoire ? Si oui, pouvez-vous le développer ?
3. Connaissez-vous en particulier la filière gériatrique interne du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont ? Si oui, pouvez-vous la décrire brièvement ?
4. Etes-vous amenés à orienter des patients vers les filières gériatriques et leurs services ? (CSG, SMR, EHPAD ou USLD)
5. Si oui, combien environ ?
6. Si oui, quelles difficultés êtes-vous amenées à rencontrer lorsqu'il s'agit de trouver une place pour ces profils de patients ? (Difficultés d'ordre social, économiques, de mobilité, etc.)
7. Parmi les gens que vous suivez, quel est l'avis général majoritaire sur les EHPAD et USLD ? Est-ce que les gens connaissent ces institutions ?
8. Avez-vous ressenti un changement d'avis sur ces institutions suite au scandale ORPEA chez les patients que vous suivez ?
9. Le territoire est-il marqué selon vous par une précarité certaine rendant plus difficile l'admission des patients dans des institutions médico-sociales telles que les EHPAD ou les USLD ?
10. Comment décririez-vous la démarche d'entrée en institution (EHPAD, USLD) ? (Mots pour aidés au besoin : lente, rapide, trop de documents demandés, documents adaptés ou non, démarche facile pour les proches ou le résident)
11. Les prestations proposées en général par les EHPAD et les USLD vous semblent-elles adaptées aux besoins de la population âgée du territoire ?
12. Pensez-vous que le territoire comporte suffisamment de structures de type EHPAD et USLD ?
13. Pensez-vous que le territoire comporte suffisamment d'unités spécialisées (type UVA / UHR) ?
14. Pensez-vous que l'accompagnement à domicile est une alternative durable à l'hébergement en institution ?
15. Si vous deviez imaginer l'avenir des EHPAD, à quoi pensez-vous ?
16. Qu'aimeriez-vous trouver comme offre au sein des filières gériatriques qui correspondrait davantage aux besoins des patients suivis par le DAC ?
17. Pour finir, connaissez-vous l'EHPAD Les 5 Saisons d'Hénin-Beaumont, et quelle image en avez-vous ? Et si vos patients la connaissent, quelle image en ont-ils ?

Annexe n°7 : Retranscription des entretiens réalisés auprès des professionnels du DAC Artois

Contexte : Un entretien a été réalisé en présence de plusieurs professionnels du DAC Artois, et notamment les deux référentes de parcours complexes qui s'occupe prioritairement des personnes âgées. Elles sont toutes deux infirmières de formation et en charge de la coordination territoriale. L'une d'elle est également référente en soins palliatifs pour le DAC.
Ces deux professionnelles exercent toutes deux sur le territoire d'Hénin-Beaumont, puisque le DAC Artois couvre les territoires Lens-Liévin, Hénin-Carvin et Béthune. Lorsque les questions le nécessitaient, d'autres référentes du DAC ont pu être sollicitée afin de répondre aux questions et donner leurs avis.

1) Pouvez-vous vous présenter rapidement, en particulier en insistant sur vos missions au sein du DAC ?

Je suis coordinatrice territoriale, je suis à 0,6. Le but c'est d'identifier les partenaires et les parcours existants sur le territoire, de faire un bilan de ce qui existe et de remonter les trous dans la raquette à l'ARS et, par des groupes de travail identifiés et validés par le CA, de travailler sur une problématique recensée et de créer un parcours pour favoriser la prise en charge des usagers du territoire. Et je suis aussi RPC, référente parcours complexe, où là on fait de l'orientation et de l'évaluation à domicile pour pouvoir répondre aux besoins des personnes pour lesquelles on est sollicitées, en situation complexe, médico-sociale.
On peut aussi préciser qu'on a une expertise gériatrique et une expertise palliative en plus. Sur le territoire du DAC Artois, on a les deux expertises, donc l'expertise gériatrique qui va bientôt être renforcée par l'arrivée de l'EGED et l'expertise soins palliatifs.

2) Connaissez-vous les filières gériatriques et leurs rôles sur le territoire ? Si oui, pouvez-vous le développer ?

Sur le territoire du DAC Artois on a 3 filières gériatriques parce qu'une ville est rattachée à une autre filière mais en gros, on a principalement 2 filières gériatriques qui ont la mission de répertoriés les dispositifs existants autour de la personne gériatrique, de travailler en collaboration avec tous ces partenaires, de la même façon par des groupes de travail pour favoriser la prise en charge et notamment les échanges ville-hôpital, ils ont un axe là-dessus. Et après elles sont financées par l'ARS donc elles ont des bilans à fournir sur l'état des lieux de leur territoire.

3) Connaissez-vous en particulier la filière gériatrique interne du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont ? Si oui, pouvez-vous la décrire brièvement ?

Précisions données concernant ce que qui est sous-entendu par filière gériatrique interne, car pour les professionnels du DAC, la seule filière gériatrique existante est celle de territoire financée par l'ARS. Il est donc précisé que l'on entend ici par filière gériatrique interne du CHHB, l'offre gériatrique de ce centre hospitalier.

Alors ils ont un court séjour, un SMR, une USLD qui est rattachée à l'EHPAD, les consultations. Et il y a le centre de prévention aussi ? Réponse d'une collègue : non c'est

sur Liévin. Ah oui c'est sur Liévin, mais c'est le même groupe non ? Réponse : non il s'agit de la polyclinique voisine qui est privée.
Et ils ont aussi des lits identifiés soins palliatifs en gériatrie.

4) Etes-vous amenés à orienter des patients vers les filières gériatriques et leurs services ? (CSG, SMR, EHPAD ou USLD)

Oui.

5) Si oui, combien environ ?

On a plutôt des patients qui émanent de ces services-là. Parce qu'après nos principales adresses c'est sur du court séjour gériatrique, parfois de l'UCC (unité cognitivo-comportementale), donc les patients de la filière d'Hénin-Beaumont, et après c'est institutionnalisation EHPAD USLD mais ça reste à la marge. On peut regarder les chiffres mais je dirais que ça reste en dessous de 10%. Sur la filière gériatrique de Lens-Hénin, il y avait beaucoup de consultations en fait. En regardant les sollicitations… On est même en dessous de 5% en fait. C'est à la marge.

6) Si oui, quelles difficultés êtes-vous amenées à rencontrer lorsqu'il s'agit de trouver une place pour ces profils de patients ? (Difficultés d'ordre social, économiques, de mobilité, etc.)

J'allais dire ça, les places. On passe, enfin à l'époque on passait par le gériatre conseil maintenant ils ont fait la ligne avec la filière gériatrique notamment, qu'on n'a pas encore eu l'occasion de tester pour le coup. Mais quand on appelait c'était… Des fois c'était le manque de place.
Manque de place à très court terme, à moyen terme on arrive à les mettre. On n'a pas de refus d'hospitalisation, c'est plus un délai mais on les a hospitalisés. Ça finit par marcher c'est le délai qui est un peu… Surtout par rapport à l'UCC.
On a moins de difficultés que d'autres partenaires parce qu'aussi la demande elle émane de l'expertise gériatrique du domicile, donc elle est souvent assez validée sur le critère de prendre le patient en hospitalisation. On va être clair. Ça se passe mieux aussi quand le médecin appelle que quand nous on appelle. On n'a moins de refus que le réseau de ville. Si c'est une infirmière libérale qui appelle ou le médecin traitant. On a moins de difficultés parce qu'on apporte l'expertise gériatrique. La demande est clairement identifiée et légitime : on a échoué à un maintien au domicile, il y a un symptôme trop aigu qui nécessite une hospitalisation et souvent ben voilà c'est garant des bons critères d'hospitalisation.

7) Parmi les gens que vous suivez, quel est l'avis général majoritaire sur les EHPADs et USLDs ? Est-ce que les gens connaissent ces institutions ?

EHPAD c'est bien identifié, USLD je ne suis pas sûr. Parce que comme c'est dans un centre hospitalier il y en a beaucoup qui pensent que c'est gratuit. En maison de retraite c'est clairement identifié en USLD beaucoup moins. Et par contre c'est ça c'est la connotation de l'EHPAD, donc c'est des avis négatifs de la part des personnes et de leur entourage. Et alors là on a une vague encore avec les scandales ORPEA etc. On en a quand même encore qui disent « ben quand on voit ce qui se passe je ne vais pas mettre mes parents ». Il y a une connotation négative de l'EHPAD.

USLD c'est l'amalgame hospitalier où au final ils pensent qu'ils ne devraient pas payer parce que c'est un service hospitalier. Ils n'ont pas conscience que c'est du médico-social. Par contre on a énormément de demandes d'hospitalisations au long cours gratuites. Ce qui n'existe pas trop.

8) Avez-vous ressenti un changement d'avis sur ces institutions suite au scandale ORPEA chez les patients que vous suivez ?

Ça a renforcé, je pense que si on faisait le nombre avant après ça ne changerait pas grand-chose mais ça a renforcé les freins des familles, au-delà de la culpabilisation, de … Oui ça a renforcé parce que les familles veulent encore moins.

9) Le territoire est-il marqué selon vous par une précarité certaine rendant plus difficile l'admission des patients dans des institutions médico-sociales telles que les EHPADs ou les USLDs ?

C'est certain. Oui. Parce que, et dans le groupe de travail que j'avais fait avec la filière gériatrique, même pour des personnes qui ont des moyens enfin qui peuvent se payer un EHPAD cash, la problématique c'est que les gens n'arrivent pas à se projeter en fait sur le reste à charge. Le nombre de personnes qui disent je ne veux pas que mes enfants ils payent. Et on n'a pas la réponse tant que la personne elle n'est pas dans la structure. Vous voyez quand on a un enfant on va avoir une tranche parce qu'en fonction de nos revenus on va être dans telle tranche on sait qu'on va avoir autant de remboursement de CAF ou autre. Il n'y a pas ça à l'EHPAD.
Il faudrait quasiment un système de devis en fait. Parce que par exemple quand c'est l'aide sociale, elle se fait après une fois qu'on est rentré dans la structure, ils sont incapables de vous dire le reste à charge. C'est fonction du GIR et tout, et je suis sûr que les gens ils sauraient, même pour anticiper, pour se dire je peux tenir aussi longtemps avec ce que j'ai. Et c'est impossible d'avoir clairement un chiffre avant d'être entré en EHPAD.
Mais c'est sûr par rapport… Et il y a l'enveloppe du département qui, dans d'autres départements, se développe plus facilement. Les enveloppes de répit pour les hébergements temporaires. Mais c'est plus pour le temporaire pour le coup. Sur du long court forcément il n'y a pas l'enveloppe de répit mais on n'a pas ce visu là non plus. C'est propre au Pas-de-Calais.
Par exemple les foyers autonomie eux ils sont clairs sur le prix. C'est le manque de visibilité. Il y a de la précarité c'est sûr mais il y a ce manque de projection : combien ça va me coûter, combien il va me rester, aussi quand il y a encore l'époux / l'épouse, mais voilà comment ça va se passer. On ne peut pas répondre.
Les demandes de financement par le département ne permettent pas d'avoir une réponse vite.
9 fois sur 10 chez nous la question c'est combien ça va me coûter. C'est la question. Et répondre aux gens qu'on ne sait pas, c'est difficile. Ce n'est pas satisfaisant. On essaie de leur dire que le reste à charge il est calculé, enfin que l'aide sociale c'est calculé par rapport aux ressources de leurs enfants, et que c'est défalqué, enfin voilà. On essaie de les rassurer comme on peut. Sauf que ce gros point d'interrogation ça les freine encore plus.
Ce n'est pas transparent, c'est pas engageant. Quel autre achat on s'embarque sans savoir le prix. Dans quel autre moment de sa vie on s'embarque sans savoir combien ça va coûter. Quand on paye une école privée on le sait à l'avance, même un enterrement on a un devis.

10) Comment décririez-vous la démarche d'entrée en institution (EHPAD, USLD) ? (Mots pour aidés au besoin : lente, rapide, trop de documents demandés, documents adaptés ou non, démarche facile pour les proches ou le résident)

Cela a été un point de blocage qui a été relevé dans le diagnostic fait par Mélanie (coordinatrice de la filière gériatrique de territoire) c'est que en fait que ce soit pour un accueil de jour, un hébergement temporaire, un hébergement, ils demandent la même quantité de documents et donc pour une entrée en structure tous les relevés d'impôt, les livrets de famille et tout ça on peut comprendre. Pour un accueil de jour l'intérêt… c'est un petit peu lourd. Le risque financier il est moindre. Et du coup il y a ça qui était en point de blocage.
Il y a aussi parfois, si je peux me permettre, cette préadmission obligatoire, cette visite de préadmission, où des fois on bloque sur ça alors que le patient n'est pas déplaçable.
Certains établissements font des visites à domicile, mais d'autres ne le font pas, le médecin coordonnateur oblige le patient à se déplacer avant, mais on a des patients qui concrètement ne peuvent pas.
Après le dossier il est lourd pour les familles, nous une fois qu'on le connaît ça va ce n'est pas plus dur que ça. Et puis qu'il soit unique dans toutes les structures ça c'est quand même très pratique il faut le dire. On dit aux gens vous faites des photocopies, vous le déposez dans toutes les EHPADs que vous voulez, ça c'est quand même très pratique. Oui, que tous les établissements n'aient pas leurs propres trucs.
Après c'est le principe de Trajectoire (logiciel) qui peut parfois être bloquant. Ceux qui ne se réfèrent que à trajectoire et quand certains médecins traitants n'ont pas trajectoire ça c'est bloquant. Il y a certains EHPAD, pas sur notre territoire je ne pense pas, mais en tout cas il y en a beaucoup qui préconisent Trajectoire. Et on a entendu, c'est dans les cordes de dire que maintenant ça ne passerait que par Trajectoire. Et ça par contre Trajectoire, le frein informatique de nos patients il est quand même plus… enfin développé. Il y a les médecins traitants qui ne veulent pas l'utiliser et les patients qui n'ont pas accès à l'informatique.

11) Les prestations proposées en général par les EHPADs et les USLDs vous semblent-elles adaptées aux besoins de la population âgée du territoire ?

Il y a une réflexion sur la mise en place d'infirmières mutualisées de nuit en EHPAD. On s'est rendu compte par exemple qu'un patient hospitalisé en EHPAD ce n'est pas un patient qui fait moins d'hospitalisations en passant par les urgences. Et c'est quand même un grand échec de se dire qu'ils sont hospitalisés la nuit aux urgences alors qu'ils sont en EHPAD. C'est sûr que la médicalisation de l'EHPAD à la base le but c'est de se dire qu'ils décèdent en EHPAD. C'est quand même un grand échec de se dire qu'ils sont en EHPAD et qu'ils décèdent à l'hôpital. Et c'est pareil le nombre d'EHPAD qui bénéficient de l'intervention de l'HAD comme si c'était du domicile. Cela pose question quand même.
Après je pense que sur certains patients même sans… c'est la sécurité. Oui mais est-ce que ce ne sont pas des patients qui doivent basculer à un moment donné en USLD justement ? Au final ils restent longtemps en EHPAD parce qu'ils s'altèrent, est-ce que ce n'est pas le profil de patient qui doit basculer en USLD quand ils s'altèrent ?
Oui comme aujourd'hui on peut faire appel parfois aux UHR quand il y a des gros gros troubles du comportement.
Parce que là on parle quand même de plus en plus de l'accompagnement des fins de vie en EHPAD etc. Et on se rend compte qu'ils ne sont pas hyper médicalisés. En fait l'HAD,

enfin nous c'était en pourparlers quand j'étais à l'aquarelle (EHPAD privé du secteur), nous en tant qu'infirmière ça nous restait en travers de la gorge. Et au début c'était juste le problème de la nuit. Nous on mettait des hydratations en sous-cutanée parce qu'on ne pouvait pas mettre une intraveineuse parce qu'il n'y avait pas de surveillance la nuit. Et donc après ils ont parlé, ils disent que ça marche bien dans la délivrance d'hypnotiques le week-end etc. Mais c'est quand même dommage d'être obligé d'avoir recours à l'HAD. L'EHPAD est adapté sur des patients peut-être qui ont des troubles du comportement etc. qui sont très peu médicalisés encore autonomes, mais dès qu'il y a vraiment grosse altération on reste sur les mêmes problématiques du domicile et il n'y a pas de plus-value à être en EHPAD sur les gros troubles médicaux.
En plus certains EHPADs sont hyper sélectifs sur l'autonomie. Il faut des structures sécurisées comme pour accueillir des personnes qui ont des troubles cognitifs où l'aidant il est épuisé et où il n'y a pas besoin forcément mais c'est surtout de la sécurité et de l'encadrement au quotidien etc. sans cette grosse structure.
C'est limite des groupes de niveaux, comme à la maternelle où il y a classe 1, classe 2 en fonction de la situation. Il y a des EHPADs qui seraient capables d'accueillir des autonomes, semi-autonomes, des grabataires, mais avec une médicalisation adaptée à ça en fait. Parce que l'EHPAD c'est très bien dans certaines situations, quand tu t'altères vraiment il y en a certains qui manquent de personnel pour prendre quelqu'un qui est vraiment grabataire et qui serait mieux en USLD, qui serait mieux en USP, à partir du moment où il s'altère trop.
Il faudrait des structures type UVA / UHR seulement, l'entre-deux (EHPAD) il n'est pas forcément pertinent. Avec des mouvements possibles en fait selon les cas. Par exemple le patient passe une phase aigüe, même un truc qui est transitoire, une infection aigüe, qu'il puisse être basculé sur un truc avec plus de surveillance. Tous les patients ne nécessitent pas une surveillance la nuit, ou tous les patients ne nécessitent pas… mais il y a peut-être des paliers, des patients qui ont besoin d'autre chose temporairement.

12) Pensez-vous que le territoire comporte suffisamment de structures de type EHPAD et USLD ?

Il faudrait plus de structure type UVA-UHR. D'un autre côté on a du mal à les remplir. On en revient à la problématique : on sent qu'il y a un besoin mais les familles elles freinent par rapport au financier tout ça. Et après par contre c'est la restructuration en interne, on parle des échanges… après c'est compliqué pour les familles à comprendre mais, sur l'aquarelle par exemple il y avait 4 unités, il y avait une UHR, et quand le médecin faisait les visites de préadmission, elle disait votre proche aura une chambre. Ce n'est pas sa chambre. Parce que en fonction de l'évolution de la pathologie et tout ça ils étaient amenés à bouger et si à un moment donné il y avait un gros trouble du comportement, que la personne elle se mettait à devenir beaucoup plus agressive, et qu'on avait les critères UHR, ça partait en UHR. Et puis après il y a l'évolution de la pathologie on sait que voilà les troubles du comportement ils diminuent et au final c'est la personne qui n'était plus à sa place, hop il repassait de l'autre côté. Je ne pense pas que ce soit de la création de structure, c'est de la restructuration de structures peut-être plus qu'il faut.
Parce qu'en nombre effectif de places je ne pense pas qu'il y ait un manque de place tel quel. C'est un manque de place adapté. Des fois c'est l'UHR qui manque quand il y a des gros troubles du comportement, des fois on a du mal à trouver. UVA on reçoit des mails il y a souvent de la place. Là où ça pêche c'est du temporaire en unité fermée. Il y a beaucoup de temporaire en unité classique où on se dit mais en fait s'ils sont en temporaire en unité classique ils peuvent rester chez eux.

Si on veut remettre un sous ce qu'il manque aussi c'est le handicap vieillissant. On a des dossiers où c'est des critères d'EHPAD mais qui peuvent trainer parce que handicap. Et puis parce qu'il y a des structures qui sont normalement dédiées, les UVPAH. Mais il n'y en a pas beaucoup.

13) Pensez-vous que le territoire comporte suffisamment d'unités spécialisées (type UVA / UHR) ?

Cf réponses précédentes.

14) Pensez-vous que l'accompagnement à domicile est une alternative durable à l'hébergement en institution ?

Limité en fait. Malheureusement c'est souvent un choix par défaut. Le maintien à domicile est souvent fait par défaut parce que l'entrée en EHPAD est trop chère ou autre. Et par contre il est un choix qui ne pourra pas combler le service de l'EHPAD et nécessite une mobilisation familiale ou autre où dans tous les cas les gens ne peuvent pas s'imaginer non plus qu'il y aura besoin d'une présence. Et c'est ce qui peut nous arriver aussi souvent, 24/24 à domicile dans ce cas-là c'est de l'entrée en EHPAD et ça les gens ont aussi du mal à comprendre que le système français fait qu'en gros un patient ne pourra pas avoir plus de 3 ou 4 passages par jour à domicile. A un moment donné, sans participation financière personnelle on ne peut pas apporter la même sécurité au domicile dans certaines situations que dans une structure.
Cela peut remplacer soit la présence familiale, et on a parfois des situations qui ne posent aucun souci à partir du moment où le tissu familial fait qu'il n'y aura pas de soucis. Et puis l'acceptation des risques aussi. Parce qu'il y a des personnes on sait que leur demande c'est ça c'est de la garde 24/24 et qu'on n'y arrivera pas. Et puis il y a des familles qui disent « vous ne vous rendez pas compte elle est toute seule toute la journée » et on dit mais en fait est-ce que la personne elle s'en plaint ? Non, ben voilà. Il y a tout qui rentre en compte. Durable je ne sais pas, en tout cas il y a une plus-value… Tout dépend du patient. Et après on est aussi face à une crise des métiers du domicile qui font parfois que c'est par défaut qu'ils sont envoyés en EHPAD parce qu'il n'y a pas assez d'AVS. C'est quand même une grosse problématique du domicile. Un problème de médecin traitant qui ne font plus de domicile aussi. On arrive à un environnement non sécurisé au domicile, qui mène à une institutionnalisation. On pourrait maintenir les gens à domicile plus longtemps avec un système de ville adapté. Mais il faut quand même constater que ce n'est pas possible actuellement.

15) Si vous deviez imaginer l'avenir des EHPADs, à quoi pensez-vous ? Ou plutôt, si vous deviez aller en EHPAD, qu'aimeriez-vous y trouver ?

Mon chien (rires). Mais ça c'est un vrai sujet !
Cela dépend des EHPADs, vraiment. Les nouveaux EHPADs qui sont, enfin ça ne fait pas vieux quoi.
Tout dépend de à quel moment on rentre en EHPAD. Il y a des résidences autonomie / EHPAD où on est encore autonome etc. Par contre les gros troubles cognitifs…
Je pense qu'il faudrait que je sois au même stade que les autres dans l'unité, ne pas se sentir en décalage. Il y a ça aussi qui fait peur quand les familles elles vont visiter elles se disent « oui mais moi, ma mère ou mon père elle n'est pas encore à ce point-là ». Même si

c'est le cas c'est dur à accepter. Certains établissements fonctionnent comme ça, ils font ça dans les accueils de jour, par groupe, pour qu'une personne qui a un MMS (mini-mental state, test permettant de connaître l'état mental d'une personne sur une échelle de 0 à 30) à 10 elle ne se retrouve pas avec quelqu'un qui est à 24, parce qu'elle va se sentir en difficulté. Et c'est dans les deux sens, la personne la plus dégradée va se sentir en échec et va être frustrée, et l'autre qui va se dire on fait des trucs pour enfants, mais c'est bon je suis pas un gosse.
Peut-être aussi les paliers d'intégration des familles parce que des fois elles peuvent gérer certaines activités ou tâches, ou gérer tel repas ou autre. On a l'impression que des fois quand on va en EHPAD a y est c'est très infranchissable, l'EHPAD gère tout, les repas, etc. On choisit parfois mais pas partout. Des fois certains pourraient se dire on va prendre notre proche 2 jours à la maison etc. Parfois quand on rentre à l'EHPAD on a l'impression de perdre notre proche. C'est des heures de visite, c'est des droits de visite, enfin c'est quand même… c'est très cadré. Certaines familles voudraient gérer encore la toilette de temps en temps, gérer les soins, etc. Mais c'est quand même très… On perd son proche quand on rentre en EHPAD. Il y a un manque de flexibilité.
Et ça je me demande s'ils ne sont pas en train d'acter ça avec les projets de vie. Alors ils sont très peu faits dans certains établissements, mais il y a quand même, enfin ça dépend des projets d'établissements et comment ils sont faits, mais il y a quand même des projets de vie où on a ça, par exemple tel jour c'est la fille qui vient donner le repas de sa maman. Enfin à l'aquarelle on avait ça, c'était inscrit dans le projet de vie. Ce qui permettait que les soignants ils savaient que tel jour il fallait pas, et ça laissait… Mais enfin comme dit ma collègue c'était quand même très protocolaire quoi. Mais c'est toutes les institutions, à partir du moment où on met en institution on a l'impression de perdre… Il y a une notion de perte de liberté qui est quand même bien marquée. C'est moins vrai en résidence autonomie.
L'EHPAD, de fait, induit tout un mécanisme. C'est la collectivité. C'est un frein et aussi un retard et du coup les gens vont peut-être moins en EHPAD tôt et du coup sont beaucoup plus altérés etc. et compliqués. Je pense qu'on en revient aux paliers. Il y a des gens qui voudraient aller en EHPAD mais toujours partir 15 jours en vacances avec leurs enfants. Mais on va dire oui mais on a payé, ce n'est pas du temporaire donc on ne peut pas partir 15 jours ça va pas.
Des fois c'est compliqué aussi c'est sur les couples quand ce n'est pas le même profil et du coup ils ne nécessitent pas la même structure. Il faudrait un combo résidence autonomie EHPAD. Il y en a qui l'ont avec deux côtés et du coup ils se retrouvent la journée ils passent les repas ensemble et il n'y a vraiment que le soir où chacun retrouve de son côté, parce que celui qui est en résidence autonomie il peut traîner un peu plus et que la personne qui est prise en charge en EHPAD elle va être prise en charge pour la toilette et tout ça.

16) Qu'aimeriez-vous trouver comme offre au sein des filières gériatriques qui correspondrait davantage aux besoins des patients suivis par le DAC ?

Oui, du coup hébergement temporaire en UHR, en unité fermée. Et hébergement social d'urgence en unité fermée. Pour les personnes dépendantes. Cela fonctionne bien sur Montgré (EHPAD qui dispose de 5 places d'hébergement temporaire post-hospitalisation), sur Béthune à partir du moment où la personne elle a besoin d'une aide à la toilette ils ne prennent pas en hébergement d'urgence. Sur Montgré les 5 places on peut, en cas de rupture brutale de l'aidant ou autre, ça marche, ils prennent. Moi j'avais réussi, ils avaient pris un monsieur qui était maltraité par son épouse. Par contre c'est dans une unité fermée, après ça dépend du cahier des charges. Sur Béthune on est en train de revoir parce que

déjà ça ne marche pas, ils ne remplissent pas, mais forcément, il y a des personnes qui nécessitent de l'hébergement d'urgence qui sont autonomes ou pas dépendantes au point d'être dans une unité fermée. Mais dès qu'il y a des troubles cognitifs, ils posent la question « il y a un risque de fugue ? ». Mais nous on ne peut pas s'engager à dire non parce que la personne elle a un MMS à 12, elle ne sera pas dans ses murs, pas dans son environnement, donc on dit « peut-être » et on nous ferme la porte.
Le temporaire autonome on y arrive, sur les structures privées, les EHPADs privés c'est facile. Le problème c'est ça c'est que dès qu'ils sont un peu altérés on n'y arrive pas.
Et après aussi, sur l'hébergement temporaire dès qu'ils sont « techniqués » c'est compliqué. Dès qu'il y a une sonde, des soins, etc. En fait pour certains patients il faudrait un USLD temporaire. Parce que nous, enfin j'avais une patiente qui avait une sclérose en plaque mais très très avancée. Elle était nourrie par pompe et l'époux il était épuisé, et en plus elle a eu des troubles cognitifs. Enfin elle a eu tout. Et les EHPADs refusaient parce que pas d'infirmières la nuit. Et du coup en USLD on ne peut pas faire par période de 15 jours. Et du coup on avait réussi en négociant avec Montgré parce que c'est un EHPAD hospitalier, qu'il y avait une infirmière la nuit et qu'il y a le médecin qui passe tous les jours faire son tour. Et il y a des gardes médecins en plus.

17) Pour finir, connaissez-vous l'EHPAD Les 5 Saisons d'Hénin-Beaumont, et quelle image en avez-vous ? Et si vos patients la connaissent, quelle image en ont-ils ?

Ce n'est pas dans les plus réputés, mais pas d'avis négatif. Elle est vieille non ? Enfin moi j'ai eu écho des familles c'est que les locaux ils sont vieux.
Par rapport aux structures privés qu'on voit ça donne moins envie d'emblée. La première impression fait beaucoup. Les gens se fient à l'apparence même si t'as un personnel hyper motivé et bienveillant. Ou alors il faut vraiment miser sur les services quoi.

DETEVE	Louise	Décembre 2024

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 2023-2024

Le devenir des filières gériatriques : comment redynamiser le secteur à l'heure d'une évolution majeure de l'accompagnement du grand âge. L'exemple de la filière gériatrique du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont (62).

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes

Résumé **:**

En analysant les difficultés d'attractivité des services du Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont, ce travail de recherche questionne la pertinence de l'offre gériatrique actuelle au regard des besoins de la population.

Les filières gériatriques sont des entités qui ont permis d'améliorer la prise en charge des publics âgés. Elles sont constituées de services diversifiés et assurent une prise en charge coordonnée de l'usager. Elles sont particulièrement fonctionnelles lorsqu'il s'agit de filières gériatriques internes. Les filières gériatriques de territoire gagneraient, quant à elle, à étoffer leurs missions.

L'analyse d'évènements récents, comme la Covid-19 et le scandale ORPEA, permet de comprendre pourquoi les attentes de la population ont évolué. En interrogeant la population via un questionnaire, ce mémoire propose également de comprendre le regard actuel des individus sur les services gériatriques. Ce travail montre notamment que les individus ne pensent pas que l'EHPAD soit un mode d'hébergement efficient et attractif, tout en reconnaissant qu'il n'existe pas d'autre alternative pour de nombreux usagers dont l'état de santé est trop dégradé.

Ce travail arrive à la conclusion que les besoins des personnes âgées ont considérablement évolué par rapport à l'offre qui existe aujourd'hui. Aussi, il est indispensable de modifier l'offre et de réfléchir à des leviers d'attractivité afin de maintenir la soutenabilité financière des établissements, notamment médico-sociaux. En travaillant à la fois au sein des unités et avec les autorités de tutelle, le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est celui qui peut proposer des solutions réalistes et efficaces afin d'adapter l'offre aux besoins.

En s'appuyant sur l'ensemble des services qui composent les filières gériatriques, il semble possible d'adapter l'offre, de la rendre plus flexible, ce qui permettrait de garantir à chaque usager une prise en charge adaptée à chaque étape de son parcours de soin.

Mots clés **:**

Gériatrie, USLD, EHPAD, attractivité, filière gériatrique interne, filière gériatrique de territoire, CSG, médecine

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