



**Filière Directeur d'Établissement
Sanitaire et Social public**

Promotion : **2007 – 2008**

Date du Jury : décembre 2008

La filière de soins gériatriques

Un levier pour l'action du directeur
d'un hôpital local

**Etude sur la mise en œuvre d'une filière à l'échelle
d'un territoire de santé en Alsace**

Philippe BURTSCHER

Remerciements

Ce mémoire a bénéficié du concours de diverses personnes que je tiens à remercier chaleureusement ici.

Mes plus vifs remerciements seront en premier lieu adressés à Pascal Dumoulin, directeur de l'hôpital local de Molsheim, mon lieu de stage. Je lui suis gré d'un accueil chaleureux et d'une vraie disponibilité. Ses analyses m'ont été précieuses, ainsi que l'ensemble de son concours à ce présent travail.

Mais je n'oublierai en aucun cas les personnels de la DDASS du Bas-Rhin. Inspecteurs et agents du service des établissements de santé et du service médico-social ont été attentifs à mes diverses demandes. Qu'ils en soient remerciés.

Je dois une dédicace particulière au professeur Berthel du pôle de gériatrie des HUS. Ce stage s'est enrichi des enseignements du DU de Gériatrie Générale. Il m'a permis de modifier mon regard sur la prise en charge de la personne âgée dépendante.

Enfin, ce sujet n'a pu être traité qu'avec les apports les plus divers de toutes les personnes que j'ai pu rencontrer. Elles ont été nombreuses à me consacrer spontanément un peu de leur temps. Merci.

Sommaire

Introduction.....	1
Un questionnaire ancré dans une pratique professionnelle	
Une recherche sur la notion de filière, une ouverture vers les autres ?	
De la problématique à l'hypothèse	
Une phase exploratoire autour du concept de filière	
Une étude sur le terrain	
De l'analyse aux propositions	
I – PREMIERE PARTIE.....	6
I. 1. DEFINITIONS - LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES	
I .1.1. La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002.....	6
I .1.2. Le Plan Solidarité Grand-Age 2007 – 2012.....	8
I .1.3. La circulaire DHOS/02/ 2007/117 du 28 mars 2007.....	9
I .2. LA FILIERE GERIATRIQUE EN ALSACE.....	15
I.2.1. Eléments du bilan national 2006 établi par la DHOS.....	15
I.2.2. L'organisation sanitaire en Alsace.....	16
I.2.3. Le SROS 2006 – 2011 et son volet « personnes âgées ».....	16
I.2.4. Les territoires de santé et les zones de proximité.....	17
I.2.5. Le territoire de santé n°2 – Données générales.....	18
I.2.6. La zone de proximité de Strasbourg.....	19
I.2.7. La zone de proximité de Molsheim-Schirmeck.....	19
I.2.8. L'hôpital local de Molsheim.....	20
II – DEUXIEME PARTIE.....	21
LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUE AU SEIN DU TERRITOIRE DE SANTE N°2	
II.1. QUESTIONS PREALABLES A L'ETUDE.....	21
II .1.1. Identification des ressources.....	22
II.1.1.1. Un périmètre d'étude...	
II.1.1.2. ...entaché par la forte complexité des entités territoriales.....	22
II.1.1.3. Chercher à identifier l'offre de soins autour de la zone de proximité	
II.1.1.4. Prendre en compte la complexité des institutions de tutelle.....	23
II.1.1.5. Les éléments de l'étude.....	24

II.2. LE TRAVAIL D'ENQUETE.....	25
II.2.1. Qui interroger	
II.2.2. Un questionnaire	
II.3. PRESENTATION DES RESSOURCES.....	26
II.3.1. Le territoire de santé 1 – La zone de proximité de Saverne.....	27
II.3.2. Les territoires de santé 2 et 3 – La zone de proximité d'Obernai...	28
II.3.3. Le territoire de santé 2 – La zone de proximité de Strasbourg.....	29
II.4. SYNTHESE DES QUESTIONNAIRES.....	33
II.4.1. Ce que nous disent les acteurs.....	33
II.4.1.1. Sur la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck	
II.4.1.2. Sur la zone de proximité de Strasbourg	
III – TROISIEME PARTIE – ANALYSES.....	37
III.1. DE LA REALITE DU CONCEPT DE FILIERE.....	37
III.1.1. Sur le territoire de santé 2.....	39
III.1.1.1. Les équipes mobiles	
III.1.1.2 Les lits de post-hospitalisation aigue	
III.2. Une mise à mal du modèle de la filière de soins gériatrique ?	
Un débat emblématique : la redéfinition des USLD en Alsace... 	40
III.2.1. Le débat sur la redéfinition des USLD en Alsace.....	41
III.2.2. Les choix de l'ARH Alsace.....	43
III.2.3. Et la filière de soins gériatrique ?.....	45
III.2.4. Les conséquences pour le territoire de santé 2.....	46
III.2.5. Quelle filière de soins gériatrique pour demain ?.....	47
III.2.6. La filière gériatrique. Quelle plus-value pour les EHPAD ?.....	49
III.2.7. Et la personne âgée ?.....	49
III.3. Quelle place pour les hôpitaux locaux dans la filière ?.....	50
III.3.1. Au cœur de la restructuration imposée du champ sanitaire.....	50
III.4. Quelle stratégie pour demain ?.....	51
III.4.1. Développer l'offre de service en interne.....	51
III.4.2. Le secteur médico-social.....	52

III.4.3. Le maintien dans le champ sanitaire.....	52
III.4.4. La redéfinition des SSR.....	53
III.4.5. Développer les relations avec les tiers.....	55
III.4.5.1. Les coopérations entre établissements	
III.4.5.2. Les réseaux de santé personnes âgées	
III.5. Quelle filière dans la zone de proximité Molsheim-Schirmeck.....	56
III.6. Quelle stratégie pour l'hôpital local de Molsheim.....	57
III.6.1. Quelques pistes de réflexions et préconisations.....	58
III.6.1.1. Dépasser les faiblesses	
III.6.1.2. ...pour s'inscrire dans une filière.....	58
III.6.1.3. Un renforcement de l'activité sanitaire : le SSRG.....	59
III.6.1.4. Un renforcement de l'activité gériatrique.....	61
III.6.1.5. Un renforcement de l'inscription dans le territoire.....	62
Conclusion.....	63
Bibliographie.....	65
Annexes	

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
EMG - EMSG	Equipe Mobile de Gériatrie – de Soins Gériatriques
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
FHF	Fédération Hospitalière de France
GIR - GMP	Groupe-Iso-Ressource – GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
HJ - HJG	Hôpital de Jour – Hôpital de jour Gériatrique
HL	Hôpital Local
HUS	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
PA	Personne Agée
PH	Praticien Hospitalier
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PUI	Pharmacie à Usage Interne
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SMTI	Soins Médico-Techniques Importants
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSRG	Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques
SSIAD	Service de Soins Infirmier A Domicile
USLD	Unité de Soins de Longue Durée



Introduction

De schéma régional d'organisation sanitaire en schéma gérontologique, les planificateurs et responsables de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées cherchent aujourd'hui à améliorer leur prise en charge.

Ainsi, l'hôpital est parfois désigné comme un milieu peu adapté à recevoir le patient fragilisé par son grand âge, qu'il faut bien entendu soigner mais dont on admet aisément qu'il faille aussi prendre en compte les autres besoins, exprimés ou non.

« *L'organisation des soins ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles* » concède en 2006 le ministre délégué Philippe BAS en présentant le *plan solidarité grand-âge*¹. Le patient gériatrique est perçu comme celui qui embolise un service faute de place d'aval au moment ou la tarification à l'activité impose la fluidité : « *On peut alors parfois observer une perte de chance pour la personne âgée, associée souvent à une réhospitalisation à court terme, délétère pour le patient, coûteuse pour la société*² ». Ainsi, « *l'hôpital n'organise pas encore l'accueil des personnes âgées et handicapées de manière spécifique* » annonce le récent rapport de la commission sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher³.

Le séjour à l'hôpital est bien entendu en cause, mais aussi son issue. La réduction de la durée des séjours impose aujourd'hui de bien préparer la post-hospitalisation aigue ou le retour à domicile, car on en connaît les risques potentiels, le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance.

Dans les faits apparaissent nombre de difficultés. Le manque de « lits de dégagement », l'obstruction des lits de soins de suite et de réadaptation (avec l'exigence de durées moyennes de séjour limitées à 30 jours), le manque de places en unité de soins de longue durée, imposent la recherche d'une meilleure articulation dans la filière sanitaire.

A l'inverse, le développement de la prise en charge à domicile est aussi le terrain requis pour la recherche d'une part accrue de soins donnés hors des murs de l'hôpital. Le nombre de places en services de soins infirmiers à domicile s'accroît et l'hospitalisation à domicile offre des possibilités plus étendues.

¹ *Plan solidarité-Grand âge*. Présentation de M. Philippe BAS, Ministre délégué – 27 Juin 2006

² *Un programme pour la gériatrie* - Rapport Jeandel, Pfitzenmeyer, Vigouroux – Avril 2006

³ *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital* présidée par M. Gérard Larcher. 2008.

La démultiplication de l'offre de soins et de différents types de prise en charge engendre toutefois la dispersion de l'action des acteurs du système de santé. Elle a comme corollaire la cruciale question de la coordination du parcours de soins, mais aussi celle de la cohérence de l'ensemble de la prise en charge. Pourtant, il n'y a pas de dispositif vraiment défini et il en résulte des pratiques différentes, selon, à titre d'exemple, l'existence ou non de réseau de soins ou de santé.

De ces questions émane la notion d'une prise en charge adaptée à l'état de santé et graduée, aujourd'hui traduite sous le nom de « filière de soins gériatriques ».

La filière est fondée dans un corpus de textes assez récents. Elle a fait l'objet d'une circulaire en 2002, *relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques*. Le Plan Solidarité Grand-Age 2007-2012 s'est emparé de ce concept et évoque la notion de continuité de prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Une circulaire DHOS du 28 mars 2007 vient le traduire concrètement dans le champ sanitaire et médico-social. Ainsi, la filière se définit comme une réponse plus structurée à la prise en charge de la personne âgée, traversant le monde de l'hôpital, des institutions d'hébergement et du domicile.

Mais qu'en est-il de cette filière gériatrique : est-elle un levier pour une transversalité accrue de l'action de tous les acteurs du soins et de la prise en charge de la personne âgée ? Est-elle la plus-value attendue ? Est-elle un vrai mouvement pour la concertation et la collaboration des acteurs, la réponse ou du moins une des réponses efficaces pour relever le défi des besoins de soins de la personne âgée ?

Ces questions m'interpellent dans ma position d'élève directeur, en stage dans un des maillons de cette filière, l'hôpital local. Presque « en bout de chaîne », les hôpitaux locaux, ces établissements de proximité bien implantés au sein de leur bassin de vie, ainsi que les établissements d'hébergement médico-sociaux, sont bien identifiés par les textes. Ils apparaissent tenir une place légitime dans le dispositif. Cependant, fragilisés par les réformes successives du champ hospitalier, souvent recentrés sur leur mission gériatrique, ces hôpitaux locaux apparaissent pouvoir attendre plus que d'autres acteurs une valeur ajoutée de ces filières. La filière, son déploiement attendu et formalisé dans les territoires de santé, est-elle le levier qu'attend le directeur et son équipe pour améliorer encore la qualité des soins et de la prise en charge de la personne âgée, au plus près de chez elle ?

Un questionnement ancré dans une pratique professionnelle

Cette problématique m'apparaît ancrée dans la réalité du Directeur d'Établissement Sanitaire et Social. Elle touche très largement autant de questions liées au développement de l'offre de soins, de la planification, que de l'organisation concrète des acteurs sur le terrain, au sein d'un territoire de santé. Elle interroge les pratiques dans les établissements, les services. C'est un thème d'actualité.

J'effectue mon stage dans un hôpital local en Alsace qui a fortement enrichi son offre d'accueil et de prise en charge, mais ce dernier est quasiment une exception et beaucoup d'établissements de cette catégorie dans la région ont une capacité beaucoup plus réduite. À l'inverse, l'établissement est aujourd'hui confronté à l'actualité de la redéfinition des lits de long séjour et de soins de suite et de réadaptation et se trouve à la veille d'une possible restructuration.

Mon observation s'est également enrichie par mon stage précédent en Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Les autorités de tarification et de contrôle sont à la recherche d'une offre de soins plus structurée et de meilleures coopérations. Or, il s'avère que ces dernières sont lentes à se mettre en place. Conventions et recours à des tiers pour améliorer les prises en charge des patients et résidents répondent souvent à des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre. Vue de mon expérience d'élève-directeur, la notion de filière gériatrique apparaît ainsi plutôt confuse sur le terrain et m'invite à en explorer les contours et l'intérêt.

Une recherche sur la notion de filière, une ouverture vers les autres ?

Le sujet m'interpelle, m'incite à structurer davantage mes connaissances du champ sanitaire et social, des politiques publiques en faveur des personnes âgées, à découvrir les acteurs de l'offre de soins et de prise en charge de la personne âgée dépendante.

La question de la filière m'apparaît nettement comme une ouverture accrue vers les autres acteurs, la recherche de transversalités. Elle interroge ma fonction, d'élève - directeur, appelé à œuvrer dans un champ plus large, dominé par de multiples réflexions sur les coopérations, regroupements d'établissements,...

En pratique, ce sujet m'invite à étayer ma réflexion autour des questions de stratégie, de développement de l'offre de soins et de prise en charge, en gardant à l'esprit qu'elles s'adressent ici à un public de personnes fragiles, désireuses de garder des liens avec leur environnement, leur milieu de vie.

De la problématique à l'hypothèse

La filière gériatrique est désignée comme une organisation appelée à opérer des changements dans les modes d'action. Une organisation conçue au sens large pour contribuer à relever le défi du vieillissement, mais aussi pour faire bénéficier à tous des meilleures chances pour une prise en charge réussie.

Ces changements doivent se traduire concrètement dans la vie des établissements de santé, des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ils doivent avoir pour objectif d'apporter une vraie plus-value aux personnes âgées accueillies.

Aussi, la question se pose : cette filière gériatrique est-elle le levier attendu par les professionnels de santé et en particulier les responsables d'institutions sanitaires et médico-sociales chargées d'accueillir les personnes âgées dépendantes ?

Je veux explorer cette question partant de mon lieu de stage, l'hôpital local de Molsheim, une vieille institution campée sur le piémont des Vosges, au pied du vignoble alsacien.

La filière gériatrique est-elle ce cadre dont le directeur peut se saisir pour son action et développer, avec d'autres bien sûr, une stratégie ambitieuse pour répondre aux besoins de la population âgée qui l'entoure ?

Je veux faire de ce questionnement mon hypothèse de travail :

Partant du postulat que **la filière de soins gériatriques est une réponse proposée au système de santé pour répondre au défi majeur qu'est le vieillissement de la population**, je pose l'hypothèse **qu'elle est le cadre au sein duquel le directeur de l'hôpital local, l'établissement de proximité, trouvera les moyens d'offrir une meilleure prise en charge gériatrique.**

En somme, **que la filière, de par la valeur ajoutée qui lui est attribuée, soit le levier de l'action du directeur pour l'amélioration de l'offre de soins et de prise en charge en faveur de la personne âgée.**

Une phase exploratoire autour du concept de filière

Cette hypothèse de travail conduit à étudier le concept de filière gériatrique, chercher à en cerner l'organisation pratique, observer ce que l'on attend d'elle et de sa mise en œuvre.

La phase exploratoire de ce travail, outre la définition de la notion de filière et de son rôle nécessite par conséquent une étude étendue à l'organisation du champ sanitaire et du champ médico-social, pour tenir compte des applications réelles sur le terrain. Une filière est nécessairement déclinée sur une organisation territoriale, pilotée et planifiée par diverses institutions.

C'est toutefois de la place du directeur-élève au sein d'un hôpital local que je vais appréhender le sujet. Aussi, cette observation doit-elle s'arrimer à cette réalité locale, une *zone de proximité*. Comment cet établissement va-t-il s'inscrire dans la filière, qu'y a-t-il en amont et en aval ? Quelle stratégie le directeur peut-il développer dans cet environnement. Il faut pour cela étudier ce dernier.

Une étude sur le terrain

Une seconde phase de ce travail nécessite par conséquent une observation détaillée de l'environnement, des ressources existantes et de ce qu'est la réalité d'une filière gériatrique. Il me faut pour cela rencontrer les acteurs du système de soins en faveur des personnes âgées et recueillir les attentes, leurs demandes et leurs analyses.

De l'analyse aux propositions

De ce recueil de données ciblées sur la notion de filière, il me sera permis de revenir à mon hypothèse de travail, celle de sa valeur ajoutée et du levier qu'elle peut constituer.

De l'analyse qu'il sera possible d'extraire de cette étude, je compte enfin fonder quelques propositions, dresser quelques perspectives.

I - Première partie

I. 1. DEFINITIONS - LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUE

I.1 .1. La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Dans son *résumé*, le texte précise que « *cette circulaire a pour but de tracer les voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques. Elles s'articulent en trois axes : le renforcement de l'accès à des soins de proximité (médecin généraliste, consultations et pôles d'évaluations gériatriques, hôpital local), le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admissions courtes, l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée (Soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile). L'ensemble s'inscrit dans une logique de travail en réseau. La mise en œuvre de ces dispositions passe par un volet spécifique du SROS et par un projet de prise en charge des personnes âgées au sein de chaque établissement de santé* ».

Le préambule porte que « *tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire des 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* ». A ce titre, la circulaire s'attache à établir un état des lieux et décrire les voies d'amélioration de cette filière de soins. Elle développe les trois axes mentionnés plus haut :

- le renforcement de l'accès à des soins de proximité
- le choix de filières courtes s'appuyant sur le développement du court séjour gériatrique
- l'amélioration en aval de l'hospitalisation de courte durée

L'action vise à une politique coordonnée de soins gériatriques avec la recherche des articulations ville-hôpital et du travail en réseau « *conditionnant une utilisation optimale de cette filière* ».

➤ **Le renforcement de l'accès à des soins de proximité.**

Le patient gériatrique étant très vulnérable à toute rupture, il convient chaque fois que possible de privilégier une prise en charge de proximité. Aussi le médecin généraliste est-il le premier interlocuteur du patient âgé. Son rôle essentiel est reconnu tout comme le besoin d'être soutenu dans cette prise en charge par une évaluation gériatrique réalisée par une consultation ou un pôle spécialisé.

L'hôpital local constitue la structure de proximité sur laquelle il peut s'appuyer tout comme le réseau de soins gériatrique s'il existe.

Les hôpitaux sont ainsi invités à créer ou développer des *consultations gériatriques avancées* ou des *pôles d'évaluation gériatrique*. La **consultation avancée** est présentée comme une réponse de proximité, bien articulée avec les *centres locaux d'information et de coordination* – CLIC -, devant permettre à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social. Les **pôles d'évaluation** doivent proposer des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire. Ces dispositifs doivent fonctionner en complémentarité avec les centres mémoires et les centres mémoires de ressources et de recherche des centres hospitaliers ou centres hospitaliers universitaires – CHU -.

L'ambition de ces évaluations est d'ajuster la prise en charge par le médecin généraliste, de mieux « négocier » les hospitalisations et d'éviter le passage aux urgences.

L'hôpital local est désigné comme le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques, intervenant en amont de la chaîne des soins mais aussi en aval en prenant en charge le patient au plus près de son domicile.

Enfin, la circulaire réaffirme dans le réseau de santé (défini par la loi 2202-303 du 4 mars 2002) une réponse pertinente à la prise en charge des personnes âgées fragiles.

➤ **Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique**

La circulaire requiert le développement des unités de court séjour gériatrique. Elle invite à l'individualisation des services de court séjour gériatrique au sein des CHU. Il s'agit avant tout de transformation de lits existants et de redéploiement des personnels mais des mesures nouvelles doivent permettre la création de postes de professionnels formés à la gériatrie. L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie sans passage préalable par le service des urgences. Si cela devait être le cas, les médecins urgentistes devraient faire appel à l'intervention d'un gériatre ou d'une *équipe mobile gériatrique*. La circulaire précise bien que dans les grands établissements, il peut être utile de créer de telles **équipes mobiles gériatriques**, s'il existe un court séjour gériatrique de rattachement. Ces équipes ont pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences.

➤ **Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour.**

La suite d'une hospitalisation en court séjour (ou en spécialité) doit être organisée le plus précocement possible. La sortie de l'hôpital est au cœur de la problématique gériatrique.

Si le retour à domicile est souhaité, il doit être favorisé par l'ensemble du dispositif de soins et d'aide à domicile (coordonné par le réseau).

L'hospitalisation à domicile – HAD - est une modalité de soins possible et doit être développée (doublement des places prévu entre 2002 et 2004).

Mais lorsqu'une phase de réadaptation est nécessaire, des soins de suite et de réadaptation – SSR - doivent être offerts. S'il s'agit de répondre aux besoins d'une population à forte densité, on privilégiera la création de SSR entièrement dédiés aux patients gériatriques – SSRG -. Ailleurs les SSR dits polyvalents devront développer un projet gériatrique et former leurs équipes.

Ainsi l'annexe 4 de la circulaire décline les missions et fonctionnement d'un SSRG.

La mise en œuvre

La circulaire précise que les *Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire* – SROS - devront intégrer un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées. Cette problématique devant être abordée dans sa dimension la plus large et en concertation avec les Conseils Généraux chargés d'arrêter (conjointement avec l'Etat) les schémas gérontologiques départementaux.

Le but étant que la politique soit traitée dans sa globalité ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers, les « volets personnes âgées » aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide et de soins à domicile et les établissements d'hébergement. Dans chaque établissement de santé un projet gériatrique doit être formalisé et intégré au projet d'établissement.

La circulaire est dotée d'annexes précisant les missions des maillons d'une filière :

Annexe 1 : Les consultations gériatriques avancées et les pôles d'évaluations gériatriques

Annexe 2 : Les soins de courte durée gériatriques

Annexe 3 : Les équipes mobiles gériatriques

Annexe 4 : Les SSRG

I. 1. 2. Le Plan Solidarité Grand-Age 2007 – 2012

Issu de la commande de M. Philippe BAS au Commissariat général du Plan en juillet 2005 d'un rapport sur les évolutions possibles du secteur médico-social de prise en charge des personnes âgées, le plan solidarité – grand âge a pour ambition une « politique du grand-âge ». Celui-ci affiche une réforme en 5 axes, avec pour fondement le respect du libre choix de la personne âgée.

Le plan décline ainsi la possibilité de donner aux personnes âgées le libre choix de rester à domicile (axe 1), l'amélioration de l'accueil en maison de retraite (axe 2), l'adaptation de l'hôpital (axe 3), et aborde la question du financement (axe 4) et les thèmes de la prévention et de la recherche (axe 5).

L'hôpital n'est donc pas oublié, ainsi que le secteur médico-social. Aussi, pour l'hôpital, dont il est estimé que les personnes âgées représentent un tiers des séjours et deux tiers des admissions non programmées, l'objectif est d'y développer une prise en charge gériatrique spécifique. Le plan précise « *qu'il faut pour cela réorganiser l'accueil des patients âgés à l'hôpital grâce à une filière de soins qui permette :*

- *une prise en charge globale de la personne âgée qui tienne compte de sa fragilité*
- *la préservation de son autonomie*
- *son retour à domicile dans les meilleures conditions. »*

La première mesure du plan est claire : « *organiser dans chaque territoire de santé une filière gériatrique comprenant toutes les unités de soins nécessaires à la prise en charge des patients âgés* ». Ces unités sont bien listées (Court séjour gériatrique, SSR, USLD, équipe mobile de gériatrie et pôle d'évaluation gériatrique) avec des objectifs en terme de lits et places. Enfin, le plan évoque la question toujours cruciale de la coordination et du réseau de santé.

I. 1. 3. La circulaire DHOS/02/ 2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Dans l'esprit du plan grand-âge, cette circulaire précise que les « *patients âgés doivent bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance* ». Elle se réfère à l'axe 3 du plan et aux mesures qui visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés « *grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD* ».

Les dispositions de la circulaire de 2007 viennent « *conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire de 2002 et cherchent à dynamiser les démarches entreprises en ce sens dans le cadre de la mise en œuvre des volets PA des SROS III* ».

➤ Renforcer les dispositions de la circulaire de 2002

Il est réaffirmé que la filière de soins gériatrique 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.

Une nouvelle dimension apparaît plus clairement dans cette seconde circulaire : celle du **territoire d'implantation**. Sur ce dernier, « *la filière propose les dispositifs de soins*

couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé ».

La filière doit garantir des évaluations gériatriques adaptées, une orientation rapide. Le patient doit bénéficier d'une « *palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie* », assurées en consultations, hospitalisation de jour, hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue. Il doit aussi bénéficier d'un avis gériatrique quelque soit le service dans lequel il est hospitalisé, d'un accès aux plateaux techniques, d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation.

Outre ses missions, une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la médecine de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique.

La circulaire précise enfin sa définition : « *du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique que sont le **court séjour gériatrique** noyau dur de la filière, **l'équipe mobile de gériatrie**, **l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique**, les **soins de suite et de réadaptation** appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSRG), les **soins de longue durée**. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement. Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement de conventions de coopération entre établissements de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif ».*

La circulaire veut inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale. Pour ce faire les ARH disposent des CPOM et des référentiels d'organisation des soins.

La circulaire recherche une *amélioration effective de la prise en charge*, une *plus grande fluidité* et évoque la « *valeur ajoutée* » d'une filière associant sur son territoire l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées, rappelant le rôle essentiel joué par le médecin traitant et celui de premier niveau d'hospitalisation assuré par les hôpitaux locaux. Les réseaux sont cités pour compléter l'organisation en filière.

Enfin, la DHOS demande un rapport annuel sur un état des lieux des filières de soins gériatriques.

La circulaire de 2007 est accompagnée d'un ensemble d'annexes, constituant des référentiels d'organisations des soins pour les différents éléments d'une filière.

▪ Annexe 1 : Filière de soins gériatriques

La notion de filière est également développée dans l'annexe 1 : il est précisé que les ARH sont chargées de définir le territoire d'implantation des filières de soins gériatriques en fonction des caractéristiques de chaque région, de l'offre existante, de l'organisation territoriale du secteur médico-social. **La région doit être couverte en totalité par plusieurs filières de soins gériatriques.**

3 grandes catégories de besoins ont été identifiées :

- ✓ Les **hospitalisations non programmables**. Sont engagés les services d'urgences associés aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques.
- ✓ Les **hospitalisations programmables**. Doivent être mobilisés : les courts séjours gériatriques, les lits de médecine des hôpitaux locaux, ou les lits de SSR, ainsi que les USLD.
- ✓ Les bilans « réalisés à froid » qui relèvent de l'hôpital de jour ou de la consultation gériatrique, voire des courts séjours.

Il est rajouté « *qu'au-delà de ces trois grandes catégories, il convient d'ajouter l'obligation pour la filière d'être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation demandeur* ».

La circulaire va en réalité bien au-delà des objectifs cités ci-dessus, avec l'intégration d'autres types de prise en charge dont :

- les soins palliatifs, avec notamment les équipes mobiles et les unités de soins palliatifs.
- la maladie d'Alzheimer
- l'accompagnement à la sortie d'hospitalisation
- les problèmes psychogériatriques, l'articulation avec les structures psychiatriques et l'intervention des équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles.
- les réseaux de santé « personnes âgées ».

Il est recommandé qu'une filière comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière
- une équipe mobile de gériatrie
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour
- un ou plusieurs SSR
- une ou plusieurs unités de soins de longue durée (redéfinis dans le sens de l'article 46 de la loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la SS)

▪ **Annexe 2 : le court séjour gériatrique**

La définition est donnée par l'annexe 2 de la circulaire. « *L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés* ».

Cette unité dispose d'un savoir faire gériatrique et chaque patient y bénéficie d'une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérologique.

L'unité de court séjour gériatrique répond à 3 fonctions :

- assurer une hospitalisation directe (ou le cas échéant une hospitalisation après passage aux urgences)
- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement
- assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours

Les critères sont : offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière. L'implantation (minimum 20 lits) se fait dans les établissements de santé disposant d'un service des urgences ou ayant conventionné afin de privilégier la qualité du plateau technique.

▪ **Annexe 3 : l'équipe mobile gériatrique**

L'équipe intervient à la demande dans l'ensemble des services d'un établissement de santé, notamment aux urgences pour « *dispenser une évaluation gérologique et un avis gériatrique à visée diagnostique et ou thérapeutique* ». Elle assiste les différents services sur le plan médical, dans la prise en charge, en apportant un avis spécialisé mais aussi conseille, informe et forme les équipes soignantes. Elle oriente les patients âgés dans la filière, incluant les hôpitaux locaux, participe à leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérologique, SSIAD, réseau de santé). L'équipe peut aussi avoir pour mission de contribuer à l'élaboration du projet de soins et de vie des patients gériatrique.

La circulaire est ambitieuse : elle souhaite que l'équipe mobile assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux, qu'elle intervienne même dans un cadre expérimental au sein des EHPAD, à leur demande ou à la demande des médecins traitants, voire au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées ».

- **Annexe 4 : unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour.**

Cette unité est une structure de soins de court séjour située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville : « *C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. L'unité assure une prise en charge ambulatoire, elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique. La consultation mémoire labellisée, lorsqu'elle existe, lui est intégrée* ».

Recours pour le médecin traitant, elle dispense une évaluation gériatrique, propose des bilans et des traitements et réalise des soins impossibles à dispenser à domicile, afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique.

Les critères sont : offrir 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

- **Annexe 5 : les SSR Gériatriques – soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.**

La définition est complexe : « *Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient* ». En pratique, les SSRG accueillent en hospitalisation complète ou partielle (en HJ) des patients âgés généralement de plus de 75 ans relevant de pathologies chroniques ou invalidantes risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance. Ils les prennent en soins soit à l'issue d'une hospitalisation en court séjour (afin d'optimiser les chances d'une récupération fonctionnelle), soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale sur orientation du médecin traitant. Les SSRG ont donc la double mission d'assurer des soins médicaux mais aussi de la rééducation et de la réadaptation. Ils doivent contribuer à prévenir l'apparition d'une dépendance, maintenir ou redonner de l'autonomie. Une mission complémentaire de préparation à la sortie et d'accompagnement à la réinsertion familiale et sociale leur est aussi confiée.

Les critères d'implantation : une unité de SSRG doit disposer au minimum de 20 lits et offrir au minimum 1000 journées et au maximum 2600 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière. Elle doit bien entendu disposer des compétences médicales et paramédicales requises, sous la coordination d'un gériatre.

▪ Annexe 6 : Convention type

Cette annexe est une convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatrique. Elle a pour but de décrire les engagements réciproques entre un établissement de santé et un EHPAD.

Définie par les circulaires de 2002 et 2007, la notion de filière de soins gériatriques apparaît claire et voulue comme un réel levier pour une valeur ajoutée dans la prise en charge de la personne âgée. La circulaire de 2007 affiche une tonalité plus résolue encore et engage les ARH dans un processus encore plus volontariste. Les grandes lignes de l'action sont clarifiées et son organisation aussi. La volonté d'une **organisation territorialisée** est clairement poursuivie avec la recherche d'un maillage au sein duquel tous les maillons d'une filière ont une place identifiée.

Il en découle une organisation où se côtoient le **court séjour**, l'**équipe mobile**, les **unités de consultation et d'hospitalisation de jour**, les **SSRG**, les **USLD**, le tout articulé avec des services complémentaires comme les **soins palliatifs**, la **géronto-psychiatrie**, l'**HAD**, les **réseaux de santé**. Enfin, des questions transversales comme la prise en charge spécifique de la **maladie d'Alzheimer** doivent interroger les pratiques au sein des filières.

Au travers des circulaires qui la structurent, la filière de soins gériatriques se révèle un objectif très ambitieux pour tenter de relever le défi du vieillissement.

I. 2. LA FILIERE GERIATRIQUE EN ALSACE

I. 2. 1. Eléments du bilan national au 31.12.2006 établi par la DHOS

Préfigurant la mise en place des filières complètes comme le prévoit le Plan Solidarité Grand-Age, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins a sollicité toutes les ARH dans le cadre d'une enquête nationale. Une étude portant sur les courts séjours gériatriques, les équipes mobiles de gériatrie (au titre du plan Urgences 2004-2007), les hôpitaux de jour et les SSR gériatriques a permis de dresser un état des lieux et un rapport : le *Bilan de la mise en œuvre de la filière de soins gériatrique au 31.12.2006*⁴.

Le rapport précisait bien qu'il était quantitatif « *et ne jugeait donc pas de la pertinence des décisions prises au niveau régional et de la réponse apportée aux besoins* ».

Retenons de ce rapport quelques données pour la région Alsace :

- ✓ La circulaire de 2002 exigeait que chaque établissement siège d'un Service d'Accueil et de traitement des Urgences – SAU - soit doté d'un court séjour gériatrique : le rapport montre que 8 services de ce type sont identifiés en Alsace, Mais seuls le CHU et 3 CH siège de SAU sont recensés. 4 autres services existent dans des établissements non siège de SAU (dont 1 PSPH), ce qui étonne la DHOS. Aucun hôpital local n'est concerné. Ainsi, l'ARH déclare 203 lits soit un ratio de 1,72 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Ce chiffre place l'Alsace bien au-delà de la moyenne nationale située à 1,1‰, ce qui en fait la seconde région la mieux dotée de France.
- ✓ 5 équipes mobiles de gériatrie sont recensées en Alsace (dont 3 créées en 2006). Les moyens humains totalisés sont de 2 ETP médicaux et 9,12 non médicaux.
- ✓ 14 hôpitaux de jour gériatriques sont recensés soit 154 places, ce qui donne un ratio de 1,30 ‰. Ce chiffre place l'Alsace très largement en tête puisque la moyenne nationale est à 0,17 ‰ pour un objectif de 0,5 ‰.
- ✓ 31 SSRG sont recensés en Alsace selon le bilan, mais ce chiffre est à relativiser tant il prend en compte très largement les SSR polyvalents. La DHOS reste à ce titre prudente et souhaite affiner l'étude « *afin de ne prendre en compte que les SSRG* » pour répondre aux objectifs du plan Solidarité Grand-Age fixés au ratio de 3 lits ‰. Avec 31 sites, il y aurait 725 lits soit un ratio de 6,13 ‰ (2^{ème} rang).

Si l'on prend en compte les résultats du bilan au 31.12.2006, nous aurions une région Alsace placée très largement en tête des régions de France sur le plan des services capables de structurer des filières gériatriques.

⁴ *Bilan de la mise en œuvre de la filière de soins gériatrique au 31.12.2006 – DHOS. Non daté.*

I. 2. 2. L'organisation sanitaire en Alsace

Si le cadre réglementaire m'a permis d'appréhender la notion de filière, il m'est maintenant nécessaire d'en comprendre la mise en œuvre effective. La planification de l'offre de soins sanitaire étant une compétence des Agences Régionales de l'Hospitalisation – ARH -, il me faut poursuivre cette phase de recherche préliminaire auprès des services de l'ARH Alsace et des services de l'Etat et de l'Assurance maladie compétents.

L'ARH Alsace a pour mission de planifier l'offre de soins en Alsace, une région frontalière, logée entre le Rhin et les Vosges, peuplée de 1 817 000 habitants en 2006 dont 118 330 personnes âgées de 75 ans et plus. L'ensemble des travaux est codifié dans un document de référence : le *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006/2011*. Ce SROS « fixe les objectifs généraux et opérationnels, le dispositif d'organisation et les objectifs quantifiés de chacune de ses thématiques... », dont l'une d'elle est la politique sanitaire en faveur des personnes âgées.

I. 2. 3. Le SROS 2006/2011 et son volet « personnes âgées »

Ce cahier thématique est une source d'informations importante pour découvrir l'offre de soins en faveur des personnes âgées, mais ne constituera pour nous qu'une base de travail en raison des évolutions sensibles que connaît le dispositif de soins depuis sa rédaction. Rédigé en 2005, le document dresse en effet un état des lieux au 31.12.2004, et ceci est donc antérieur aux évolutions réglementaires récentes. Des projets ont abouti depuis, d'autre non. Cette même raison a poussé l'ARH à réactualiser ce volet, mais les travaux n'ont abouti qu'au moment où cette étude a été achevée, en août 2008.

Notons dans les grandes lignes que le document recense les lits de court séjour gériatrique (7 sites et 171 lits), les places d'HJG (15 sites et 135 places), les équipes mobiles (1 seule), les SSRG ou polyvalents à compétence gériatrique (53 sites et 1 743 lits), les USLD (65 sites et 4 011 lits). Le document conclue à des atouts mais des points de progrès à réaliser dont « une prise en compte encore partielle par l'ensemble des acteurs des conséquences de l'explosion démographique actuelle et à venir du grand-âge » et « une carence en lits d'aval, SSR et USLD notamment » ainsi que l'absence de réseau gérontologique.

L'ensemble des données disponibles ne permet pas d'avoir une lecture exhaustive du dispositif actuel (début 2008) et nécessite des investigations complémentaires. Cette situation impose la rencontre des diverses institutions chargées de la planification de l'offre de soins.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a sensiblement modifié la structure des SROS. Elle prescrit la modification des règles de délimitation de l'assise géographique du schéma par l'introduction de la notion de **territoire de santé** en remplacement des *secteurs sanitaires*.

I. 2. 4. Les territoires de santé et les zones de proximité

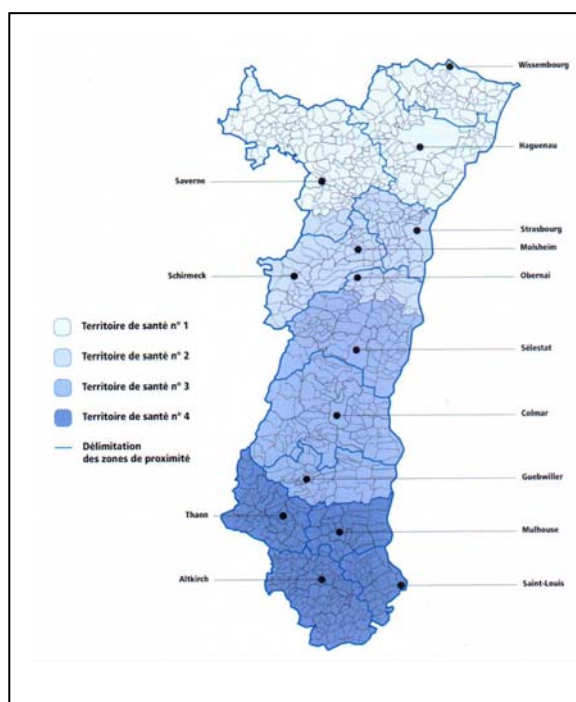
La délimitation des territoires de santé est effectuée en référence aux données démographiques, socio-économiques, de morbidité et d'habitudes de vie, à l'état de l'offre de soins et de recours au dispositif de soins, qu'il s'agisse des professionnels libéraux ou des structures institutionnelles à tous les stades de la prise en charge. Il s'agit d'espaces de dimensions suffisantes pour que s'y déploient les différentes formes d'intervention, sans pour autant qu'elle vise à l'exhaustivité, celle-ci devant être assurée à l'échelon régional, voire pour certaines spécialités au niveau interrégional.

Le territoire de santé se subdivise en **zones de proximité**, identifiées comme telles dans la mesure où elles recouvrent une identité collective établie et correspondent à un bassin propre à regrouper des opérateurs à même d'assurer une prise en charge de première intention.

Aussi la région Alsace (constituée de seulement deux départements) est-elle divisée en 4 territoires de santé. Ils sont organisés autour de 4 villes pivot, du nord au sud :

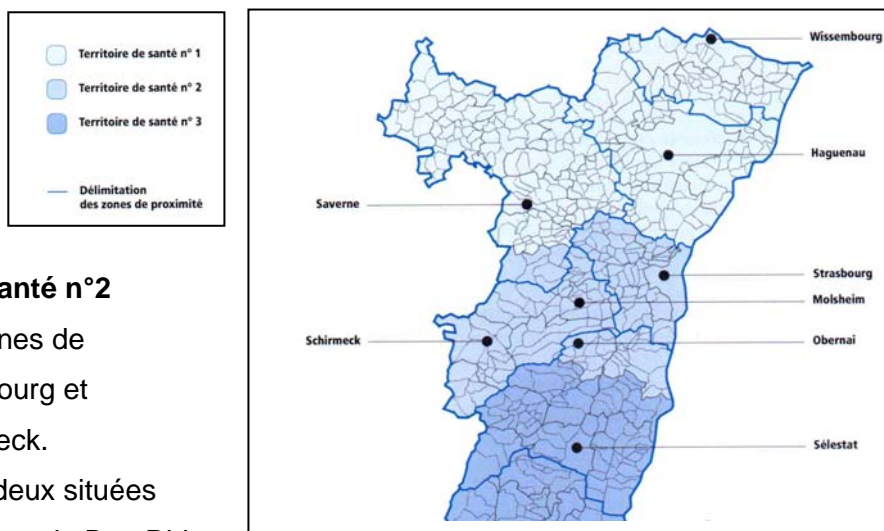
- Haguenau (Territoire de santé n°1)
- Strasbourg (Territoire de santé n°2)
- Colmar (Territoire de santé n°3)
- Mulhouse (Territoire de santé n°4)

Douze **zones de proximité** sont réparties à raison de trois sur le territoire de santé n°1, deux sur le n°2, trois sur le territoire n°3 et quatre sur le territoire n°4.



*Désireux d'aborder la question de la filière gériatrique autour de l'établissement terrain de stage situé à Molsheim, nous allons porter notre intérêt sur le territoire de santé où ce dernier est implanté : le **territoire de santé n°2**, géographiquement le moins étendu parmi les 4 territoires Alsaciens.*

I. 2. 5. Le territoire de santé n°2 – Données générales



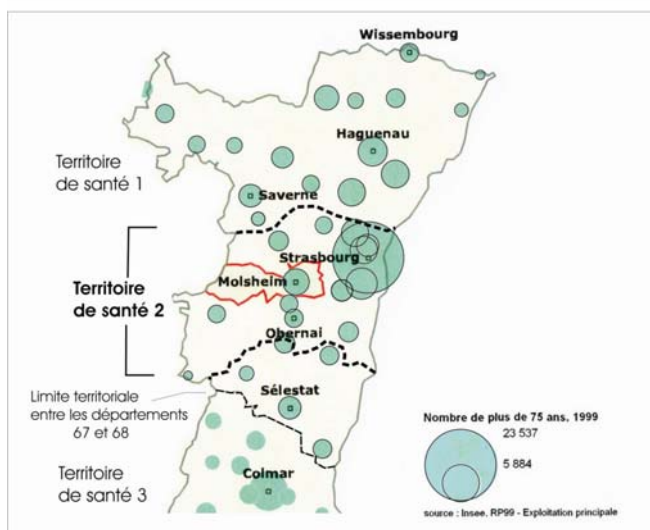
Le territoire de santé n°2

regroupe deux zones de proximité : Strasbourg et Molsheim-Schirmeck.

Elles sont toutes deux situées dans le département du Bas-Rhin.

Le territoire de santé 2 a la particularité de compter en son sein la capitale alsacienne : Strasbourg. Le seul bassin de population de la Communauté Urbaine de Strasbourg (CUS) compte 451 240 habitants sur les 1 026 120 que compte l'ensemble du département en 1999. Ainsi, près de 45 % des Bas-Rhinois vivent à Strasbourg ou dans les 28 communes limitrophes⁵.

Si l'on prend en compte la zone d'attraction de la ville, ce sont plus de 550 000 personnes qui relèvent de l'offre de soins de la capitale régionale.



Notons pour mémoire que la part des 60 ans et + représente 19,5 % de la population totale du département en 2007 et celle des + de 75 ans 6,7 %, ce qui représente un groupe de 200 909 personnes âgées de plus de 60 ans, dont 81 519 résident à ou directement autour de Strasbourg⁶.

Cette carte fait très nettement apparaître la part du bassin de Strasbourg dans le

nombre de personnes âgées recensées en Alsace, ici plus particulièrement dans le Bas-Rhin, où se trouve le territoire de santé n°2. Cartographie P. BURTSCHER sur fond INSEE.

⁵ Source INSEE, sites du Conseil Général du Bas-Rhin, de la Communauté Urbaine de Strasbourg

⁶ Compas – Conseil Général du Bas-Rhin – Diagnostic de territoire : les seniors

I. 2. 6. La zone de proximité de Strasbourg

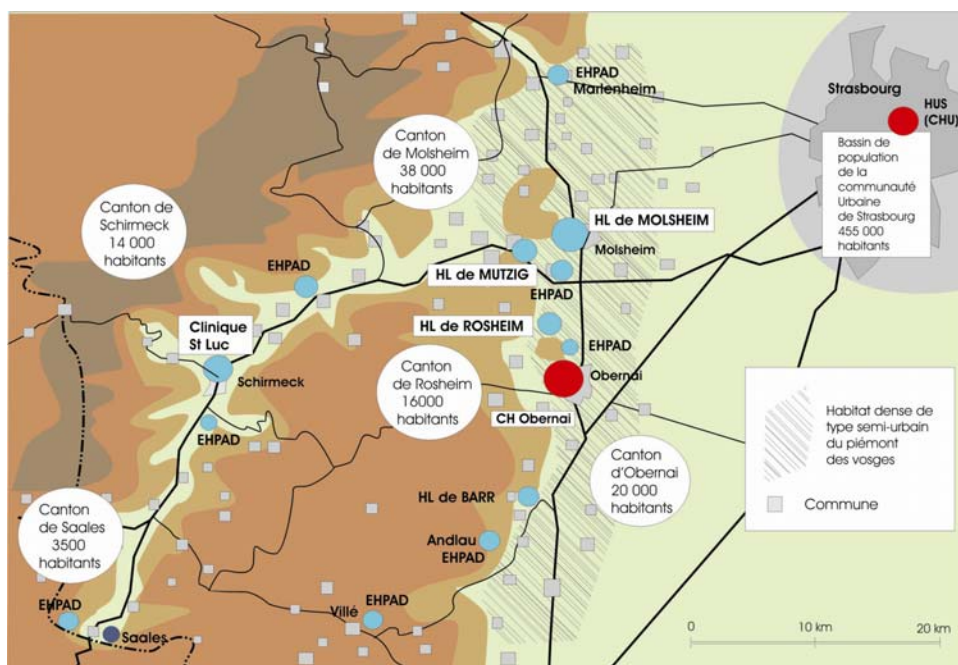
La zone de proximité de Strasbourg prend en compte cette réalité de la structure de la population, fortement concentrée dans et autour de la capitale Alsacienne. Aussi cette zone recouvre-t-elle essentiellement la trentaine de communes intégrées en communauté urbaine (CUS) et un ensemble de communes rurales situées au nord-ouest de la CUS formant un bassin homogène. C'est la plus petite zone de proximité de la région, mais la plus peuplée.

Ce qui caractérise par conséquent cette zone, ce n'est pas tant le taux de personnes de plus de 75 ans que leur nombre. Celui-ci est de 29 500 en 2007 et il est estimé autour de 34 000 à l'horizon 2011, ce qui situe les besoins potentiels en termes de lits et places.

I. 2. 7. La zone de proximité de Molsheim-Schirmeck

La zone de proximité de Molsheim-Schirmeck couvre deux bassins de vie très distincts :

- Une longue vallée vosgienne étirée sur plus d'une quarantaine de kilomètres de longueur, encadrée par un massif montagneux boisé faiblement peuplé. Situées en milieu de vallée, les communes limitrophes de Schirmeck et La Broque constituent une agglomération d'environ 5000 habitants.
- le piémont vosgien, ici la « porte de la vallée », un bassin densément peuplé de type semi-urbain.



Cartographie
P.
BURTSCHER.

Si un peu moins de 18 000 habitants peuplent la vallée et le massif vosgien alentour, il faut compter près de 60 000 personnes à sa porte, autour des communes de Molsheim, Mutzig, Rosheim,....

Le Conseil Général du Bas-Rhin, dans le cadre de sa politique senior mène depuis plusieurs années des études très complètes sur le *vieillissement et la gérontocroissance*. Sa politique d'action en faveur des seniors est construite sur des territoires coiffés par une *Maison du Conseil Général* regroupant un ensemble de services en faveur de la population. Le périmètre de compétence de la *Maison du Conseil Général de Molsheim* s'étend globalement sur la zone de proximité sanitaire. Elle est un peu plus vaste intégrant un ensemble de communes au nord-ouest de la CUS relevant en fait de la zone de proximité de Strasbourg. Ceci mis à part, il est aisé de comparer les données existantes pour disposer d'un diagnostic de territoire pertinent pour la zone de Molsheim-Schirmeck. Ainsi en 2007, on peut dénombrer près de 25 000 personnes de 60 ans et + et 8 329 de 75 ans et +. Si la part de ces dernières se situe à 6,6 %, soit un peu en dessous de la moyenne départementale, il est en revanche clair que l'augmentation entre 1999 et 2007 est plus nettement marquée : +17,2 % contre 13,6%⁷.

Les estimations à l'horizon 2010 donnent un chiffre de 9 200 personnes de 75 ans et +, porté à 11 200 en 2020 et 16 200 en 2030. Enfin, l'étude conclue à des phénomènes de vieillissement et gérontocroissance plus marqués sur la zone de Molsheim que sur l'ensemble du Bas-Rhin.

I. 2. 8. L'Hôpital local de Molsheim

Implanté à l'ombre des remparts médiévaux de la ville de Molsheim, jolie bourgade historique étendue au pied des premiers contreforts des Vosges à la porte de la vallée de la Bruche, l'hôpital local est une vieille institution. Jadis *Hospice* logé dans les anciens bâtiments conventuels d'une vaste chartreuse victime de la révolution, puis hôpital, ce dernier a perdu diverses spécialités dont sa maternité et se recentre dorénavant autour de sa vocation gériatrique.

Avec sa capacité de 254 lits et places, l'hôpital local de Molsheim est le plus important de sa catégorie dans l'ensemble du département. Son recrutement s'effectue sur un bassin densément peuplé, en pleine croissance : celui du canton de Mutzig-Molsheim, mais aussi au-delà. L'hôpital n'est pas seul sur son bassin de vie : deux autres hôpitaux locaux (plus petits) sont implantés dans des communes voisines : Mutzig et Rosheim.

L'hôpital local constitue un très intéressant terrain de stage en raison d'une activité diversifiée : soins de suite, long séjour, hôpital de jour, maison de retraite et service de soins infirmiers à domicile se côtoient dans un même ensemble de bâtiments. A ce titre, il dispose d'une place particulière dans sa zone de proximité. Distant d'une quarantaine de kilomètres à peine des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, un CHU, il constitue de facto un établissement type pour son étude au sein d'une filière.

⁷ Compas/Conseil Général du Bas-Rhin – Diagnostic de territoire : la maison du CG de Molsheim

II - Deuxième partie.

La filière de soins gériatriques au sein du territoire de santé n°2

II.1. QUESTIONS PREALABLES A L'ETUDE

L'étude a pour ambition de confronter la notion de filière de soins gériatrique à sa réalité sur le territoire de santé et la zone de proximité d'implantation de l'hôpital local de Molsheim. Elle a pour ambition d'en relever les contours actuels et les évolutions programmées, d'enquêter sur sa perception par les acteurs du système de soins, d'étudier sa valeur ajoutée et voir en quoi cette approche par filière pourrait être un levier pour la stratégie d'un établissement comme Molsheim.

Notre étude doit nécessairement se fixer les objectifs prioritaires suivants :

➤ **L'identification des ressources existantes sur le terrain**

Cette première partie du travail a pour objectif de recenser l'ensemble des services susceptibles d'entrer au sein d'une filière gériatrique. Il faut pour cela définir le périmètre de l'étude.

➤ **Un travail d'enquête auprès des professionnels sur le terrain**

En vue de confronter les éléments théoriques avec la réalité, il s'agit de questionner les acteurs sur plusieurs thèmes relatifs à la filière, recueillir leur perception de la notion de filière et ce qu'ils en attendent.

Ces deux objectifs nécessitent la consultation :

- ✓ des services et personnes ressources : ARH Alsace, DDASS du Bas-Rhin, Conseil Général du Bas-Rhin, CRAM (Assurance Maladie),...
- ✓ des outils de planification (SROS,....)
- ✓ mais aussi de diverses personnalités du secteur sanitaire et médico-social. (les responsables de structures, des médecins,...)
- ✓ de l'ensemble des documentations spécialisées

II. 1. 1 IDENTIFICATION DES RESSOURCES

II .1 .1. 1. Un périmètre d'étude...

La définition de la filière est bien à prendre en compte dans une implantation territoriale celle d'un **territoire de santé**.

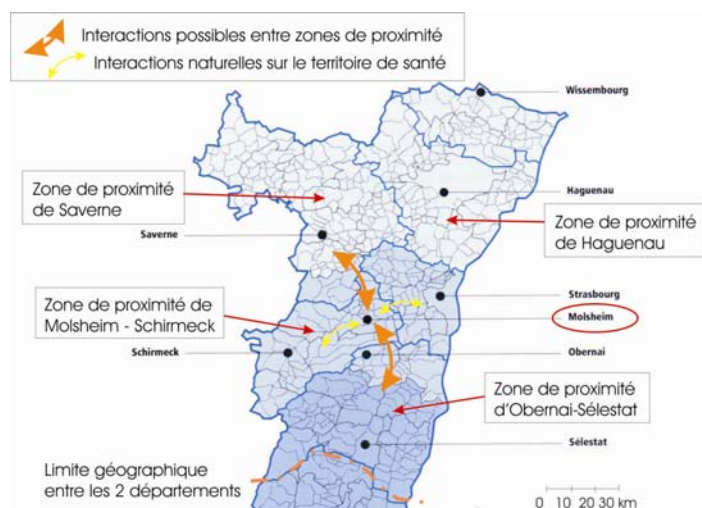
Il n'en reste pas moins vrai que divers éléments issus de la phase de recherche exploratoire font apparaître des disparités en terme d'organisation de l'offre de soins.

Les limites des territoires de santé apparaissent parfois peu significatives en l'état, tant il faut prendre en compte la notion de **zone de proximité** qui, elle, chevauche bien souvent la limite entre deux territoires de santé. Aussi, et ce afin de ne négliger aucun paramètre, il m'apparaît utile dans un premier temps de chercher à dresser un état des lieux un peu plus large que celui du territoire de santé n°2, afin de prendre en compte des services de soins ou une offre complémentaire implantée sur un territoire voisin, voire une zone de proximité voisine.

II. 1. 1. 2. ...entaché par une forte complexité dans les entités territoriales

En effet, un examen attentif de la cartographie de l'ARH Alsace fait apparaître que la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck est bordée au nord par la zone de proximité de Saverne, elle-même à cheval sur les territoires de santé 1 et 2. Au sud, la situation est analogue, puisque l'on y trouve à quelques kilomètres de Molsheim la zone de proximité d'Obernai-Sélestat également à cheval sur les territoires de santé 2 et 3...

La situation est donc complexe puisque l'HL de Molsheim est dès aujourd'hui invité à affermir ses coopérations avec le petit CH d'Obernai, distant de quelques kilomètres et relevant également du territoire de santé n°2, mais d'une autre zone de proximité. Mais ce dernier est dorénavant inscrit dans un projet de communauté d'établissement avec le CH de Sélestat, relevant du territoire de santé n°3. Aussi, Obernai doit bénéficier du soutien du CHU de Strasbourg, tandis que Sélestat tire les services qui lui manquent du CH de Colmar, siège du territoire de santé n°3...



Il nous faut être attentif à l'offre de soins potentielle des zones de proximité limitrophes à celle de Molsheim-Schirmeck tant l'hôpital local de Molsheim est proches de ces dernières, comme le montre la carte ci-contre.

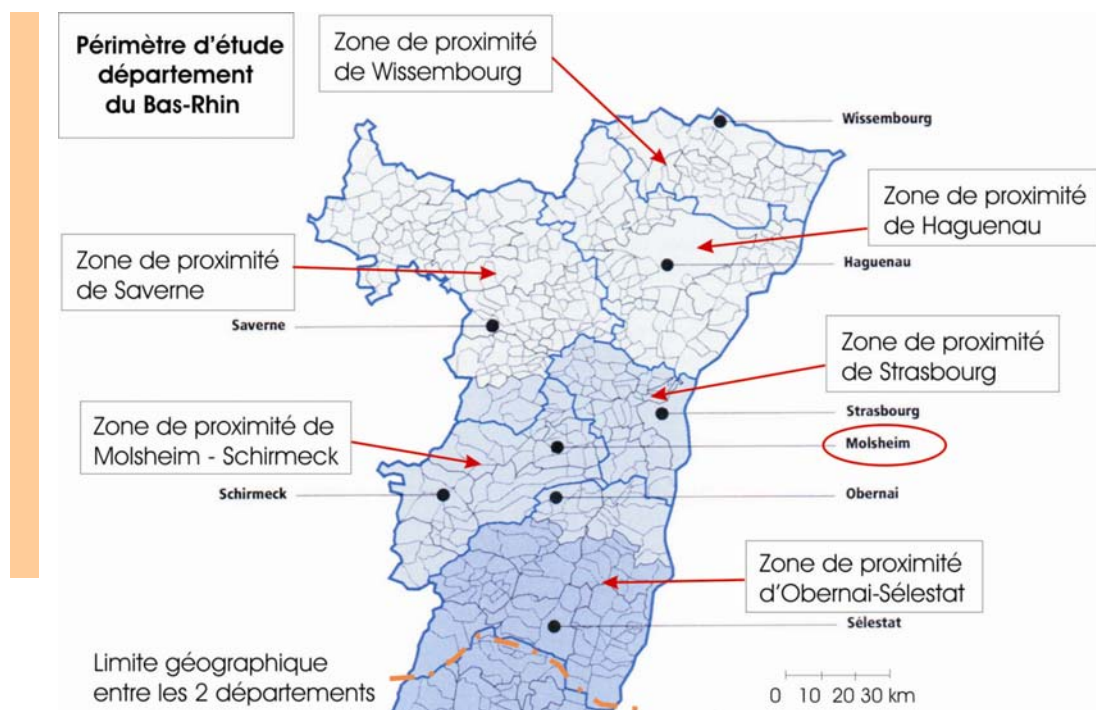
Carte P. Burtcher sur fond cartographie ARH

II. 1. 1. 3. Chercher à identifier l'offre de soins autour de la zone de proximité

Cette situation complexe impose dès lors de chercher à identifier l'offre de soins potentielle autour de la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck. Il me faut par conséquent pousser le périmètre de l'étude au-delà du territoire de santé n°2. Les deux zones de proximité limitrophes étant distantes de quelques kilomètres à peine, je me propose ici de les intégrer dans la première partie de l'étude.

Ce choix :

- ✓ prend en compte les interactions entre les territoires de santé 1, 2 et 3 au travers des zones de proximité communes (Saverne au nord et Obernai-Sélestat au sud)
- ✓ permet de prendre en compte les services disponibles dans la zone de proximité d'Obernai-Sélestat à cheval sur les territoires 2 et 3, sans chercher à étendre le périmètre de l'étude au-delà de Sélestat (Colmar étant implantée dans le département du Haut-Rhin)
- ✓ permet de prendre en compte une autre réalité dans les organisations : celle des compétences des directions départementales des services de l'Etat et des services des Conseils Généraux.



Carte P. Burtscher sur fond cartographie ARH

II. 1. 1. 4. Prendre en compte la complexité des institutions chargées de la planification

Ce dernier point mérite qu'on y prête une attention particulière. En effet, les services de tarification et de contrôle, en dehors de l'ARH, restent organisés à l'échelon du département. Le service des établissements de santé (SES) et celui des établissements médico-sociaux (MESO) de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Bas-Rhin (DDASS 67) ne sont compétents que pour les établissements et services du Bas-Rhin.

De même, les politiques en faveur des personnes âgées sont partagées avec les Conseils Généraux. Celui du Bas-Rhin mène une politique dont les contours diffèrent sensiblement de celui du Haut-Rhin. Or le continuum de prise en charge édicté par la notion de filière de soins gériatriques prend en compte les services et aides à domicile. La notion élargie de filière de soins assise sur les réseaux associe des services comme les CLIC qui relèvent maintenant des CG. Le schéma gérontologique arrêté conjointement par le Président du Conseil Général et le Préfet reste circonscrit aux limites géographiques du département.

II. 1. 1. 5. Les éléments de l'étude

La recherche documentaire a permis de dégager une définition plutôt précise de ce qu'est une filière de soins gériatrique. Il s'agit maintenant de déterminer plus précisément la nature des services à identifier au sein du périmètre retenu pour l'étude.

Les textes recommandent qu'une filière comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière
- une équipe mobile de gériatrie
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour.
- un ou plusieurs SSR
- une ou plusieurs unités de soins de longue durée (redéfinies dans le sens de l'article 46 de la loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la SS).

Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement de conventions de coopération entre établissements de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif.

II. 2. LE TRAVAIL D'ENQUETE

Il s'agit par conséquent de questionner les acteurs sur plusieurs thèmes relatifs à la filière en vue de confronter les éléments théoriques avec la réalité. Il est important de recueillir leur perception de la notion de filière et ce qu'ils en attendent.

II. 2. 1. Qui interroger

Plusieurs groupes d'acteurs sont susceptibles de m'éclairer à divers titres sur le thème de la filière. Ces personnes seront sollicitées à divers stades de l'étude, entre novembre et mai 2008.

- ✓ Les agents des services de l'état, des collectivités ou des organismes de divers statuts (Chargés de mission, inspecteurs, médecins, et autres personnels de l'ARH, des DRASS/DDASS, de l'Assurance Maladie, etc...)
- ✓ Les responsables de structures (Directeurs d'établissements ou de services, médecins, cadres de santé,....)
- ✓ Mais aussi diverses personnes susceptibles d'apporter un éclairage sur la question : des familles ou des usagers.

II. 2. 2. Un questionnaire

Les acteurs du système de santé ont été interrogés sur la base d'une trame commune, un questionnaire semi-directif. Les entretiens avec les responsables de structures ont eu pour ambition de recueillir leur perception de la filière, cerner leur place dans la filière mais aussi leurs attentes. La filière est-elle pour eux et pour leurs patients et résidents une valeur ajoutée ?

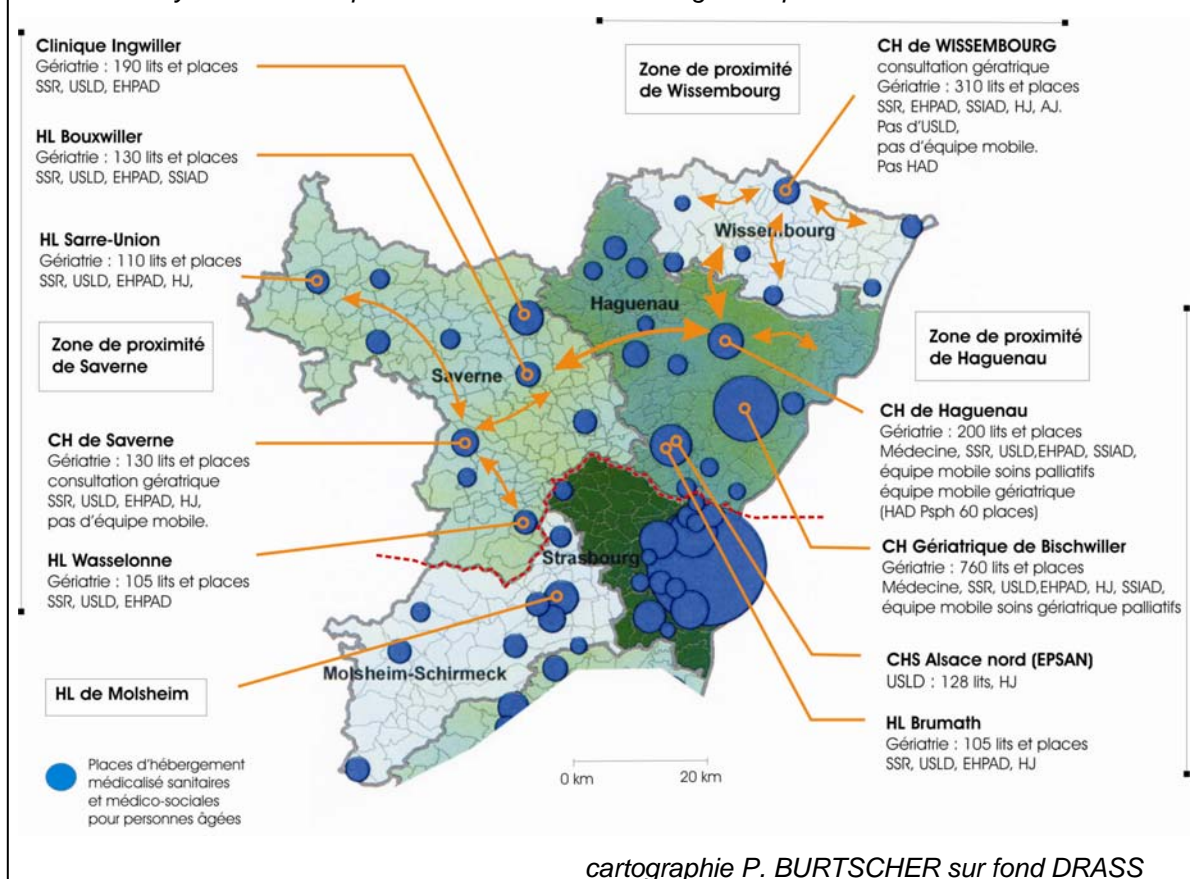
- ✓ Le premier groupe de questions porte par conséquent sur l'établissement. Il vise à en cerner les grandes caractéristiques (statut, services, public,....)
- ✓ Le second groupe de questions porte sur la place dans la filière : ces questions ont pour objectif de chercher à identifier les liens réels de l'établissement avec des tiers dans une logique de filière. Aussi faut-il rechercher ces liens : sont-ils formalisés ou non (conventions, etc...). Existe-il à ce jour un recours (ponctuel, régulier, inexistant, etc...) aux services d'une filière : équipes mobiles, consultation mémoire, consultation gériatrique, diagnostic, HAD, psychiatrie,...
- ✓ Les questions doivent permettre d'identifier les dysfonctionnements ou les obstacles à ce mode d'organisation en filière.
- ✓ Les questions doivent permettre de comprendre l'intérêt pour l'établissement, mais la plus-value attendue pour le patient ou le résident.
- ✓ En fonction de la catégorie d'établissement, il paraît opportun de saisir les stratégies mises en œuvre sur le bassin de vie.

II. 3. PRESENTATION DES RESSOURCES

Présentation des ressources de l'offre de soins par territoire de santé

II. 3. 1. Le territoire de santé 1 – Zone de proximité limitrophe de Saverne

Schéma de synthèse de l'implantation de l'offre de soins gériatrique sur le territoire de santé 1



Analyse sommaire de l'offre de soins et des éléments de filière gériatrique

Une analyse des moyens en lits et places de l'ensemble du territoire de santé N°1 fait apparaître une situation très contrastée : le secteur de proximité de Haguenau (qui abrite le CH de référence) regroupe une part importante des moyens : grandes capacités en lits et places (plus d'un millier) et 3 équipes mobiles sur 2 sites distants d'une dizaine de kilomètres à peine.

A l'inverse la zone de proximité de Wissembourg (à dominante rurale, environ 65 000 habitants) ne dispose que d'une offre sanitaire gériatrique plutôt faible, de surcroît entièrement regroupée au CH de Wissembourg. Il n'y a aucun établissement de type hôpital local ou clinique gériatrique dans la zone. Les rares USLD autonomes sont devenues des EHPAD.

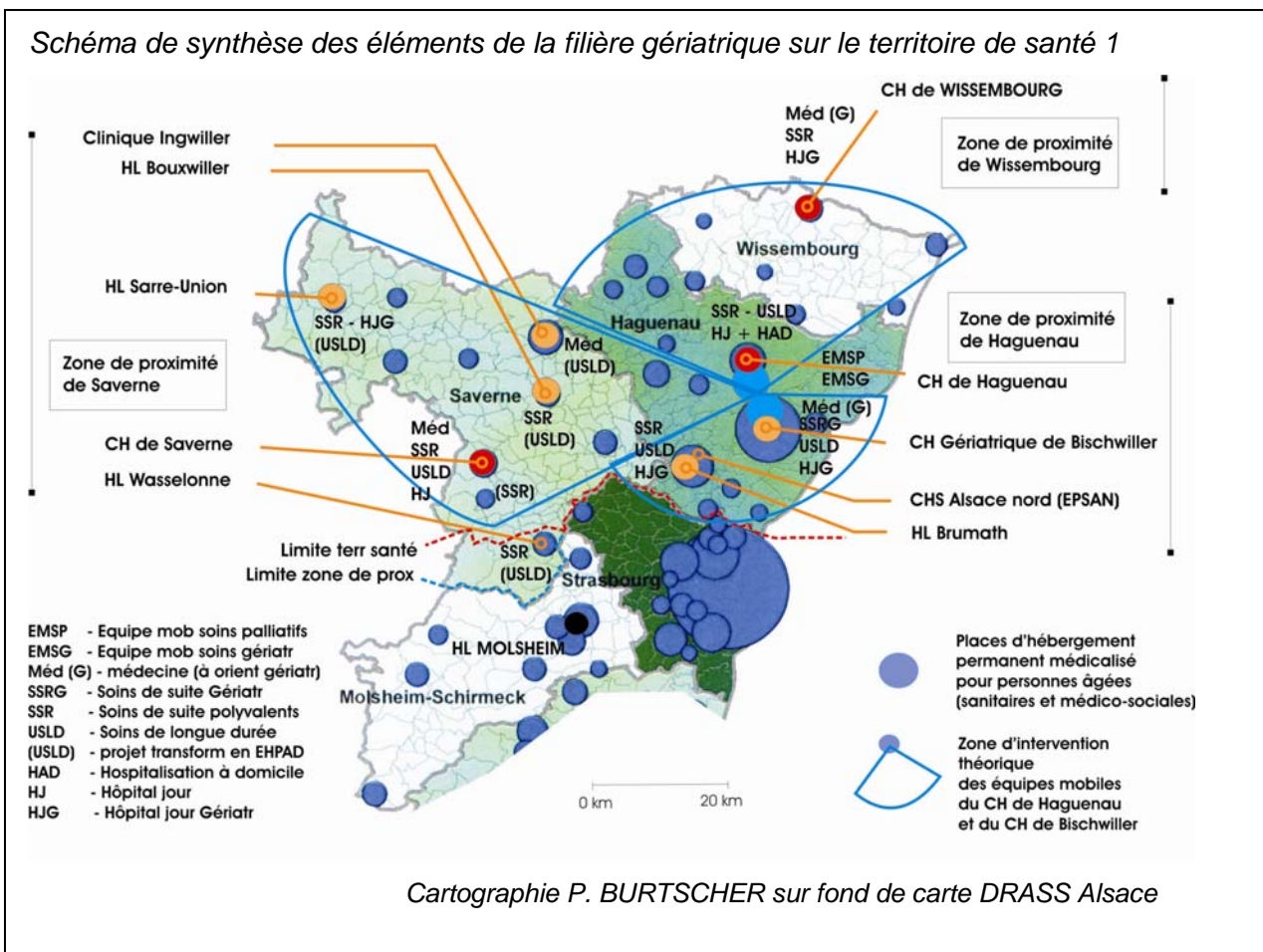
Ce type de situation se retrouve aussi à l'ouest du département, dans la zone de proximité qui nous intéresse, celle de Saverne, un bassin rural et semi-montagneux de près de 90 000 habitants. Le CH de Saverne, plutôt excentré, ne dispose que de capacités très limitées et une offre spécialisée en faveur des personnes âgées quasi inexistante (petit service de médecine avec un seul gériatre, pas d'équipe mobile).

4 établissements de type HL ou clinique proposent une offre de soins de proximité en SSR ou USLD. Les USLD autonomes sont devenues des EHPAD, sort que connaît à son tour un établissement SSR autonome PSPH (Thal-Marmoutier).

Ainsi, l'Alsace bossue, le pays de Sarre-Union, sont entre 60 et 80 km du CH de référence et de son offre en équipes mobiles par exemple.

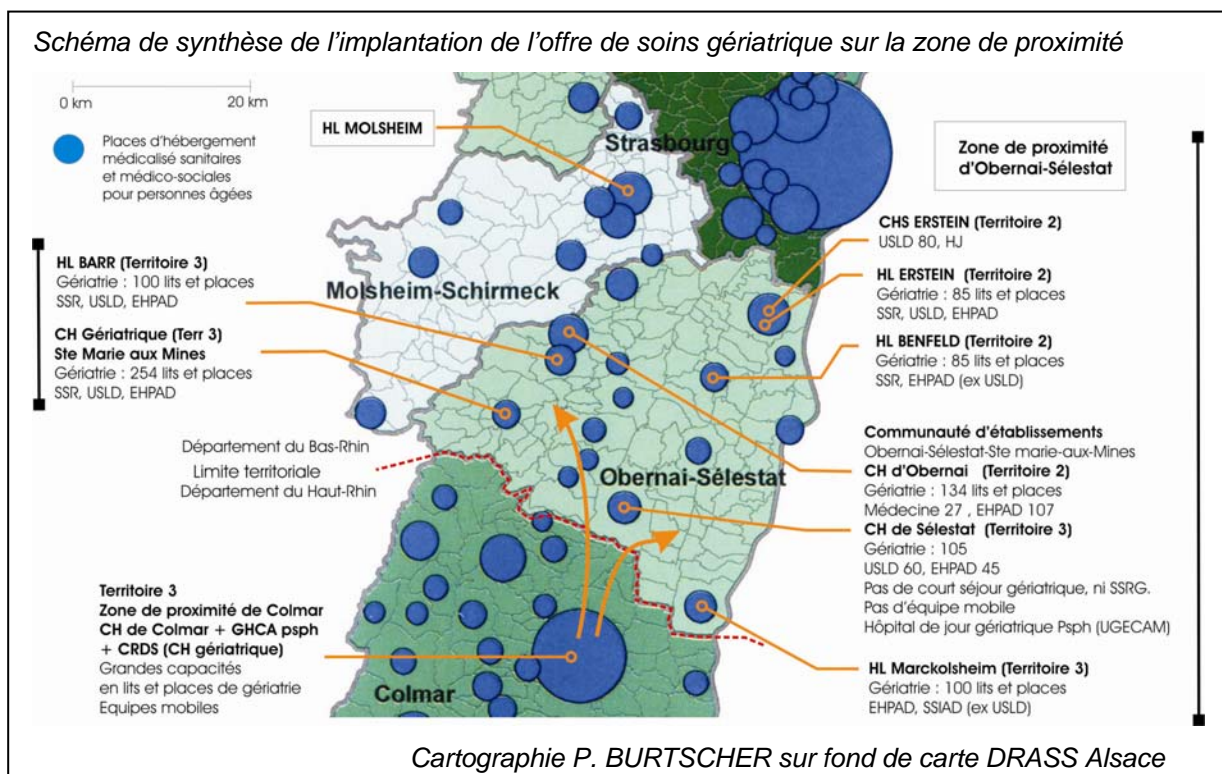
Il faut ajouter à cela que les capacités en USLD de tous les HL de la zone sont susceptibles de transformation en EHPAD.

Après analyse des entretiens avec les acteurs du champ sanitaire, les interactions entre le territoire 1 et 2 se révèlent très limitées. Notre zone d'étude, la zone de Molsheim-Schirmeck ne peut tirer aucune ressource de la zone, limitrophe, de Saverne.



II. 3. 2. Les territoires de santé 2 et 3

– La zone de proximité limitrophe d’Obernai-Sélestat



Analyse sommaire de l’offre de soins sanitaire et des éléments de filière gériatrique

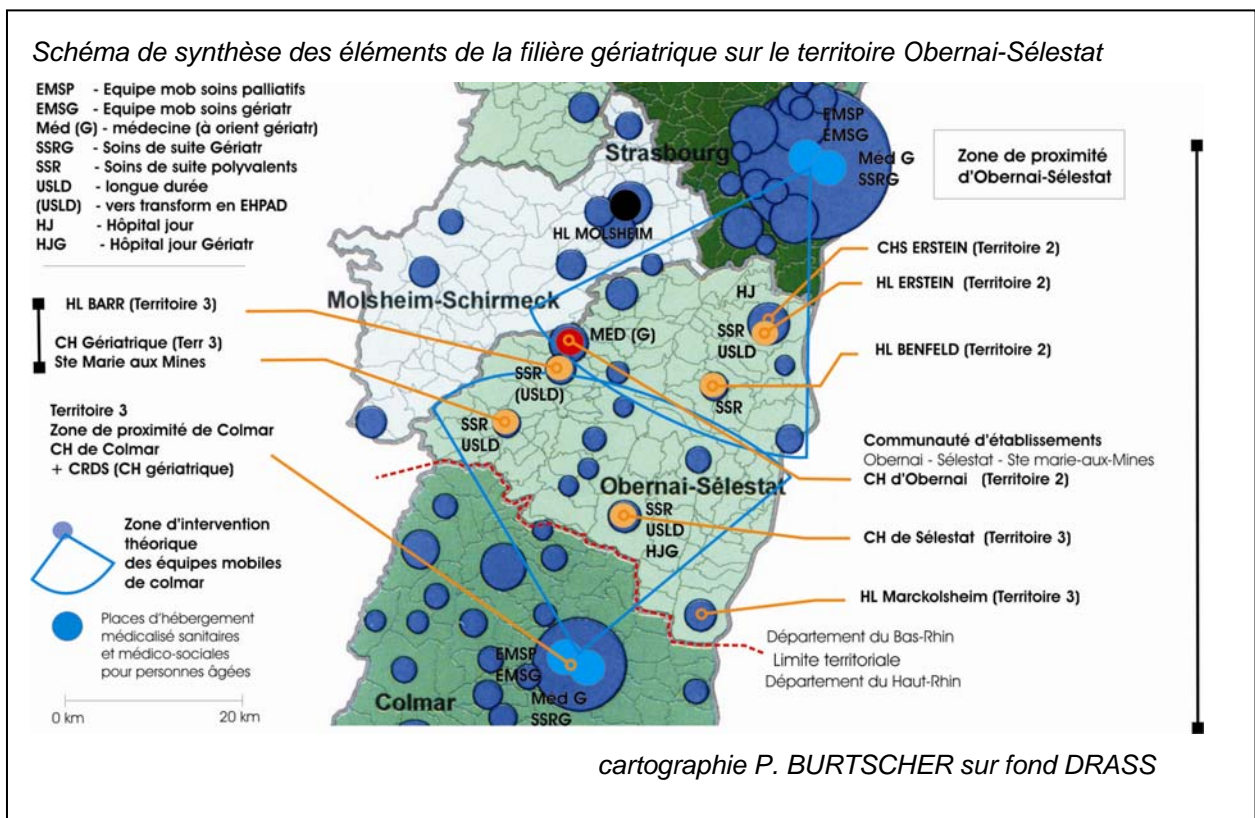
Le territoire de proximité d’Obernai-Sélestat recouvre la partie sud du territoire de santé 2 (Strasbourg) et la partie nord du territoire de santé 3 (Colmar). Ce dernier est entièrement dominé par la Communauté d’établissements regroupant le CH de Sélestat (CH de zone), le petit CH d’Obernai et l’hôpital intercommunal du Val d’argent – St Marie aux Mines (HIVA). Il n’existe pas d’établissement concurrent PSPH ou privé.

Ce territoire occupe l’espace semi-rural compris entre les grandes villes de Strasbourg et Colmar. Tandis que Sélestat est implanté au cœur de la plaine, le CH d’Obernai est campé plus au nord sur le piémont vosgien. Le projet de la communauté d’établissement tend à regrouper les services aigus sur Sélestat. Obernai tendrait ainsi à une orientation gériatrique, ce qui est déjà le cas d’HIVA à Ste Marie-aux-Mines, un établissement isolé dans une vallée vosgienne enclavée.

Un examen approfondi de l’offre de soin nous permet de voir que les capacités de Sélestat restent réduites, ainsi que celle d’Obernai. Leur offre de service est faible : il n’existe pas de court séjour spécifiquement gériatrique (même si le service de médecine d’Obernai y prétend en partie) ni de SSRG. Il n’y a pas d’équipes mobiles (gériatrique ou soins palliatifs) ni de service d’HAD. Enfin, seules 10 places d’HJ gériatrique sont recensées sur la zone, elles relèvent de l’UGECAM (Assurance-Maladie) bien qu’implantées au CH de Sélestat.

Aussi la zone de proximité d'étude, celle de Schirmeck-Molsheim ne bénéficie d'aucun service issu de la zone de proximité d'Obernai Sélestat.

Le bassin d'Obernai reste dans la zone d'attraction des HUS tandis que celui de Sélestat bénéficie de l'offre de services de soins de Colmar. Ainsi, les équipes mobiles de Colmar interviennent-elles sur la partie de la zone de proximité relevant du territoire de santé 3. Des EHPAD comme Andlau à 10 kilomètres d'Obernai ont ainsi recours à l'équipe mobile de soins gériatriques de Colmar. Celle-ci est d'ailleurs très active et nombre d'établissements contactés dans l'enquête déclarent recourir à ses services.



Analyse sommaire de l'offre de soins sanitaire et des éléments de filière gériatrique

Le département de gériatrie des HUS est de loin le plus étoffé en services et nombre de lits, et affiche une offre de soins gériatriques la plus complète sur l'ensemble du territoire de santé. Aussi trouve t'on à Strasbourg ce qui apparaît être une filière gériatrique très complète : équipes mobiles (gériatrique et soins palliatifs), service de médecine gériatrique, SSR gériatrique, USLD, EHPAD, mais aussi hospitalisation de jour avec consultation mémoire labellisée et HAD. Enfin, les HUS sont aussi un CHU et l'on y dénombre des praticiens hospitaliers, gériatres, reconnus.

Les HUS disposent à ce jour du seul service de médecine interne spécialisé en gériatrie, du seul SSRG et de la seule équipe mobile de soins gériatriques du territoire de santé.

En revanche, les capacités en lits et places (Médecine gériatrique 71 lits, SSRG 55 lits, HJ 10 places) doivent être mis en rapport avec l'important bassin de population que représente la CUS et ses environs immédiats, soit un demi-million de personnes.

L'offre des HUS est aussi étoffée par celle de plusieurs établissements privés (PSPH ou non) mais il s'agit essentiellement de lits de SSR, d'USLD ou d'HAD. Une équipe mobile de soins palliatifs et deux hôpitaux de jour associatifs complètent le dispositif de soins.

En revanche, la **zone de proximité de Molsheim - Schirmeck** est caractérisée par une offre sanitaire assez faible tant sur le plan qualitatif (soins aigus) que quantitatif (nombre de lits et places). La clinique St Luc (groupe hospitalier St Vincent - PSPH) et le CH d'Obernai (le plus proche, mais celui-ci est en dehors de la zone de proximité et son recrutement se fait sur le piémont) sont les seuls établissements à proposer des services de médecine générale (respectivement 20 lits et 27 lits).

St Luc joue le rôle de CH de proximité au cœur de la vallée de la Bruche quasi dépourvue d'offre sanitaire. La clinique pourvoit aux besoins sur le plan de la médecine et de la chirurgie (17 lits) mais ne dispose pas à proprement parler de service de gériatrie. Elle a créé récemment un service d'HAD de 25 places qui correspond à un véritable besoin.

Sur le plan de l'offre de prise en charge gériatrique, le constat est moins sévère puisque les établissements de la zone ont essentiellement une action en faveur de la personne âgée (au total 3 SSR, 3 USLD et des lits d'EHPAD). La structure proposant l'offre la plus complète, l'HL de Molsheim (SSR, USLD, HJ, SSIAD, EHPAD), est toutefois implantée à la porte de la vallée, mais au sein d'une zone densément peuplée, de type semi-urbaine. Avec la fusion des lits USLD-EHPAD des HL de Rosheim et Mutzig, seuls l'HL de Molsheim, St Luc et le centre médical de Saales sont encore en mesure de mettre à disposition des lits d'USLD (54, 40 et 60 lits).

Enfin, il n'existe qu'un hôpital de jour gériatrique (HL de Molsheim) de 4 places.

Projets :

Le CH Obernai, dans le cadre de sa restructuration (fermeture de la maternité et bientôt du service de chirurgie) devrait bénéficier d'une orientation gériatrique plus marquée selon son CPOM et la stratégie de l'ARH⁸. En revanche, il ne dispose à ce jour que de lits de médecine et d'EHPAD. Mais son implantation hors de la vallée n'en fait pas naturellement un établissement support. Il ne fait pas partie de la zone de proximité et l'ARH a plutôt l'ambition que la communauté d'établissement à laquelle appartient aujourd'hui le CH d'Obernai décharge les structures hospitalières de Strasbourg d'une partie de la population qui demeure au sud, au sud-est et à l'est de la ville.

Nous reviendrons plus loin sur le devenir des lits d'USLD dans la zone.

Les HL de Molsheim et Rosheim vont disposer ensemble de 4 lits identifiés de soins palliatifs⁹ - LISP-. Enfin, l'HL de Mutzig est susceptible, à très court terme de basculer dans le champ médico-social avec la fermeture de ses 10 lits de SSR au profit de Rosheim.

Bilan de l'offre de soins gériatriques sur le territoire de santé 2 et la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck

- ✓ Pour l'ARH et la DDASS, la notion de filière s'appréciant à l'échelle du territoire de santé, il est possible de dire que le territoire 2 dispose de l'ensemble des éléments d'une filière.
- ✓ La filière de soins gériatriques apparaît à ce jour peu structurée au sein de la zone de proximité Molsheim-Schirmeck. Une partie de l'offre de soin est à rechercher dans la zone de Strasbourg.
- ✓ Les établissements de Schirmeck (clinique St Luc – PSPH) et Molsheim (hôpital local) disposent à eux seuls de la quasi-totalité des ressources nécessaires à une filière : médecine, SSR avec LISP, USLD, HJ, HAD, SSIAD, EHPAD. Mais les capacités restent limitées et l'offre est inégalement répartie sur la zone.

⁸ restructuration avec reconstruction / CPOM de l'établissement, ARH et DDASS

⁹ CPOM des deux établissements, entretiens avec les directeurs

II. 4. SYNTHÈSE DES QUESTIONNAIRES

II. 4. 1. Ce que nous disent les acteurs

Analyse des réponses apportées par les responsables de structures sanitaires ou médico-sociales, ou cadres de soins aux questions posées lors des entretiens téléphoniques ou physiques.

II. 4. 1. 1. Sur la zone de proximité de Schirmeck-Molsheim

✓ **Recours à une offre de soins sanitaire, et/ou spécialisée en gériatrie :**

Les établissements déclarent tous disposer de conventions avec un établissement de santé pour les hospitalisations et les urgences. Ceux de la vallée (Lutzelhouse,...) citent la clinique St Luc de Schirmeck qui dispose d'un service de médecine et de chirurgie. En revanche l'EHPAD de Saales, très isolé en fond de vallée a signé une convention avec l'établissement de santé St Charles de St Dié dans le département des Vosges et se déclare très satisfait « *ils prennent nos résidents en priorité* ». Des discussions sont néanmoins en cours avec la clinique St Luc.

Les établissements du piémont disposent tous de conventions avec les HUS et déclarent des situations contrastées : si nombre d'entretiens font apparaître des relations normales avec les HUS, il en ressort tout de même l'expression de différents problèmes liés en partie à des disciplines particulières et des services avec lesquels les relations ne sont pas très bonnes. La question des retours d'hospitalisation mal préparés revient souvent, ou celle de l'état physique des patients âgées à leur retour (dénutrition, escarres,...). Enfin, certaines spécialités sont difficiles d'accès (ophtalmo, etc...).

✓ **Recours aux consultations mémoire, à un hôpital de jour gériatrique :**

Les EHPAD de la vallée de la Bruche disent en grande majorité ne pas bénéficier des services réguliers d'un hôpital de jour et évoquent essentiellement le recours au secteur libéral : « *Les personnes arrivent bilantées par un neurologue* », d'autres ont des liens avec les HUS « *deux-trois résidents par an vont faire un bilan à Strasbourg* ».

Les entretiens font apparaître le fait que la plupart des établissements n'ont à ce jour pas encore recours à l'HJ de l'HL de Molsheim. Certains ne connaissent pas son existence « *Il y a un HJ à Molsheim ?* », d'autres ont récemment découvert cette offre de service « *Je ne les connais pas encore, mais je vais les contacter* ». Enfin, d'autres encore ont procédé aux premières orientations. Ainsi, les responsables des EHPAD de Dorlisheim et Marlenheim ont déjà signé une convention avec l'HL de Molsheim, bien qu'ils travaillaient

avec l'HJ des HUS, ce qui est le cas des autres établissements et hôpitaux locaux du secteur.

Pour le directeur de l'hôpital local de Molsheim : « *la création de l'HJ est récente (décembre 2006) ce qui explique cette situation* », il rappelle que « *l'HJ s'adresse aussi et surtout aux personnes vivant à domicile, et nous avons déjà une liste d'attente* ».

Il ressort aussi de certains entretiens la réalité des établissements assez isolés : le manque de médecin coordonnateur, le besoin du recours à des spécialistes comme des gériatres.

✓ **Recours aux équipes mobiles :**

Il n'existe aucune équipe mobile sur la zone. Elles se situent toutes sur la zone de Strasbourg. L'ensemble des établissements déclare ne pas bénéficier de l'intervention de l'équipe mobile de soins gériatriques des HUS ou d'un autre établissement.

Les établissements plus isolés en fond de vallée ont des positions diverses : « *nous avons davantage besoin de formations sur la douleur* », « *nous n'avons pas demandé de formation à ces équipes* », « *nous n'avons pas de besoins, nous n'avons pas d'escarres* », « *nous n'avons pas vraiment de demande* ».

En revanche, certains attendent beaucoup du service d'HAD créé à la clinique St Luc de Schirmeck « *nous préparons une convention avec St Luc* ».

Les entretiens permettent toutefois d'identifier, assez ponctuellement, le recours à une équipe mobile de soins palliatifs. Ainsi, même un établissement très isolé comme Saales en fond de vallée a pu bénéficier des apports de l'EMSP des HUS (Site de HautePierre) « *ils sont venus pour la formation des personnels, 4 demi-journées* ». L'HL de Molsheim a signé une convention avec cette équipe, mais très récemment (août 2008).

✓ **Recours à l'offre de soins en santé mentale :**

Les établissements ont presque tous signé une convention avec l'EPSAN – Etablissement Public de Santé spécialisé d'Alsace du Nord -. Ceux qui ne l'ont pas fait évoquent le caractère « très contraignant » de la convention et l'une de ses clauses qui demande l'admission par l'EHPAD de « *malades psychiatriques de moins de 60 ans, pour lesquels notre établissement n'est pas adapté* ».

Cette convention est honorée avec plus ou moins de régularité, mais à plus de 80 % les établissements se déclarent satisfaits : « *Une infirmière psy passe tous les mois, et le médecin intervient sur demande* ».

Enfin, le recours aux hôpitaux de jour du CHS (La Broque, Molsheim,...) est régulièrement évoqué « *un résident va toutes les semaines à Molsheim, il y passe toute la journée* », « *2 personnes vont toutes les semaines à la Broque* ».

Les besoins recensés sont de l'ordre de 1 à 2, voire plus exceptionnellement 3 personnes de l'établissement, et la prise en charge est alors régulière.

✓ **Recours à une offre d'Hospitalisation à Domicile :**

Un seul service d'HAD existe sur la zone de proximité Molsheim-Schirmeck. Ce service a été créé très récemment à la clinique St Luc de Schirmeck (PSPH). Les établissements interrogés ont des attentes pour ce type de service et plusieurs ont déjà pris contact. « *Nous n'avons pas d'infirmière la nuit, il nous arrive d'hospitaliser pour cela des résidents* », « *ça nous intéresse* ». En revanche, aucun entretien n'a permis d'identifier à ce jour une intervention réelle de l'HAD au sein des EHPAD.

Une analyse sommaire des personnes prises en charge récemment à l'HAD fait apparaître un public diversifié (âge et motifs de prise en charge) et il n'est pas possible de dire ici qu'il s'agisse d'une offre de soins identifiée comme étant en direction des personnes âgées.

II. 4. 1. 2. Zone de proximité de Strasbourg :

Les entretiens font apparaître une situation plutôt satisfaisante sur Strasbourg. Il est vrai que les établissements concernés de la zone ont quasiment tous une implantation urbaine, ou semi-urbaine : commune de la CUS ou faubourg de la ville. Quasiment tous sont dans un périmètre inférieur à une vingtaine de kilomètres de distance des HUS.

✓ **Recours à une offre de soins sanitaire, et/ou spécialisée en gériatrie :**

Les établissements disposent tous de conventions avec les HUS et déclarent aussi des situations contrastées (relations avec certains services,...).

Dans leur très grande majorité les responsables d'établissements expriment clairement leur satisfaction, pour eux-mêmes et leur établissement, de trouver les ressources nécessaires dans l'importante offre hospitalière et libérale de Strasbourg.

✓ **Recours aux consultations mémoire, à un hôpital de jour gériatrique :**

Trois hôpitaux de jour ont été identifiés sur la zone : HUS et associatifs (2).

Tous les établissements contactés déclarent bénéficier de bilans cognitifs pour leurs résidents auprès de l'hôpital de jour du site de la Robertsau, pôle de gériatrie des HUS. Les deux HJ associatifs de l'ABRAPA – Association Bas-Rhinoise d'Aide aux Personnes Agées - apparaissent quasiment exclusivement tournés vers la prise en charge de personnes vivant au domicile, bien que quelques EHPAD y orientent des résidents.

✓ **Recours aux équipes mobiles :**

Il existe sur la zone une équipe mobile de soins gériatriques (HUS) et deux équipes mobiles de soins palliatifs (HUS et GH Saint Vincent – Psph).

Cette question a suscité des réponses très contrastées : il apparaît que les établissements ont déclaré ne pas bénéficier du soutien de l'équipe mobile de soins gériatriques du pôle de gériatrie des HUS, bien qu'un grand nombre d'entre eux ait signé (dès 1998) une convention avec les HUS lors de la création de l'équipe (20 conventions au total). Seuls sont cités des cas de placement en institution au cours desquels ont été noués des relations avec un membre de l'équipe mobile. Plus de la moitié des établissements déclarent ne pas recourir aux équipes mobiles de soins palliatifs présentes sur le bassin de Strasbourg.

✓ **Recours à une offre d'Hospitalisation à Domicile :**

Les établissements contactés ne bénéficient pas de l'intervention d'un service d'HAD à ce jour, bien que ce type de service existe à Strasbourg.

III. TROISIEME PARTIE - ANALYSES

III. 1. DE LA REALITE DU CONCEPT DE FILIERE

La réalité d'une filière dépend bien de l'organisation des soins sur le territoire de santé.

L'étude des ressources fait apparaître des situations très contrastées sur l'ensemble du département du Bas-Rhin.

Dans les faits, il nous est déjà permis de tirer nombre d'enseignements de la confrontation entre les éléments chiffrés de la DHOS et de l'ARH avec les capacités offertes selon les territoires ou les zones de proximité. Il nous faut garder à l'esprit les ratios d'équipement assez élevés en Alsace, mais aussi prendre en compte les données géographiques et démographiques. Un paramètre supplémentaire réside toutefois dans les données de santé publique disponibles.

Diverses études¹⁰ servant de support au **plan régional de santé publique 2006-2008**¹¹ font ainsi apparaître des éléments de surmortalité apparaissant après 65 ans, affectant la population alsacienne dont « *une mortalité particulièrement élevée dans la haute vallée de la Bruche et une forte mortalité prématurée dans les trois grandes villes de la région* ».

La population alsacienne est aussi caractérisée par des taux de mortalité parfois nettement supérieurs à la moyenne nationale : c'est le cas des cancers (de +5 % en moyenne à + 31% dans les cas des cancers du rein), des maladies cardiovasculaires (+17%) du diabète (fréquence > de 30% à la moyenne nationale). Ces éléments de diagnostic font parfois dire aux experts que « *l'alsacien vit moins longtemps* » (la part des 75 ans dans la population est inférieure à celle de la moyenne nationale), et « *qu'il est plus victime d'affections diverses après 65 ans* ». A ce titre, et nous y reviendrons, la part des personnes âgées en institution nécessitant des soins médico-techniques importants d'après les coupes PATHOS est aussi nettement plus élevée, près du double !

L'ensemble de ces facteurs interrogent bien entendu le dispositif sanitaire en général et gériatrique en particulier, tant dans les moyens de prévention, de diagnostic ou de traitement des affections et bien entendu globalement de prise en charge de la personne âgée polyathologique.

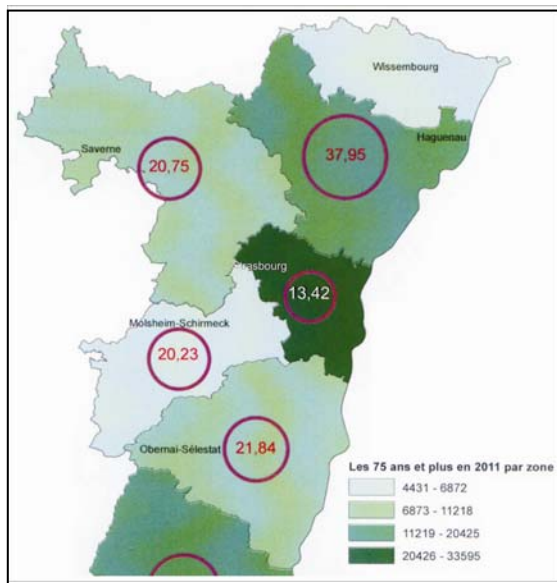
Des zones apparaissent effectivement bien dotées sur le plan de l'offre de soins gériatrique : le bassin de Strasbourg et celui de Haguenau-Bischwiller. Au-delà bien des questions se posent. Les zones de Wissembourg et Saverne, ainsi que de celle de Sélestat affichent une offre de soins bien plus réduite, en terme de capacités.

¹⁰ Dont le diagnostic de l'observatoire de l'observatoire régional de la santé en Alsace de 2006

¹¹ PRSP Alsace 2006-2008 – DRASS Alsace - Juillet 2008

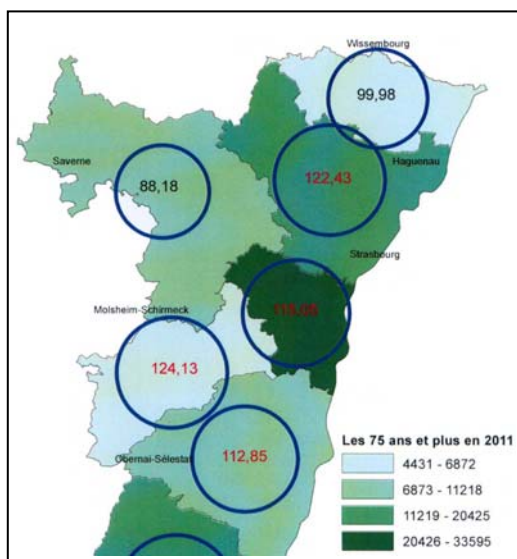


De la disparité de l'offre : l'exemple des places d'hébergement médicalisées sanitaires et médico-sociales pour personnes âgées



Taux d'équipement en places d'hébergement médicalisé sanitaires pour personnes âgées fin 2007
Taux moyen régional : 19,83

Le schéma ci-contre indiquant les taux d'équipement des zones nous permet pourtant de réviser nos jugements : Strasbourg affiche un taux de 13,42 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus, alors que la zone de Haguenau, du fait de sa concentration en établissements de santé atteint le taux étonnant de 38‰ ! Les autres zones avoisinent le taux moyen régional de 19,83 ‰.



Taux d'équipement en places d'hébergement médicalisé sanitaires et médico-sociales pour personnes âgées fin 2007
Taux moyen régional : 112,71 ‰.

Si l'on ajoute les places d'hébergement médicalisées pour personnes âgées médico-sociales de plus grandes disparités se font jour, or seules les places d'EHPAD creusent les écarts. Il nous faut retenir que les EHPAD constituent aussi des consommateurs d'offre de soins sanitaire et leur demande est à prendre en compte.

Ces derniers apports nous astreignent à intégrer de nouveaux paramètres à notre réflexion. En définitive, le bassin de Strasbourg fait figure de parent pauvre avec une offre très complète mais qu'il faut corréliser à la présence d'une forte population de personnes âgées de + de 75 ans estimée à plus de 33 000 à l'horizon 2011.

« Nous ne sommes que 5 ETP de praticiens hospitaliers gériatres au pôle gériatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, un CHU... » admet le professeur Berthel, chef de service.

Que dire des CH de Wissembourg, Saverne, etc.... ?

III. 1. 1. Sur le territoire de santé 2

III. 1. 1. 1 Les équipes mobiles

Les entretiens avec les acteurs du territoire ont fait clairement apparaître quelques points : en premier lieu l'absence de liens avec une équipe mobile de gériatrie.

Rien d'étonnant pour le docteur Damien Heitz, responsable de l'équipe des HUS « *nous sommes une équipe intra-hospitalière et n'intervenons qu'au profit des divers services des HUS* ». Il reconnaît avoir le projet d'étendre l'intervention de son équipe à l'extérieur des murs du CHU « *C'est un projet que nous avons. Mais à l'heure actuelle les besoins en interne sont énormes. La culture gériatrique n'a pas encore diffusé dans tous les services* ». Et parfois le constat est accablant puisque les soignants de l'équipe admettent eux-mêmes que la prise en charge de la personne âgée est loin d'être adaptée dans certains services : « *Il nous arrive encore trop souvent de trouver des personnes âgées attachées par facilité, mais il nous faut intervenir avec prudence pour faire accepter notre action par les praticiens et soignants* ».

En revanche les 2 équipes mobiles de soins palliatifs interviennent bien hors des murs de leurs établissements.

Il est intéressant de constater que les réflexions en cours autour des équipes mobiles de gériatrie étaient déjà bien présentes dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS -, ou *rapport Rousseau*¹² : « *on constate que, rapidement, l'ampleur de la tâche dépasse les capacités des EMG compte tenu de leurs effectifs réduits (en moyenne 3 à 5 personnes, parfois moins pour les plus récentes)...* ». Le rapport relevait aussi que « *dans les CHU, l'EMG ne peut se disperser, son action doit être tournée prioritairement vers l'intra-hospitalier* ». Ce constat s'applique à Strasbourg où l'EMG ne compte que 7 professionnels (mais 5 ETP) et aborde les situations de 1300 patients par an...

III. 1. 1. 2 Les lits de post-hospitalisation aiguë - structures d'aval à compétence gériatrique

✓ Les équipements en lits de soins de suite à orientation gériatrique

Les sorties d'hospitalisation restent un sujet sensible de l'avis des acteurs. Le sentiment est que les places en SSR sont comptées et que le retour direct en EHPAD est parfois mal négocié entre les établissements. Des incompréhensions naissent à ce titre.

¹² Rapport de l'IGAS 2005-053 - docteur A.C.Rousseau et J.P. Bastianelli – Mai 2005

L'analyse du dispositif de santé en lits de post-hospitalisation en faveur des personnes âgées pose aussi des questions. Il existe bien un certain nombre de lits de SSR dans les bassins ruraux mais un grand nombre d'entre eux sont des lits spécialisés, au sein d'établissements de montagne, héritage de la tradition des grands sanatoriums nichés sur les versants boisés des Vosges.

Les lits de SSR polyvalents à vocation gériatrique se révèlent être plus rares. Certains bassins de vie au sein de la zone de Saverne en sont quasiment dépourvus ou presque.

Sur le territoire de santé 2, le SROS III en recensait 351 sur 12 sites, chiffre corrigé dans le volet personnes âgées révisé en 2008 où sont recensés 241 lits au sein de 8 établissements, ce qui est plus proche de la réalité mais prenant en fait largement en compte tous les SSR polyvalents. Notons qu'ils n'existent qu'un seul SSRG sur le territoire de santé 2, au CHU. La zone de proximité de Molsheim-Schirmeck affiche ainsi un total de 50 lits, tous regroupés sur le piémont.

✓ **Les équipements en lits de soins de soins de longue durée**

La question des lits d'USLD a fait l'objet d'un débat laborieux en Alsace dans le cadre de la révision du volet PA du SROS. Ce débat a illustré parfaitement les écarts entre la perception des acteurs du système de soins et les politiques de recomposition de l'offre de soins. Aussi, la redéfinition des lits d'USLD mérite-t-elle une place toute particulière dans cette réflexion, tant le lit de SLD constitue une part importante de l'activité de nombre d'établissements de la filière de soins gériatriques.

III. 2. Une mise à mal du modèle de la filière de soins gériatriques ?

Un débat emblématique : la redéfinition des USLD en Alsace

L'actualité de la filière de soins gériatriques est avant tout dominée en Alsace par le dossier difficile de la redéfinition des USLD.

Le débat est certes déjà ancien. La réforme, lancée depuis 2005 avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, connaît une actualité croissante au sein de la région Alsace au cours de ma période stage long et donc pendant la phase de recueil de données du présent mémoire. Cette actualité apportait un éclairage renouvelé sur ce sujet et a requis de ma part un investissement particulier.

En stage auprès du délégué régional adjoint de la FHF en charge du secteur médico-social, il me fut donné de participer à l'ensemble des réunions et groupes de travail qui se sont tenus sur ce sujet. Cela fut d'autant facilité par mon passé professionnel et l'étude conduite au sein de la DDASS du Bas-Rhin sur l'offre de soins et de prise en charge de la personne âgée.

Je participais ainsi à l'ensemble des réunions institutionnelles et celles initiées par la FHF régionale et cela m'a permis de recueillir au gré de ces instances les positions de divers acteurs du champ : acteurs institutionnels (ARH, DRASS, DDASS, CRAM,...), gériatres, responsables d'établissements...

Il me fut donné de seconder M. DUMOULIN, mon maître de stage dans l'accrétion de l'ensemble des données dont nous pouvions avoir besoin sur ce dossier et la rédaction des outils (tableaux de bord) indispensables pour disposer d'une analyse pertinente de la situation alsacienne : recueil des données relatives à la démographie, à la situation existante (capacités des établissements, fonctionnement médical, organisation spatiale,...), mais aussi données chiffrées (GMP, PMP, SMTI+M2) etc... La construction des outils a nécessité la rencontre d'un grand nombre de responsables d'établissements (CH et HL), au sein de plusieurs réunions organisées sur la région¹³.

III. 2. 1. Le débat sur la redéfinition des USLD en Alsace

✓ Les circulaires sur la redéfinition des USLD

La question de la redéfinition des USLD est entrée dans une phase opératoire avec la publication successive de deux circulaires, celle du 15 mai 2006 et celle du 10 mai 2007. Les objectifs de la réforme et le calendrier sont fixés, ils imposent une procédure sur 3 ans comprenant la consultation dans les régions, la révision des SROS et la prise des arrêtés conjoints ARH-Préfet.

✓ Un lit d'USLD redéfini

Le référentiel d'organisation des soins des USLD redéfinies¹⁴ précise qu'elles « accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie...pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. (ces) situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour en établissement de santé ou médico-social, soit directement du domicile».

✓ La place dans la filière

« Les USLD participent au fonctionnement des filières gériatriques. Elles peuvent être implantées dans le CH support...ou tout autre établissement de santé ». Mais la circulaire est plus précise sur leur implantation : « l'implantation doit assurer un maillage permettant aux USLD de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière, tout en respectant le

¹³ Réunions FHF avec les directeurs d'établissements de février, mars et avril 2008

¹⁴ Circulaire DHOS du 10 mai 2007 concernant les usld – annexe II

soucis de proximité afin que les familles ou les proches puissent avoir accès à ces structures dans des délais de transport raisonnables ».

✓ **Des lits pour personnes âgées nécessitant des soins médico-techniques importants**

L'enjeu de la réforme tient à recentrer les USLD sur la prise en charge des patients nécessitant des soins importants. Aussi est-elle adossée à la mise en œuvre des coupes Pathos permettant de codifier ces besoins de soins.

La circulaire de 2007, dans son chapitre sur la partition des capacités précise : *« indépendamment des objectifs quantifiés fixés à l'échéance du SROS, vous serez amenés à effectuer une première détermination des capacités en USLD basée sur les résultats de la coupe Pathos. Au niveau d'une région, le socle sanitaire minimum constituant les USLD redéfinies correspond au nombre de SMTI (soins médico-techniques importants) auxquels doit être ajouté le nombre de patients en fin de vie (profil M2) »*. Ce dernier point est véritablement au cœur de la réforme puisque c'est l'identification des patients SMTI et M2 qui permettra de définir les besoins réels sur un territoire. Aussi, l'enquête nationale USLD 2006 réalisée par l'assurance maladie offre-t-elle un regard plutôt précis sur la situation au sein des USLD dans toute la France.

Il faut admettre que les résultats de cette enquête font apparaître que le nombre de patients SMTI + patients M2 présents dans les USLD de certains établissements est parfois très faible, ce qui renforce l'idée d'une réforme nécessaire....

En définitive, l'enquête a permis de situer les besoins nationaux en lits d'USLD redéfinis à hauteur d'environ 5 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Pour la DHOS, cette base constitue le socle de la réforme visant à doter le pays d'une capacité globale de 6 lits ‰. Ce ratio est à opposer à celui des capacités existantes en lits d'USLD, qui est de 14,88 ‰ pour l'ensemble du territoire national¹⁵, chiffre justifiant cette réforme.

✓ **La situation en Alsace en 2008**

La capacité en lits installée au sein de la région Alsace s'élève à 2788 lits au 01.01.2008¹⁶. Celle-ci avait toutefois atteint le total de 3012 lits en 2006, mais beaucoup d'établissements autonomes (privés à but non lucratif) urbains comme ruraux s'étaient vu imposer la transformation des lits de long séjour en lits d'EHPAD et avaient basculé dans le champ médico-social entre 2006 et 2008, lors d'une première phase de restructuration du secteur.

¹⁵ Chiffres DRASS – Alsace

¹⁶ Tableau DRASS Alsace – janvier 2008

Cette capacité en lits se révèle très importante et classe la région parmi celles qui sont le mieux dotées : 25 ‰ en Alsace, contre 14,88 pour la moyenne en France. Cette raison est historique et relève en partie de l'action très volontariste des médecins gériatres alsaciens dont le professeur *Kuntzmann* ancien médecin-chef de la gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

En revanche, le nombre de patients SMTI + M2 dénombrés dans les USLD alsaciennes place les besoins en lits à 9,28 ‰ (habitants de plus de 75 ans), ce qui situe la région nettement au dessus de la moyenne nationale, près du double !

III. 2. 2. Les choix de l'ARH Alsace.

La gestion du dossier par l'ARH Alsace peut susciter diverses interrogations. Il est vrai que l'Agence est seule compétente en matière de planification sanitaire, mais les acteurs du champ attendaient de cette dernière la prise en compte de la réalité des territoires de santé et des zones de proximité, ainsi que la démographie régionale.

Il s'avèrera que l'Agence, tout en affichant une volonté de concertation, conduira le dossier en interne.

Appuyée sur les résultats régionaux de la coupe Pathos réalisée au sein de toutes les USLD en 2006¹⁷, l'ARH émettra en 2007 une première liste d'implantations (propositions 1^{ère} phase 2007) ramenant la capacité régionale à un niveau de 660 lits¹⁸, mais déjà circule le chiffre global de 710 lits, objectif que souhaiterait atteindre à terme l'ARH. Ce document, resté confidentiel suscitera de nombreuses questions jusqu'à la création d'un groupe de travail animé par le DRASS Alsace à la demande du DARH. Ce groupe se réunira à plusieurs reprises au cours du premier semestre 2008 et comprendra des fonctionnaires des DDASS et DRASS, des représentants de l'assurance maladie, des médecins des conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, les gériatres des grands centres hospitaliers de la région (Strasbourg, Colmar et Mulhouse) ainsi que les fédérations (dont la FHF) et des personnes qualifiées. Il est à relever que jamais un membre de l'ARH ne prendra part aux débats.

Les échanges ont rapidement permis d'identifier les spécificités alsaciennes : taux d'évolution rapide du vieillissement de la population, nombre important d'hospitalo-requérants (1098 patients SMTI + M2 identifiés) au sein de la population accueillie par les USLD.

¹⁷ Enquête Nationale USLD 2006. Galaad - Synthèse des résultats Alsace Septembre 2006

¹⁸ Document interne ARH Alsace. Propositions de reconnaissance des lits en USLD à partir de l'étude Pathos.

Il est vrai que les chiffres disponibles appellent à la réflexion. Les coupes Pathos révèlent que certaines USLD n'abritent qu'une très faible fraction d'hospitalo-requérants (parfois 10 ou 13%), ce qui fait apparaître une inadéquation réelle entre la mission des services et la population accueillie.

Mais la présence de 1098 patients identifiés SMTI+M2 dans les USLD alsaciennes porte en tout état de cause l'indice régional à 9,2 lits requis d'USLD redéfinis pour 1000 habitants de plus de 75 ans. Là où l'objectif national proposé par la DHOS est de 6 lits pour 1000.

Or l'assurance maladie dispose déjà d'éléments complémentaires¹⁹ : les résultats des coupes PATHOS effectuées au sein de divers EHPAD dans le cadre des premiers renouvellements de conventions tripartites (Les premières conventions datant de 2002-2003 doivent être renouvelées au bout de 5 ans, soit en 2007-2008, afin de permettre le calcul de leur dotation soin suivant les nouvelles modalités de calcul).

Les premières coupes portant sur 3306 lits²⁰ permettent déjà de tirer des enseignements significatifs et identifient près 440 patients hospitalo-requérants (soit 13,3 % de SMTI + M2) dans les EHPAD ! Cette population toujours prise en charge au sein d'établissements pas toujours adaptés à l'augmentation importante des soins médico-techniques requis devrait trouver, au moins pour partie un débouché naturel en USLD, ce qui ne se fait pas à l'heure actuelle. Une projection sur l'ensemble des établissements de la région permet dès lors de formuler une simulation des hospitalo-requérants présents dans les EHPAD de la région.

Il y a bien entendu d'ores et déjà lieu un débat entre ceux qui préconisent le maintien en EHPAD des hospitalo-requérants (qui ne veulent plus d'un transfert en USLD d'un patient âgé très malade) et ceux qui à l'inverse évoquent l'inadaptation des EHPAD aux personnes nécessitant des soins médico-techniques lourds. L'enquête menée sur le terrain a fait rapidement apparaître le sentiment sur la question des uns et des autres. Mais les services de l'Etat ont déjà produit une partie de la réponse dans le cadre des inspections préventives relatives à la maltraitance, au travers desquelles il est enjoint aux établissements de maintenir en cours de convention leur GMP et en tout état de cause d'éviter d'alourdir le niveau moyen de prise en charge pesant sur les personnels, sujet de risque de maltraitance.

¹⁹ Etude du Docteur Ursula Descamps de la Direction Régionale du Service Médical Alsace-Moselle.

²⁰ Soit 39 EHPAD sur 187. Plusieurs EHPAD ayant de grandes capacités, les résultats portent sur 3306 patients alors que le total des personnes prises en charge en EHPAD est de 13059 au 01.01.2008 (Source DRASS Alsace)

Aussi, l'ensemble des données régionales a très rapidement permis au groupe de travail d'établir le nombre des hospitalo-requérants identifiés dans les structures d'hébergements (USLD + une partie des EHPAD) à environ 1388 personnes. Ce seul chiffre mis en rapport aux termes de la circulaire sur les USLD redéfinie imposait une réflexion renouvelée. Le DRASS Alsace, fort du travail mené par ses services et par les partenaires a souhaité réévaluer le nombre de lits imposé jusqu'alors par l'ARH à la hauteur de 710. Au mois de mars 2008 la position de l'ARH fut maintenue sans appel par une intervention du DAHR devant le groupe de travail précisant qu'il appliquerait de façon stricte la position de la DHOS sur le sujet, soit 6 lits pour 1000 habitants.

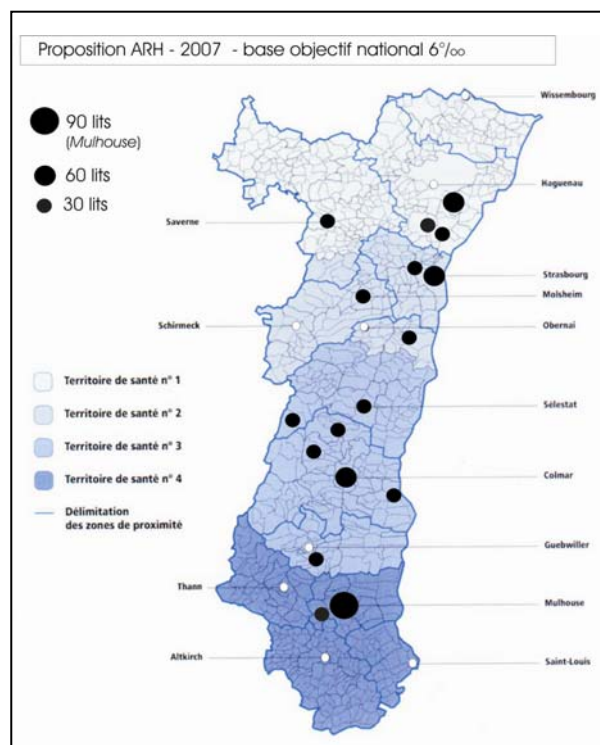
Cette position qui ne tenait même pas compte de l'évolution démographique et de la situation à la fin de la durée de validité du SROSS (2011) fut imposée au DRASS dès lors chargé de travailler avec son groupe de travail sur les implantations à retenir.

III. 2. 3. Et la filière de soins gériatrique ?

Cette réflexion allait tout particulièrement retenir mon attention en ce qu'elle éclairait de façon inattendue la notion de filière de soins gériatrique en Alsace. Les travaux menés au cours de deux réunions ont révélé une lecture pour le moins « administrative » du dossier. En quelques heures une carte des implantations a été retenue.

Affectés par la position de l'ARH les gériatres et les fédérations ont refusé de cautionner la partition proposée au sein du groupe de travail.

Retenons dans les grandes lignes que la redéfinition des USLD allait tout simplement conduire à transformer en lits d'EHPAD près de 2000 lits. Dans les faits, la grande majorité des hôpitaux locaux alsaciens allait perdre ses USLD. Les lits se trouvaient essentiellement recentrés dans les centres hospitaliers. Les petits établissements de proximité implantés dans les vallées vosgiennes et dans les secteurs isolés verraient tous transformer leurs lits en lits d'EHPAD.



Carte P. Burtscher sur fond cartographie ARH

La carte ci contre met en évidence des bassins de vie entiers ou aucun lit de long séjour ne sera mis à disposition des personnes âgées nécessitant des soins médico-techniques importants.

III. 2. 4. Les conséquences pour le territoire de santé 2, la zone de proximité Schirmeck-Molsheim et l'hôpital local de Molsheim

Si l'on étudie les conséquences pour le territoire de santé n°2, il apparaît que l'objectif de l'ARH aboutit à la transformation d'un grand nombre de lits.

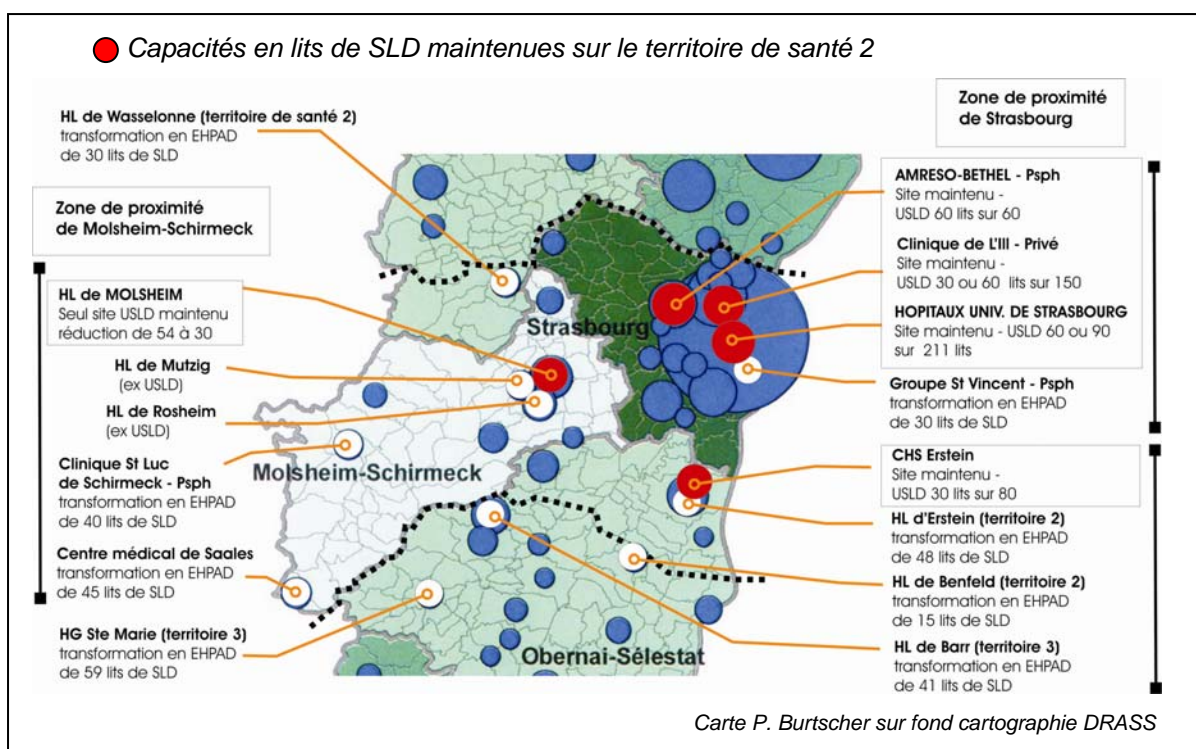
Capacités en lits du territoire de santé N°2	Capacités en 2006	Capacités en 2008	Objectif ARH 2008-11
Zone de strasbourg	585	451	120 (option 150)
Zone de Molsheim	139	139	30

- ✓ L'importante agglomération de Strasbourg (près de 500 000 habitants) ne conserverait que 120 lits (voire 150 maximum) sur 3 sites dont le CHU, un établissement PSPH et un privé lucratif.
- ✓ Sur la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck ne subsisteraient que 30 lits à l'HL de Molsheim (capacité réduite de 54 à 30).

Les HL voisins de Rosheim et Mutzig avaient déjà fait le choix de fusionner leurs lits d'USLD et d'EHPAD avant 2006.

La clinique PSPH de Schirmeck verrait ses lits transformés en EHPAD ainsi que le centre médical de Saales isolé en fond de vallée.

Ainsi, l'ensemble de la vallée de la Bruche et de la porte de la vallée ne peut compter que sur la seule capacité en USLD maintenue à Molsheim.



III. 2. 5. Quelle filière de soins gériatrique pour demain ?

Que penser de cette réforme, menée il est vrai avec beaucoup de facilité par l'ARH tant les acteurs des conférences de santé de territoire ont été absents de la réflexion et étrangers à la complexité du dossier. Nous en retiendrons le bilan : un millier de lits de SLD subsisteront sur 21 implantations à l'horizon 2011. 1098 lits pour 1388 patients SMTI+M2 d'ores et déjà identifiés en 2008, sans que les coupes PATHOS soient achevées dans les EHPAD et sans tenir compte des projections de la population pour 2011. Les gériatres et les responsables d'établissement ont multiplié les invitations à des négociations sur une base plus conforme à l'esprit de la circulaire qui bien qu'en fixant un seuil à 6 lits ‰ proposait la prise en compte des besoins sur la base des publics hospitalo-requérants et précisait même qu'il ne fallait descendre en dessous.

Des conséquences sur la filière de soins gériatrique ?

Il ne m'est pas étranger le fait que l'ARH²¹ rappelle que la formule de calcul demeure identique pour la dotation soins de l'USLD transformée en EHPAD et que ce dernier conserve l'ensemble de ses moyens financiers²². Dès lors, un EHPAD-ex-USLD devrait continuer à assurer le même niveau de prise en charge et prendre des personnes très dépendantes (GMP > 800).

La transformation des lits d'USLD est-elle réellement sans conséquences sur la prise en charge du patient ? Pour cela la position des gériatres se révèle utile ainsi que celle des gestionnaires d'établissements concernés par la redéfinition. Il découle des entretiens :

- Le passage du praticien hospitalier à la médecine de ville pour le patient.
(Il faut garder à l'esprit les termes de la circulaire rappelant le besoin d'un *suivi médical rapproché*, de la *permanence médicale*, etc...).
- La question de l'organisation spatiale : l'étude va révéler que les USLD sont véritablement des services sanitaires, le plus souvent des bâtiments linéaires, regroupant des chambres majoritairement à 2 lits autour d'un long couloir central.

Cette seule organisation spatiale pèse lourdement sur l'échéance de la transformation. Une USLD ne donne pas « naturellement » un EHPAD. Les locaux ne s'y prêtent guère et imposent des humanisations et restructurations, et ce, en fonction de la situation budgétaire des établissements, sur des échéances assez longues. Avant ce terme, qu'advient-il du résident ? « *Il faudra que ces résidents acceptent la chambre à deux lits tout en payant aussi cher que leurs voisins en chambre seule.* ».

- Se pose aussi la question de la fragilisation des établissements, essentiellement des HL pour lesquels le petit service de SSR devient le seul budget sanitaire.

²¹ Intervention du DAHR, mars 2008 au groupe de travail, échange avec le DRASS

²² Intervention du DAHR aux conférences de territoire, juin 2008.

Enfin, la question de la prise en charge reste entière : si le maintien des moyens garantit le même niveau de service pourquoi certains établissements ayant fusionné leurs lits avant 2008 ont vu leur GMP baisser, ainsi que leur PMP (parfois de manière significative) ? Les chiffres laissent à penser à certains acteurs « *que ces établissements ne jouent pas le jeu, et sont les grands gagnants de la réforme* », « *ils ne prennent plus les mêmes patients* ». Ils n'admettent apparemment plus les patients les plus lourds et ne constituent plus le débouché naturel pour une population de personnes âgées polypathologiques. « *On va retrouver ces patients dans les EHPAD voisins, souvent victimes de l'augmentation du PMP* ».

De l'aménagement du territoire

Au-delà de tous les aspects très techniques du dossier, je retiens de la démarche de l'ARH la méthode retenue pour l'implantation des USLD redéfinies : essentiellement recentrées sur les CH et en partie sur les CHS. Les USLD quittent les vallées vosgiennes, le plateau excentré de l'Alsace bossue, le sud de la région, et une grande partie des espaces ruraux compris entre deux centres hospitaliers. Patients et familles devraient maintenant accepter des trajets importants dans des secteurs dépourvus de bonnes communications transversales.

En 2008, près d'une trentaine de petits CH, de cliniques rurales et d'hôpitaux locaux alsaciens disposaient encore d'une USLD. D'autres USLD avaient déjà été transformées en EHPAD avant 2008 : plus d'une dizaine.

La réforme des USLD a concentré les USLD sur les CH et laisse bien peu d'implantations ailleurs. 5 HL de la région sont épargnés, mais au prix d'une diminution des capacités.

Au-delà de ce constat, il faudra retenir un fait majeur : la plupart des établissements ruraux étaient implantés dans les zones de montagne ou sur le piémont. Les USLD ne subsisteront plus qu'en plaine.

Ce dossier a pesé sur la réflexion des acteurs engagés dans la construction des filières en Alsace. Nombre d'entre eux n'y ont pas vu un signe positif pour l'avenir : « *que faut-il retenir de ce dossier ou l'on prive les habitants des zones retirées d'une offre de proximité ?* ». Il est vrai que ce dossier apporte un éclairage assez particulier sur l'attente des acteurs de la notion de filière, et en particulier celle des directeurs des établissements de proximité que sont les hôpitaux locaux.

III. 2 . 6. La filière gériatrique. Quelle plus-value pour les EHPAD ?

Cette question a été posée aux responsables d'EHPAD du territoire de santé N°2. Leurs attentes sont fortes, mais leur perception de la restructuration en cours reste floue. Peu d'entre eux affichent, au cours des entretiens, une connaissance réelle de la situation. Il s'avère que la réflexion sur la filière se traduit surtout par la rédaction d'une convention supplémentaire. La question de la plus-value reste donc plutôt théorique en l'état actuel des choses : elle est identifiée au cours des échanges comme résidant essentiellement dans les apports, réels ou désirés, des équipes mobiles et l'intervention possible des services d'HAD.

La redéfinition des USLD suscite en fait deux types de réactions : pour moitié les établissements déclarent « *que cela ne changera pas grand-chose, car nous essayons de garder jusqu'au bout nos résidents* » (EHPAD importants avec des GMP élevés, EHPAD très isolés,...). D'autres enfin, plutôt partisans du transfert en USLD lorsque la dépendance est trop lourde à porter (quelques petites structures avec GMP faibles, EHPAD très proches d'un HL) évoquent leurs craintes à l'idée que l'absence de lits dans leur zone puisse les pénaliser.

Mais ce n'est pas tant les questions de transferts ou non vers une USLD qui interrogent l'ensemble des acteurs (car les EHPAD gardent très majoritairement les résidents en fin de vie) mais celle des primo-admissions. Il n'est pas du tout certain que les EHPAD prendront facilement des personnes âgées de profil USLD quand les lits manqueront, surtout lorsqu'il s'agit de transferts de SSR.

III. 2. 7. Et la personne âgée ?

La place de la personne âgée et de sa famille est difficile à appréhender au cours d'une enquête qui n'a pas pour support d'entretiens avec ces dernières. Elle émerge toutefois d'entretiens divers qu'il est possible d'avoir en stage bien au-delà du cadre strict de l'étude. La grande dépendance est une importante source de difficultés pour une famille dans une zone rurale. Les structures de maintien à domicile sont plus rares dans les vallées vosgiennes et la prise en charge en établissement est souvent la seule alternative pour une famille. Le recours à un lit de long séjour reste difficile à obtenir et le seul service dans une vallée est celui de l'hôpital local. L'absence de lit conduit souvent à un choix difficile, le recours à un placement en institution hors du cadre de vie historique de la personne. Ainsi les CH gériatriques aux grandes capacités (CH de Bischwiller, CDRS de Colmar) recrutent-ils bien au-delà de leur commune ou bassin de vie. L'éloignement est source de rupture familiale et parfois de perte de chance. L'affaiblissement de la prise en charge gériatrique sanitaire en sera peut-être aussi une cause.



III. 3. Quelle place pour les hôpitaux locaux dans la filière.....



III. 3.1. Au cœur de la restructuration imposée du champ sanitaire

Au cœur de notre réflexion émerge d'ores et déjà les questions de notre hypothèse. La question centrale était celle du levier que peut constituer la filière pour l'action du directeur. La redéfinition des USLD et surtout la méthode employée interroge profondément le rôle de l'hôpital local. Il nous faut pourtant garder à l'esprit ce rôle tel qu'il était défini dans la circulaire relative à la filière gériatrique : l'hôpital local y est désigné comme le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques, intervenant en amont de la chaîne des soins mais aussi en aval en prenant en charge le patient au plus près de son domicile. L'hôpital local support de la consultation gériatrique avancée...

Qu'en est-il ?

Ce type de recomposition du champ sanitaire interroge donc pleinement la place de l'hôpital local. Quelle est maintenant la structure type de l'hôpital local alsacien ? Un établissement de 100 à 130 lits. Les seuls lits sanitaires restants sont ceux de petits services de SSR polyvalent : de 8 à 20 places au plus. Rares sont ceux qui ont développé un hôpital de jour. Si les moyens financiers devaient rester identiques, il n'en est pas de même pour l'organisation des soins. Les lits fusionnés fragilisent les hôpitaux locaux. Seuls les services de SSR permettent encore de financer un PH gériatre. Mais la petite taille des établissements ne permet dès lors plus de répondre aux besoins. Un unique PH ne peut assurer à lui seul une vraie couverture médicale. Le problème des gardes se pose. Le recours aux praticiens de ville et au 115 va se généraliser ce qui n'est pas sans poser d'importants problèmes dans les zones à dominante rurale. C'est par ailleurs déjà le cas dans plusieurs HL.

Les HL alsaciens n'ont eu d'autre alternative que d'accepter la restructuration imposée.

Quelle est maintenant leur place dans la filière ? Comment tenir ce rôle de premier maillon des soins hospitaliers de proximité, de consultation gériatrique avancée ?

III.4. Quelle stratégie pour demain ?

Dans ce contexte de restructuration hospitalière la question reste entière : l'hôpital local demeure la structure de proximité, et ce rôle est encore plus important lorsqu'on sort de la plaine alsacienne. C'est pourtant bien dans le cadre de ces filières gériatriques que l'établissement devra, demain, trouver une place. Cette place doit s'apprécier tant dans les moyens développés en interne pour répondre aux besoins du territoire que dans la recherche de coopérations avec des tiers pour mobiliser au mieux l'offre de soins en faveur des personnes âgées.

Sur ces deux points, quels sont les leviers que peuvent encore mobiliser les promoteurs sur le territoire, les directeurs de structures, les médecins ?

III. 4.1. Vers un renforcement de la mission d'établissement de proximité

Développer l'offre de service en interne ?

Récemment fragilisés, les établissements vont nécessairement chercher à se repositionner au sein de leur environnement. Pour certains, il est trop tard. Les ambitions de l'ARH pour le territoire sont ailleurs que dans le devenir de certaines structures... Et celle-ci n'apparaît pas fâchée de reverser dans le champ médico-social des établissements de petite taille²³. Dans certains cas, plus rares, la direction a fait ce choix elle-même.

La restructuration du champ sanitaire invite aussi au rapprochement de certaines structures (création de la communauté d'établissement de Sélestat, Obernai et Ste Marie-aux-Mines) ou à l'abandon de leur autonomie (rattachement de l'HL de Rouffach au CHS, celui de Turckheim au CRDS de Colmar).

Mais la question demeure pour le grand nombre...Beaucoup de petits HL sont assez isolés et, à ce jour, il n'existe aucun projet de rapprochement avec un établissement plus gros. A l'issue du débat sur les USLD et face au rejet attendu de leur CPOM par l'ARH, la position des directions apparaît souvent liée à la personnalité du directeur lui-même : plusieurs d'entre-eux apparaissent désabusés et évoquent leur départ à la retraite. D'autres sont dans la recherche active d'alternatives nouvelles.

Le débat sur la filière offre-il le levier indispensable pour rebondir ?

Il ressort des récents échanges que le débat se pose d'abord entre le basculement vers le champ médico-social et le maintien à tout prix dans le champ sanitaire. Il faudra sans doute que l'on puisse d'abord dépasser ces questions...

²³ L'hôpital local de Marckolsheim, mais aussi Turckheim n'ont plus d'hôpital que le nom.

III. 4. 2. Le secteur médico-social

Nous l'avons compris, la fusion des lits d'USLD et d'EHPAD ne laisse plus d'autre alternative à quelques structures que de basculer complètement dans le champ médico-social : c'est le cas d'hôpitaux locaux sans services de SSR et sans hôpital de jour. A proximité immédiate de Molsheim, l'HL de Mutzig est dans ce cas de figure. Le retrait de l'autorisation pour les 10 lits de SSR entraînera, de facto et sans possibilité de retour, le basculement. Il faut admettre aussi que certains établissements ne disposaient plus des ressources médicales nécessaires pour assurer le fonctionnement de leur service. L'HL de Mutzig, mais d'autres encore ont recours à la médecine de ville pour leurs lits de SSR, fonctionnement jugé peu satisfaisant par l'ARH.

III. 4. 3. Le maintien dans le champ sanitaire

En pratique, seuls deux types de services « sanitaires » sont identifiés au sein des HL : les services de SSR et les hôpitaux de jour. Aucun HL alsacien ne dispose de service de médecine – court séjour, services que l'on trouve encore au sein des petits CH.

▪ Les hôpitaux de jour gériatriques - HJG

Si l'on se réfère au volet personnes âgées révisé du SROS 2006/20011, le plan Solidarité Grand-Age a fixé un objectif de 0,5 places d'HJG pour 1000 personnes de plus de 75 ans à l'horizon 2012. Le total des places installées pour la région est actuellement de 149. En regard des projections pour 2012, l'ARH estime que « l'Alsace disposera d'ores et déjà d'un taux d'1,04 ‰ »²⁴. Quelques sites sont encore inscrits dans les CPOM et attendent leur ouverture : Saverne et Brumath. Parmi ses objectifs opérationnels, l'ARH affiche le désir que chaque territoire de santé dispose d'au moins deux consultations mémoire labellisées. Si l'on s'en réfère à l'application des textes : le dispositif alsacien répond d'ores et déjà aux objectifs nationaux. Les perspectives de développement sur ce point s'avèrent limitées, si ce n'est la recherche de la labellisation « consultation mémoire ».

▪ Le développement du SSR

La stratégie actuelle des hôpitaux locaux pourrait être celle d'une demande de création complémentaire de lits de SSR. Il est vrai que les SSR font l'objet d'une réflexion renouvelée et même d'un toilettage règlementaire récent. La circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière évoquait les SSR dans son annexe 5 et le fait qu'ils doivent répondre à certains critères dont offrir de 1000 à 2600 journées maximum pour 1000

²⁴ Les hôpitaux de jour psychogériatriques et gérontopsychiatriques ne sont pas recensés ici.

habitants de plus de 75 ans sur le territoire d'implantation. Le rapport Jeandel, Pfitzenmeyer et Vigouroux préconisait quant à lui de 3 à 8 lits ‰.

L'étude des capacités en lits de SSR montre que nombreux sont les hôpitaux locaux alsaciens à disposer en réalité de très petites unités, d'environ une dizaine de 10 lits. Sur le territoire de Santé 2, les HL de Rosheim et Mutzig ont chacun 10 lits. Seul Molsheim fait exception avec 30 lits. Enfin, sur les zones de proximité voisines on constate que l'HL de Wasselonne compte 15 lits, celui de Bouxwiller 8 lits, Sarre-Union 10 lits, Brumath 10 lits, Erstein 7 lits, Barr 15 lits, Benfeld 10 lits.

A ce titre, l'ARH Alsace a estimé viable une activité d'un niveau de 20 lits au moins, ce qui suppose aussi une restructuration du secteur, à mener lorsque le dossier des USLD aura été conduit à son terme.



III. 4. 4. La redéfinition des SSR

Deux décrets de parution très récente – Avril 2008 – viennent apporter des éléments nouveaux à leur fonctionnement.

- ✓ Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- ✓ Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Les deux décrets viennent très clairement redéfinir la notion de SSR. L'activité elle-même demeure la prévention ou la réduction des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et la promotion de leur réadaptation et de leur réinsertion.

En revanche, l'autorisation de SSR doit mentionner : 1°) si l'établissement prend en charge des enfants ou adolescents, 2°) si il assure une prise en charge spécialisée.

A cette fin, le décret 2008-377 liste 9 catégories d'affections (de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, du système digestif métabolique et endocrinien, onco-hématologiques, des brûlés, des conduites addictives et enfin ***affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance***).

Le décret 2008-376 définit dans son paragraphe 1 les grandes lignes l'organisation médicale et paramédicale requise, l'organisation des locaux, les moyens et les coopérations nécessaires. Les paragraphes 2 à 12 donnent quant à eux les conditions particulières à ces prises en charge spécialisées.

Il nous faut retenir de ces deux décrets une clarification certaine. En Alsace, nombreux sont les établissements de santé (souvent privés) dont l'activité dominante était la prise en charge d'une affection particulière. Il s'agit d'établissements souvent implantés en zone de montagne car historiquement dédiés à la convalescence ou à la cure. Il résulte de cet héritage historique une implantation inégalement répartie sur l'ensemble du territoire alsacien. Les efforts en matière de planification avaient déjà tenté de corriger cet état de fait en vue de faire « *descendre les SSR des montagnes et les ramener en milieu urbain* ».

Au-delà de ces établissements spécialisés, le SSR demeure le plus souvent la dernière activité sanitaire des petits hôpitaux locaux publics.

Ce qu'il nous faut en définitive retenir ici pour notre sujet, la notion de filière de soins gériatrique, c'est que l'activité de SSR est reprécisée. Une distinction est faite entre les SSR polyvalents et les SSR spécialisés, et parmi ces derniers le « SSR gériatrique », défini comme étant la *prise en charge des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance*.

La notion de SSR gériatrique - SSRG - est plus ancienne que celle donnée par ce décret. Des SSR prenant en charge exclusivement des personnes âgées existent le plus souvent au cœur des pôles gériatriques des grands centres hospitaliers. C'est le cas sur le territoire de santé 2 aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Les SSR des hôpitaux locaux de la région Alsace, bien qu'ils accueillent majoritairement des patients âgés demeurent des SSR polyvalents.

A la question de savoir si l'on est, où l'on va devenir SSRG ou SSR polyvalent, n'est pas encore abordée par des circulaires. La région Ile de France a testé un algorithme et étudié l'activité des établissements de santé. Il apparaîtrait qu'une activité liée à la prise en charge de la personne âgée polypathologique supérieure à 70 % permettrait de solliciter l'autorisation de SSRG.

En pratique l'étude des données PMSI de l'hôpital local de Molsheim permet d'identifier une activité de ce type. Il pourrait en être de même dans les hôpitaux locaux voisins.

III. 4. 5. Vers un renforcement de la mission d'établissement de proximité

Développer les relations avec les tiers

Ce n'est pas dans la seule recherche de l'accroissement de l'offre de soins en interne qu'il faille bien entendu interpréter la notion de filière gériatrique. La filière est aussi et surtout un mode d'organisation structuré de l'offre de soins sur un territoire.

Les mesures proposées par le plan Solidarité Grand-Age et la circulaire de 2007 visent : « à la structuration territoriale de l'offre de prise en charge des patients âgés grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les EHPAD²⁵ ». Une filière « s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation ». Les outils en sont les conventions de coopérations entre établissements, intégrant les EHPAD. « Les réseaux de santé personnes âgées peuvent aussi venir très utilement compléter l'organisation territoriale en filière et favoriser la mise en place d'une réelle coordination des professionnels ».

III. 4. 5. 1. Les coopérations entre établissements

Ces points particuliers ont été pris en compte dans notre étude : une série de questions a porté sur les coopérations entre établissements et il a été possible de constater que dans l'ensemble de nombreuses conventions existent entre les différentes catégories de structures. Enfin une convention entre établissements de Santé et EHPAD est à l'étude et en cours de rédaction sous l'égide de la DRASS Alsace.

Ces conventions peuvent être considérées comme des outils formels qui ne garantissent pas pour autant que ces coopérations soient efficaces et « vivent ». Nous avons vu que les relations entre le CHU et les petits établissements sont aussi assujetties au fonctionnement des services de soins ou à ceux de certains praticiens hospitaliers.

Il n'en ressort pas moins que ces coopérations existent et produisent de l'effet quand elles sont activées avec pertinence entre les co-contractants.

III. 4. 5. 2. Les réseaux de santé personnes âgées

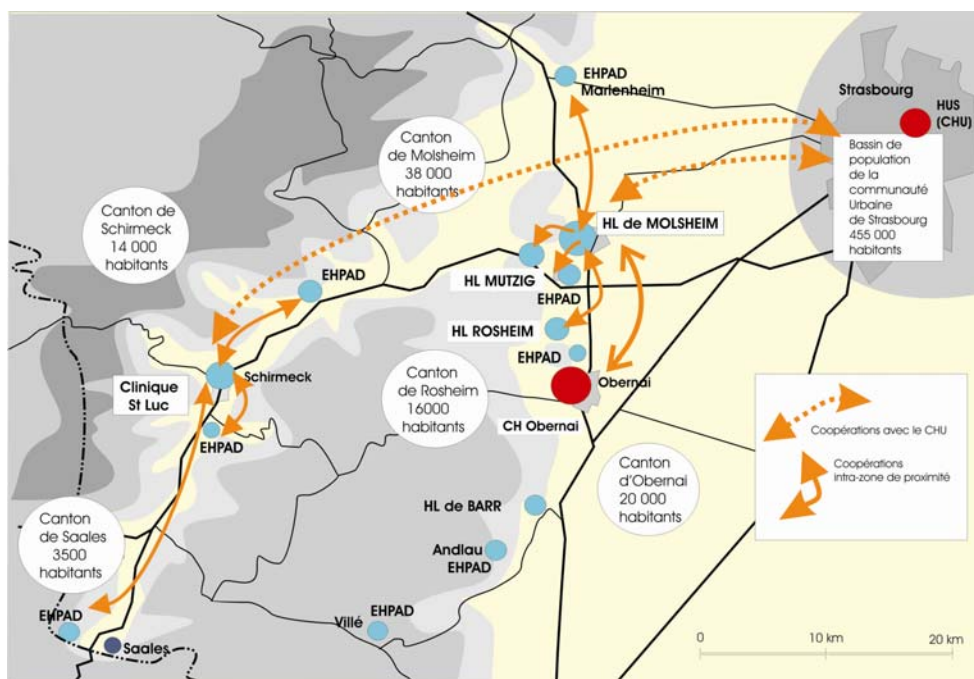
Cette question sera rapidement traitée. Il n'existe à ce jour qu'un seul réseau de santé PA actif identifié en Alsace²⁶. Le *Réso' Bruche*. Ce dernier est implanté sur la zone de proximité de Molsheim-Schirmeck. Nous y reviendrons.

²⁵ Circulaire DHOS/02/ 2007/117 du 28 mars 2007

²⁶ Groupe de travail PA du SROS

III. 5. Quelle filière dans la zone de proximité Molsheim –Schirmeck ?

L'ensemble des éléments recueillis ci-dessus nous a d'ores et déjà permis de situer l'offre de soins dans zone de proximité de Molsheim-Schirmeck. La zone est nettement caractérisée par une longue vallée sans relations transversales et un piémont densément peuplé. Deux « pôles » en émergent : dans la vallée, la clinique St Luc entourée de quelques établissements médico-sociaux épars, et à la porte de la vallée le groupe d'établissements constitué par les HL de Molsheim, Mutzig et Rosheim, entourés par divers EHPAD (Bischoffsheim, Dorlisheim,...)



Les
coopérations
sur la zone de
Proximité

Cartographie P.
BURTSCHER

Le devenir du site de Mutzig est incertain. Son SSR fonctionnant avec la médecine de ville est aujourd'hui remis en cause. L'ARH a même suscité une réflexion sur le rapprochement des HL de Molsheim et de Mutzig. Cet HL va basculer dans le champ médico-social. Son voisin de Rosheim devrait passer à 20 lits de SSR. Il a déjà fusionné ses lits d'USLD. Molsheim reste donc un établissement important encore pourvu de divers types de lits sanitaires : SSR, USLD et HJG.

Autour de Molsheim se trouvent quelques EHPAD publics et privés. Certains disposent d'une unité Alzheimer et d'un accueil de jour Alzheimer (Marlenheim et Dorlisheim).

Enfin, le seul réseau gériatrique de la région se trouve sur la zone, le **réso' Bruche**.

Aussi la zone dispose à priori d'un certain nombre d'atouts :

- ✓ la proximité des HUS et leur important plateau technique
- ✓ une palette diversifiée de services pour la filière : Médecine, SSR, USLD, HJG
- ✓ une offre d'hébergement complémentaire (EHPAD) et diversifiée (accueil de jour, unité Alzheimer) et de prise en charge à domicile (SSIAD et Réseau)

Mais souffre aussi de sa réalité géographique et de certaines faiblesses :

- ✓ distances entre établissements
- ✓ bassins de vie très différenciés entre vallée et piémont
- ✓ coopérations encore embryonnaires
- ✓ fragilisation des hôpitaux locaux
- ✓ stratégie des acteurs

III. 6. Quelle stratégie pour l'hôpital local de Molsheim

Ce constat place l'HL de Molsheim dans une situation particulière. Molsheim offre dès à présent une palette d'activité assez complète sur le champ de la prise en charge de la personne âgée : SSR, USLD, EHPAD, Hôpital de jour et SSIAD.

Cette situation plutôt favorable n'est en rien comparable à celle des hôpitaux locaux voisins maintenant dans l'attente de la transformation de leurs lits : Mutzig, Wasselonne, Bouxwiller, Barr, Benfeld, etc...

L'hôpital local de Molsheim, de part sa stratégie récente se trouve de facto placé dans une situation qui le met en devoir de trouver une place nouvelle dans l'offre de soins du territoire. Une situation qui fait de lui un acteur possible d'une filière de soins gériatrique. Mais cette place reste à chercher, à prendre, car l'hôpital n'est pas « naturellement » inscrit dans une quelconque stratégie de l'ARH. Les échanges avec les acteurs de la planification sanitaire ne m'ont pas permis à ce jour d'identifier un rôle particulier pour cet établissement.

Un certain nombre de maillons de la filière de soins gériatrique sont d'ores et déjà présents sur le site. Les services manquants sont à chercher au sein de coopérations sur le territoire de santé (les HUS à Strasbourg, voir le CH d'Obernai) ou sur la zone de proximité (St Luc à Schirmeck). Mais cette opportunité offerte par le maillage en filière doit encore être saisie et en particulier étayée par une étude des besoins complémentaire. L'HL de Molsheim est un véritable établissement de proximité, inscrit dans un bassin de vie très peuplé pour lequel, nous l'avons vu, les indicateurs indiquent une croissance plus élevée qu'ailleurs du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dans les décennies à venir, et dont les besoins de soins et de prise en charge restent élevés.

III. 6. 1. Quelques pistes de réflexions et préconisations

III. 6. 1. 1. Dépasser les faiblesses

La transformation d'ici quelques mois de 24 lits d'USLD en EHPAD fait aujourd'hui peser des incertitudes sur l'activité, bien que les incidences soit ici surtout pratiques et ne remettent pas vraiment en cause les orientations générales de l'établissement.

Dans les faits, Molsheim devrait bien être le seul site à conserver des lits de soins de longue durée sur la zone de proximité, ce qui ne fait que renforcer son activité sanitaire.

Les évènements récents ont pourtant clairement illustré les conséquences possibles d'une restructuration de l'offre de soins. Ceci pose sans ambiguïté possible la nécessité d'une stratégie claire, indispensable pour l'établissement.

On doit à son directeur actuel une vision stratégique réelle qui lui a permis de développer en quelques années ce site avec la création de l'hôpital de jour et d'un SSIAD. Molsheim va se doter sous peu d'un nouveau bâtiment permettant le transfert sur un site neuf de 60 lits d'EHPAD et la création (sur la capacité actuelle) d'une unité d'Alzheimer.

Cette politique a su donner de vraies perspectives à cet établissement pourtant sujet à des vraies faiblesses :

- ✓ un ensemble immobilier vieillissant, peu attrayant, soumis à des contraintes (protection d'une partie des bâtiments au titre des monuments historiques, implantation de centre-ville)
- ✓ le manque de foncier sur le site de l'hôpital pour envisager une meilleure distribution des services

III. 6. 1. 2. ...pour s'inscrire dans une filière

Si la direction s'est battue pour le maintien de sa capacité de lits de SLD, ceci s'explique surtout par le désir de conserver cet ancrage sanitaire au bénéfice des personnes âgées dépendantes du bassin de vie.

L'HL de Molsheim peut être au terme de la réforme en cours l'établissement identifié comme support d'une activité sanitaire en direction des personnes âgées.

Il deviendrait ainsi une pierre angulaire d'une filière de soins gériatriques dans le territoire de santé et de toute évidence support de l'activité de soins gériatriques dans sa zone de proximité.

III. 6. 1. 3. Un renforcement de l'activité sanitaire : le SSRG

La transformation de 24 lits d'USLD en EHPAD ouvre l'opportunité d'une nouvelle négociation avec l'ARH et la recherche d'une offre accrue sur le plan de la prise en charge sanitaire de la personne âgée.

Nous avons vu que l'actualité sanitaire et le toilettage du SSR offre une nouvelle piste de réflexion. Ne faudrait-il pas chercher à identifier les besoins réels en SSR sur le territoire et plus particulièrement à ouvrir une réflexion renouvelée sur la notion de SSRG ?

Le SSR de Molsheim est à ce jour un SSR polyvalent « à vocation gériatrique ». La refonte en cours du SSR invite à travailler autour de cette notion. Les deux récents décrets définissent plus nettement ce qu'est et comment doit fonctionner un SSR, ils ouvrent la voie à la reconnaissance de l'activité gériatrique.

Quels sont les atouts de l'établissement :

- ✓ un service de SSR existant de 30 lits
- ✓ des locaux existants et rénovés (le service de long séjour à transformer en EHPAD offre un plateau d'implantation propice à une extension du SSR)
- ✓ une équipe : 3 praticiens hospitaliers gériatres assurent la permanence des soins. De plus, les compétences associées existent déjà en interne : kinésithérapeute, psychologue, neuropsychologue mais aussi infirmière hygiéniste, assistance sociale et diététicienne.
- ✓ des coopérations formalisées avec les HUS, le CH d'Obernai, le CHS, mais aussi le recours à un plateau technique de proximité d'imagerie et de biologie et l'accès à une pharmacie à usage interne inter-hospitalière à compter de 2009 dans le cadre d'un GCS.
- ✓ une inscription dans le réseau gérontologique et un réseau de soins palliatifs.

Des besoins identifiés :

Nous avons vu que la zone de recrutement de Molsheim s'étend sur les cantons de Molsheim et Schirmeck²⁷, en fait une zone assez large aussi identifiée sous la forme d'un pays : le *pays Bruche Mossig Piémont*.

Les données relatives à cette entité géographique font apparaître une population de 129 935 habitants dont 8 337 sont âgés de 75 ans ou plus en 1999²⁸. Les estimations projetées sur cette tranche de population la porterait à 10 838 personnes à l'horizon 2010. Une hypothèse de travail basée sur la circulaire relative à la filière évoquant au minimum 1000 et au maximum de 2600 journées d'hospitalisation en SSR pour 1000 personnes de 75 ans et plus, place les besoins dans une fourchette de 8 337 à 21 676 journées (base 1999) soit de **27 à 70 lits** si l'on prend en compte un taux d'occupation de 85 %. Si notre base intègre les projections démographiques à fin de SROS (2010-2011), les besoins se hissent à une fourchette de 10 838 à 28 179 journées, soit de **41 à 90 lits**. En tout état de cause, il est possible de cerner des besoins potentiels à hauteur d'au moins 70 lits si l'on tient compte des besoins de soins de la population actuelle.

Cette hypothèse de travail placerait les besoins à court terme de la population du pays à un niveau auxquels les moyens actuels ne permettront de répondre. Notre étude a permis de relever une capacité existante de 50 lits, qu'il faudrait donc relever d'une vingtaine de lits au moins. L'hôpital local de Molsheim pourrait aujourd'hui prétendre à relever ce défi. Une raison peut toutefois s'opposer à ce type de demande, à juste titre, c'est celle de l'implantation géographique et la concentration des moyens sur le piémont au détriment de la vallée. Dans ce cas, seul St Luc pourrait prétendre à ces moyens, au moins en partie.

Un SSRG ?

L'identification d'un SSR véritablement gériatrique est une réponse aux besoins du territoire. La simulation menée sur la région Ile de France avec la construction d'un algorithme permet de placer l'activité du SSR de Molsheim dans le champ d'un SSRG (activité au profit d'au moins 70% de personnes âgées polypathologiques). Une réflexion sur la partition de l'activité et donc de l'autorisation pourrait faire aboutir un projet intermédiaire avec 20 lits de SSR polyvalent et 20 lits de SSRG. Avec cette reconnaissance de l'activité de SSRG, couplée ou non au maintien de lits de SSR polyvalent, Molsheim entrerait dans une dynamique plus marquée encore de son activité en faveur des personnes âgées.

²⁷ Activité PMSI du service

²⁸ Source OMPHALE - INSEE

III. 6. 1. 4. Un renforcement de l'activité gériatrique

- **Affiner la reconnaissance de prises en charge spécifiques**

Répondre aux besoins du territoire en matière de proximité, c'est aussi permettre à la population de trouver à Molsheim des services qui n'y existent pas encore, comme des lits de soins palliatifs. Ces *lits identifiés de soins palliatifs* – LISP – sont l'exemple même d'un besoin local qui s'inscrit dans une nécessité de coopération avec des tiers dont une équipe mobile de soins palliatifs et un réseau. Ces moyens existent, il faut les mobiliser, mais encore faut-il pouvoir bénéficier des moyens nécessaires complémentaires pour assurer une vraie prise en charge de proximité à l'hôpital local.

Un appel à projet pour l'ouverture de lits identifiés de soins palliatifs a été lancé par l'ARH en janvier 2008. Les directions de Molsheim et Rosheim se sont entendues pour élaborer un projet commun de demande visant à identifier 4 lits au total sur les deux sites : 2 à Rosheim (au sein du SSR) et 2 à Molsheim.

- **Vers un accroissement de la qualification sur le plan gériatrique et gérontologique...**

Le corps médical de l'HL (aujourd'hui 4 praticiens hospitaliers) est qualifié en gériatrie. Les médecins ont tous la capacité de gériatrie.

Une politique volontaire de formation cherche aussi à accroître les qualifications des IDE et l'établissement a ouvert la formation de ses infirmières aux diplômes universitaires. En 2008, trois IDE sont en formation à l'Université Louis Pasteur, deux en DU de gérontologie générale et une en DU douleur.

Cette politique de formation gagne à être encore étendue : il est possible avec des personnels qualifiés et sensibilisés à tous les besoins de la personne âgée de « *pratiquer à Molsheim une gériatrie d'excellence* » concède le professeur Berthel, PHU aux HUS.

- **...soutenue par une vraie démarche qualité !**

Une prise en charge de qualité de la personne âgée passe par les moyens matériels et humains mais aussi par une qualification et une formation adéquate. Il n'y aura de valeur ajoutée qu'à la condition d'une démarche qualité soutenue et volontariste. L'hôpital entre dans la certification et cette démarche conduite sur 2008-2009 doit aussi être source d'amélioration de la qualité des soins. Les modules d'évaluation des pratiques professionnelles récemment choisis devraient y contribuer. Mais j'insiste personnellement sur le cadre élargi de la démarche qualité : les services médico-sociaux doivent y être absolument intégrés. C'est le cas aujourd'hui du SSIAD qui s'est lancé dans une démarche d'auto-évaluation performante sous la conduite de son cadre. L'EHPAD (140 lits) doit lui aussi bénéficier de ce mouvement. Une auto-évaluation a été lancée pendant

ma période de stage avec pour ambition la prise de conscience des équipes des évolutions législatives et sociétales (Loi de 2002-2) pour une amélioration continue de la prise en charge. Il faut accompagner ce mouvement de travaux d'humanisation. Ce qui est aujourd'hui en cours. L'hôpital local peut demeurer un établissement sanitaire mais sa vocation et son rôle gagneront pleinement de l'évolution de son secteur médico-social.

III. 6. 1. 5. Un renforcement de l'inscription dans le territoire

Il faut bien admettre que les établissements de cette zone de proximité gagneraient à renforcer leurs relations. Celles-ci existent, sont bien entendu formalisées mais peuvent encore évoluer. Une meilleure synergie reste sans doute à construire. Cette réflexion est aussi valable pour les EHPAD souvent isolés. Si Molsheim et Rosheim élaborent des projets communs, partagent déjà des compétences, si un GCS va permettre aux établissements de bénéficier d'une PUI, il est sans doute possible d'aller au-delà.

Cette réflexion s'étend aussi aux réseaux. Le réseau gérontologique local est déjà le lieu d'un travail avec les libéraux, mais les cultures professionnelles des uns et des autres sont encore trop prégnantes. En fait, l'hôpital de jour permet aujourd'hui des échanges plus soutenus avec des EHPAD voisins grâce à ses conventions, le SSIAD ouvre l'action sur le champ du maintien à domicile, mais on sent que les corporatismes perdurent.

La filière gériatrique et la coordination gérontologique menée par le Conseil Général sont véritablement des outils qui invitent à dépasser les cloisonnements. Ces dispositifs doivent gagner en lisibilité, en adhésion et ce par une communication plus claire.

Fort de ces atouts, adossé à une expertise fine des besoins de la zone de proximité, l'hôpital local de Molsheim doit chercher à saisir l'opportunité offerte par la réflexion en cours sur la filière. La partition des lits d'USLD est une étape difficile à franchir tant elle pèse sur l'organisation de l'établissement et nécessite le recours à des tranches supplémentaires de travaux. Mais l'ancrage sanitaire est à ce jour la garantie de conserver les moyens et l'attractivité nécessaire pour disposer des personnels qualifiés dont une équipe de praticiens hospitaliers gériatres. Cet encadrement médical, doublé de personnels paramédicaux dont on recherchera une qualification encore plus poussée sur la prise en charge de la personne âgée seront les leviers nécessaires pour cette « gériatre d'excellence » à laquelle aspire le professeur Berthel. Il est évident qu'elle n'est plus possible partout dans la région et ceux qui habitent dans les bassins de vie les plus excentrés en seront peut-être les victimes. Il faudra aussi que Molsheim, Schirmeck et les EHPAD de la vallée affermissent encore leurs liens, avec les libéraux, pour chaque personne âgée tenue de recourir à un établissement puisse y trouver la qualité des soins et de la prise en charge à laquelle le législateur nous convie.

Conclusion

Ce travail sur les filières de soins gériatriques m'a sans aucun doute permis l'accès à des dimensions nouvelles du métier de directeur d'établissement, ouvert des fenêtres sur l'action des services chargés de planifier l'organisation des soins. Il a été pour moi une importante source d'enrichissement.

La confrontation de la volonté du législateur avec les réalités des territoires de santé en Alsace a été un exercice difficile, tant est complexe le champ sanitaire et médico-social.

J'ai découvert et tenté de comprendre la notion de filière de soins gériatrique et l'ai opposée à tous ceux que j'ai pu rencontrer au cours des mois passés. Nombreux sont ceux qui n'ont pas partagé mon enthousiasme pour cette question. Il faut admettre que cette notion de filière que l'on apprécie déjà dans les rapports et les bilans peine pourtant à se mettre en place sur le terrain. Elle est encore bien peu perceptible pour nombre des acteurs questionnés. L'actualité récente et l'épineux dossier de la partition des USLD a échauffé les esprits et engendré de l'animosité et de l'incompréhension, mais aussi, il faut l'avouer, bien de l'indifférence.

Il est pourtant nécessaire que se crée la synergie voulue par le législateur car ce travail m'a permis de comprendre que l'accès au soins et à une prise en charge gériatrique de qualité est loin d'être acquise pour tous et qu'il règne de profondes inégalités selon que l'on réside dans le massif vosgien, en Alsace Bossue ou dans des bassins de vie comme Haguenau ou Strasbourg.

Le DU de Gérontologie Générale a été pour cela un autre révélateur. Car la pratique d'une gériatrie de qualité existe. Elle est source de vie pour ceux qui peuvent en bénéficier quand le grand-âge imprime sa marque sur le corps et l'esprit.

Aussi la filière de soins gériatrique constitue t'elle une opportunité réelle de repenser l'organisation des soins en faveur des personnes âgées. Mais je formulais aussi l'hypothèse qu'elle soit un fort levier d'action pour le directeur de l'hôpital local, cet établissement de proximité, implanté dans son bassin de vie.

Cette étude m'a montré les limites sur le terrain d'une organisation aussi ambitieuse. Et permis de mesurer les écarts de perception entre acteurs du système de santé et de prise en charge médico-sociale. Mon hypothèse a bien été infirmée par la situation de nombre d'établissements locaux aujourd'hui fragilisés. Ils ne bénéficieront pas de ce levier. D'autres le pourront et l'hôpital local de Molsheim dont j'ai cherché à analyser les atouts en fait sans aucun doute partie.

En revanche, et c'est peut-être là où l'hypothèse prend encore du sens, c'est qu'il existe encore des axes de progrès qu'une filière peut proposer : tous gagneront à entrer plus avant dans des modes opératoires transversaux plus dynamiques. Ce travail m'a montré qu'il subsistait encore bon nombre de freins et de cloisonnements.

Ce levier ne réside pas tant dans l'amélioration, de l'accroissement de l'offre de soins en interne que dans la recherche de formation, de développement de la qualité et de relations avec les tiers pour y aboutir. Car l'étude m'a aussi permis de découvrir que des expériences intéressantes en matière de soins ou de prise en charge sont menées un peu partout en Alsace tant au sein de structures sanitaires que médico-sociales. Parfois l'action individuelle de praticiens libéraux émerge aussi.

Ainsi, c'est au sein de relations plus élaborées que l'ensemble des acteurs d'une filière peut trouver chez les autres ce qui lui manque en vue de contribuer à ce que la culture de soins gériatrique se diffuse encore plus largement, et ceci en faveur de ceux qui doivent en rester les vrais bénéficiaires, les personnes âgées dépendantes.

Bibliographie

1 - Textes législatifs et réglementaires et plans ministériels

- Loi N°2002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
- Circulaire DHOS/O2/ 2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Circulaire n°2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
- Circulaire n°2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile
- Décret n°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les EHPAD
- Circulaire n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital public
- Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Circulaire MARTHE/DAS/DH n°99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des USLD et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérées par des établissements de santé.
- Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n°2006-212 du 15 mai 2006 concernant les USLD
- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA du 10 mai 2007 concernant les USLD
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/n°2002/222 du 16 avril 2004 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.
- Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

- *Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées* – Octobre 2001.
- *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007*
- *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005* présenté par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé et Paulette Guinchard-Kunstler secrétaire d'état aux personnes âgées - 20 mars 2002
- *Plan Solidarité Grand-Age* présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 Juin 2006.

2 - Ouvrages et rapports

- JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe
Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, 2006, 54 pages
- ROUSSEAU Anne-Chantal, BASTIANELLI Jean-Paul, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins.* Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2005, 192 pages
- Rapport Larcher sur les missions de l'hôpital

3 – Revues

- VETEL J.M. *La place des personnes très âgées à l'hôpital et Quel avenir pour le long séjour* , LEROUX R. *Une histoire de la gériatrie française*, VETEL J.M., LEROUX R., DUCOUDRAY J.M., *Redéfinitions des missions du long séjour. Hospitalo-recquérance au long cours.*
La revue de gériatrie. Tome 24 n°6 – Juin 1999 – pp. 429-480, et 491-493.
- FOURNIER P. *Réseaux et coordination. La collaboration ville-hôpital. De la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile.* GERONTOLOGIE ET SOCIETE. 2002/03, pp. 131-145.
- SYBILLINE CHASSAT-PHILIPPE *Les soins de suite et de réadaptation sur la voie de la recomposition.* TSA Hebdo, 25 avril 2008

- PAQUET Michel, REVEL Myriam, KUNTZMANN Francis, MARTINEZ Michel, LEDUC Florence, BOUCHARD Frédérique, DESPATURE Marie-Laure. Hôpital Expo-Intermédiaca 2002. *Filières gériatriques et coordination gérontologique*. Assises du secteur social et médico-social. Colloque *les personnes âgées, trait d'union entre sanitaire et social*.
Revue hospitalière de France, n°485 Mars-Avril 2002 – pp 96-101.
- JEANDEL C., VIGOUROUX P. *La filière de soins gériatrique : un élément clé du "programme pour la gériatrie"*. L'année gérontologique. Volume 21. 2007.

4 – Autres documents

- ARH Alsace – *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 / 2011*
- ARH Alsace – *SROS 2006 / 2011- Volet prise en charge des personnes âgées*
- ARH Alsace – *SROSS III – Révision des objectifs quantifiés de l'offre de soins –* Novembre 2007
- CRAM Alsace-Moselle / GALAAD – *Enquête nationale USLD 2006 – Synthèse des résultats Bas-Rhin*. 15 juin 2006.
- Dr URSULA DESCAMPS. *Les USLD en Alsace. Résultats des coupes Pathos 2006*. DRSM Alsace – Moselle.
- *Note d'information. Réforme des USLD – Année 2008* - FHF

5 – Mémoires

- NEMITZ Bergamote. *La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*. Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes. Mémoire de Directeur d'Hôpital, 2006, 89+VIIp.
- MILLINIER Claire. *Vieillesse et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital. L'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier de Landerneau*. Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes. Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 2005, 82+XXVIp.
- LABRO-GOUBY Frédérique. *La mise en place d'une filière gériatrique aux Hôpitaux Civils de Colmar. Illustration de la complémentarité des politiques sanitaires et médico-sociales sur un territoire de santé*. Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes. Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 2003, 83p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE :

Questionnaire à l'attention des directeurs, responsables, cadres d'établissements, de services sanitaires ou médico-sociaux.

Caractéristiques générales de l'établissement ou du service

- ✓ Type d'établissement (public, privé non lucratif, lucratif...)
(CH, HL, EHPAD,.....)
- ✓ Activité et autorisations (*description rapide de l'activité à dominante gériatrique: médecine, SSR, HJ, EMSG, EMSP, USLD, EHPAD...*)
(Nombre de lits et places,.....)
- ✓ Public accueilli ou pris en charge

Place de l'établissement dans son environnement

- ✓ *Votre implantation, description très sommaire (aspects géographiques et démographiques connus)*
- ✓ *Bassin de vie, territoire de santé, zone de proximité*
- ✓ *Etablissement hospitalier de référence, établissements voisins,...*

Perception de la filière gériatrique

- Place dans la filière gériatrique, *questions générales*

- ✓ *Quelle est votre perception du dispositif que représente la filière gériatrique ?*
Perception théorique (aspect réglementaire) et pratique
- ✓ *Où en est-on de l'organisation en filière sur votre territoire ?*
Si la perception reste théorique, permet-elle de répondre à :
- ✓ *Quelle est votre place souhaitée ou attendue dans une filière ?*
- ✓ *Qu'attendez vous concrètement de la filière au sein de votre territoire ?*

Si l'établissement est inscrit ou n'est pas inscrit dans une filière, on aborde les points techniques suivants :

L'organisation en filière, relations avec des tiers

- Liens avec les établissements dans une logique de filière, *questions techniques*
 - ✓ *Avez-vous formalisés vos relations avec des tiers ?*
 - ✓ *Avez-vous signé des conventions, à quelle date ?*
 - Convention avec un établissement de santé
 - convention avec un service d'urgences
 - convention avec un centre hospitalier spécialisé
 - convention avec un hôpital de jour, un centre mémoire, un CMRR
 - convention avec un service d'HAD
 - convention avec des équipes mobiles (soins gériatriques, palliatifs)

Liens formalisés ou non, réalité du fonctionnement

- ✓ *La convention signée donne-t-elle satisfaction ?*
- ✓ *Si oui, qu'a-t-elle apporté à l'établissement, au service, aux patients ?*
- ✓ *Si non, pourquoi. Quels sont les dysfonctionnements, les obstacles*
- ✓ *Que peut-on ou doit-on améliorer ?*
- ✓

L'organisation en filière, aspects techniques

- ✓ *La question de la filière a-t-elle fait l'objet d'échanges avec les « tutelles » ?*
- ✓ *Est-elle contractualisée (CPOM, etc...) ?*

Le recours aux tiers

- ✓ *Que pouvez vous me dire de vos relations avec le ou les services d'amont ou d'aval auxquels vous faites (ou non) appel ?*
- ✓ *Que pouvez vous me dire en particulier de votre recours (ou non) à des services comme l'EMSG, EMSP de votre territoire de santé, de vos rapports avec les services de médecine gériatrique, SSR ou HJ de votre zone de proximité ?*

La filière, valeur ajoutée

- *Quelle est selon vous la valeur ajoutée apportée par l'organisation en filière ?*
- *Quels sont les obstacles à cette valeur ajoutée ?*
- *Que peut-on faire pour y remédier ?*
- *Comment traduire les effets de cette organisation dans l'amélioration de la qualité de prise en charge et de soins, de confort, de qualité de vie pour le résident ?*
- *Quel est le bénéfice réel, aujourd'hui, pour votre résident ?*
- *Qu'avez-vous envie d'ajouter à notre échange ?*