



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

Date du jury : décembre 2000

---

**L'ADAPTATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT D'UN  
HOPITAL A L'EVOLUTION DES CONTRAINTES  
LEGISLATIVES.**

**L'HOPITAL RENE MURET- BIGOTTINI FACE A LA  
REFORME DE LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS  
HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES :  
ADAPTATION DU PROJET DE SOINS ET DE VIE.**

**Agnès LESAGE**

## **Remerciements.**

A mon Directeur de mémoire **Monsieur Erick Lajarge**, Adjoint au Délégué Général chargé de la politique de la vieillesse et du handicap à la FHF, pour sa disponibilité et pour les portes qu'il m'a ouvertes, sans qui la phase de recherche n'aurait pas été aussi enrichissante,

A mon maître de stage **Monsieur Christophe Kassel**, Directeur de l'Hôpital René Muret Bigottini, pour sa relecture attentive et critique,

A **l'équipe de Direction** de l'Hôpital René Muret Bigottini pour son accueil durant mes deux stages,

A **Monsieur Younès Benanteur**, mon premier maître de stage, pour ses conseils,

A ceux qui m'ont consacré un peu de leur temps durant un entretien, **Messieurs Herlicoviez, Vetel et Mesdames Bony, Dubuisson, Vuillemin**,

A **Monsieur Francis Balandier**, Adjoint au Directeur de la Qualité et de la Logistique, pour son aide en informatique,

A tous ceux qui m'ont soutenue dans ce travail.

## **TABLE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS UTILISES**

<b>AFNOR</b>	Association Française de Normalisation
<b>AGGIR</b>	Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO Ressources.
<b>AMP</b>	Aide Médico- Psychologique
<b>APA</b>	Aide Personnalisée à l'Autonomie
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
<b>ARH</b>	Agence régionale de l'Hospitalisation
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination
<b>DARH</b>	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>EHPAD</b>	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
<b>FEHAP</b>	Fédération des Etablissements d'Hospitalisation Privés
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>GIR</b>	Groupe ISO- Ressources
<b>MARTHE</b>	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>CNRPA</b>	Comité National des Retraités et des Personnes Agées
<b>PSD</b>	Prestation Spécifique Dépendance
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SLD</b>	Soins de Longue Durée
<b>SMTI</b>	Soins Médicaux Techniques Importants
<b>SS</b>	Soins de Suite
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>UNCCAS</b>	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
<b>UNIOPSS</b>	Union Nationale Inter Fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

# SOMMAIRE

<b>Introduction.</b>	2
<b>I) La réforme de la tarification modifie les données de la prise en charge des personnes âgées en établissement. Par ses implications, elle oblige les établissements à repenser leur stratégie.</b>	6
<u>A) La réforme de la tarification devrait entraîner un changement dans les modalités de prise en charges des personnes âgées.</u>	6
1) La nouvelle tarification : un mécanisme budgétaire établi sur le degré de dépendance des personnes âgées accueillies.	6
2) L'élaboration d'une convention tripartite : des exigences en matière de qualité des structures (soins, architecture...).	11
<b>B) La réforme de la tarification implique pour l'AP-HP de redéfinir et amender ses orientations en matière de politique gériatrique.</b>	17
1) Les incidences sur la politique gériatrique de l'AP-HP ne sont pas clairement établies.	17
2) Si le choix d'une stratégie intermédiaire a été effectué, il n'en reste pas moins que des interrogations persistent quant aux conséquences de cette politique.	28
<b>II) Dans ces conditions, une ré orientation de la politique en matière de projet de soins et de vie de l'Hôpital René Muret Bigottini est nécessaire.</b>	39
<u>A) La Convention tripartite crée de nouveaux outils et acteurs qui ne semblent pas toujours adaptés au contexte particulier des hôpitaux.</u>	39
1) Une « accréditation » sous forme d'engagement moral à des améliorations dans l'avenir.	39
2) La difficulté sur le terrain d'appréhender la figure du médecin coordonnateur au sein d'un hôpital, acteur qui semble plus adapté à un contexte de maisons de retraite ou de petites structures.	44
<u>B) Une prise en charge globale du grand âge passe pour l'Hôpital René Muret Bigottini par le développement de filière d'activités et la diversification de ses activités.</u>	47
1) Développer une véritable filière de soins gériatriques semble indispensable pour que l'hôpital prenne en charge au mieux les personnes âgées.	47
2) La diversification de l'activité, associée à des complémentarités fortes, permettra l'affirmation de l'hôpital comme pôle gériatrique du secteur.	56
<b>Conclusion</b>	61
Références bibliographiques	
Réunions, entretiens.	

## Introduction

La part des personnes âgées dans les pays industrialisés augmente. Dans l'Union Européenne, la proportion des plus de 80 ans devrait ainsi atteindre 5.6% en 2020. Le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans est passé de 1.6% de la population européenne en 1960 à 3.8% en 1997. Cette situation est particulièrement accentuée en Suède, en Italie, au Royaume-Uni, au Danemark, en Allemagne et en France, où la part des plus de 80 ans dépasse déjà 4%.<sup>1</sup>

En 1990, la France comptait 8.3 millions de personnes âgées de plus de 65 ans soit 15% de la population totale.

Parallèlement à cette augmentation du nombre des personnes âgées et de l'espérance de vie (gain de trois mois par an environ), la dépendance des personnes âgées augmente. Le Livre Blanc pour une prestation autonomie<sup>2</sup> estime que le nombre de personnes âgées dépendantes oscille entre 700 000 et plus d'un million, selon la définition retenue.

Les personnes âgées dépendantes peuvent être définies comme des personnes âgées de plus de 65 ans, confinées au lit ou au fauteuil ou qui, sans être immobilisées, ont besoin d'aide quotidiennement pour s'habiller et faire leur toilette (classification COLVEZ)<sup>3</sup>.

Le vieillissement de la population française, l'augmentation de nombre de personnes âgées dépendantes ont rendu nécessaire l'introduction de politiques variées visant à la fois à renforcer les dispositifs de maintien à domicile et à améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les établissements les accueillant. Le secteur sanitaire et le secteur médico-social accueillent les personnes âgées au sein de leurs établissements. Le secteur sanitaire est essentiellement composé de structures d'hospitalisation de longue durée, ayant pour mission principale l'hébergement de personnes n'étant plus autonomes et nécessitant une surveillance médicale constante. Des maisons de retraite sont parfois rattachées à ces établissements sanitaires.

Le système de tarification, avant la réforme de cette dernière, date dans ses grands principes de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Cette tarification était binaire avec un tarif correspondant aux soins et un tarif correspondant à

---

<sup>1</sup> Cf. références bibliographiques (1).

<sup>2</sup> Cf. références bibliographiques (2).

<sup>3</sup> Cf. références bibliographiques (2), Préambule.

l'hébergement. Les unités de soins de longue durée, elles, étaient sous le régime des établissements de santé.

Les critiques de cette législation sont devenues au cours des ans de plus en plus nombreuses : l'ancienne tarification était décrite comme obsolète, peu transparente et quelque peu injuste. Trois thèmes en sont l'illustration : la dépendance, l'hébergement, la qualité des soins.

Concernant la dépendance tout d'abord, la tarification binaire paraissait inadaptée car les prestations liées à la dépendance n'étaient pas financées de façon spécifique et le degré de dépendance n'était pas pris en compte pour calculer le coût de la prise en charge. De plus, les attributions des forfaits soins ne tenaient pas compte de l'alourdissement progressif de la dépendance des personnes âgées hébergées, dépendance qui augmentait d'ailleurs de façon globale (les personnes âgées entrent en établissement de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes).

Concernant l'hébergement ensuite, les établissements se servaient de la part tarifaire de ce dernier comme d'une variable d'ajustement aux forfaits soins : les charges d'exploitation relatives à l'hébergement et aux soins ne correspondaient pas pour une part importante à la destination de leur section d'imputation comptable.

Concernant la qualité des soins enfin, la médicalisation des établissements non sanitaires n'impliquait pas de façon automatique l'augmentation de leurs ressources. De plus, toujours dans ces établissements, la coordination des interventions du secteur libéral était rare, ce qui n'assure pas une prise en charge adaptée et de qualité des personnes hébergées.

Pour finir, d'une manière générale, la qualité de l'activité des établissements n'était pas évaluée du fait de l'absence de références de bonnes pratiques et de démarche qualité dans le secteur, même si les démarches qualité de type ANAES ont émergé dans les établissements de santé.

Au milieu des années 1980, les interrogations autour de l'aide publique en faveur des personnes âgées se sont multipliées. De nombreux rapports ont plaidé pour une mise en œuvre de nouvelles formes de prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui tiendraient davantage compte l'état de la personne<sup>4</sup>. Face aux enjeux liés à la dépendance, une loi transitoire est votée : la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 «tendant, dans l'attente du vote de la loi instaurant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation

---

<sup>4</sup> Rapport Braun en 1987, rapports IGAS en 1989 et 1993, rapport Boulard en 1991 et rapport Schopflin en 1991.

spécifique dépendance ». Enfin, le rapport de Mme Guinchard-Kunstler<sup>5</sup>, remis en octobre 1999, insiste sur la notion de qualité de prise en charge des personnes âgées.

Une réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été conçue. Cette nouvelle tarification s'applique à tous les EHPAD, quel que soit leur statut.

La réforme de la tarification introduit une tarification ternaire pour les EHPAD, ainsi que les conséquences institutionnelles et organisationnelles qui en découlent, par deux décrets et trois arrêtés :

- Le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- Le décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes,
- L'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n°99-316.
- L'arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n°99-316,
- L'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la fixation du contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

La réforme de la tarification instaure une tarification ternaire (un tarif soins, un tarif hébergement et un tarif dépendance) afin de prendre en compte l'état de dépendance des personnes. Elle vise quatre objectifs principaux :

Premièrement, avoir une visibilité sur les coûts réels pour l'établissement dans sa prise en charge des personnes en identifiant les coûts relatifs à la dépendance, aux soins et à l'hébergement.

Deuxièmement permettre une meilleure adéquation entre le degré de dépendance des résidents d'un établissement et les moyens réels de ce dernier.

Troisièmement, instaurer une tarification où :

- l'assurance maladie prend en charge l'intégralité des frais de soins,
- la personne âgée paie selon sa dépendance propre avec une prestation (Prestation Spécifique Dépendance, PSD ou future Aide Personnalisée à l'Autonomie, APA), qui, proportionnelle à la dépendance, vient en atténuation ou en compensation de cette dépense pour les personnes qui en bénéficient,
- la personne âgée prend en charge des frais d'hébergement, avec le soutien de l'aide sociale départementale si nécessaire.

---

<sup>5</sup> Cf. références bibliographiques (3).

Enfin, définir des critères de qualité vers lesquels les établissements doivent tendre et promouvoir des processus d'amélioration de la qualité.

L'introduction de cette nouvelle tarification et de ses recommandations en matière de qualité a fortement influé sur la réflexion au projet d'établissement de l'hôpital gériatrique René Muret Bigottini (AP-HP). L'hôpital abrite 447 lits de soins de longue durée sur 699 lits au total, ce qui fait que par la réforme, la majorité de ses lits risque à terme d'entrer dans le secteur médico-social. L'hôpital doit donc réexaminer son projet de soins et de vie dans ce nouveau contexte, tout en tenant compte des grandes orientations de l'établissement Assistance Publique- Hôpitaux de Paris dont il fait partie.

La réforme n'a cependant pas initié ces changements de stratégie : elle les précipite, les rend inéluctables. En effet, l'Hôpital René Muret Bigottini était déjà engagé dans une politique d'humanisation de son hébergement : depuis 1994, cette politique a conduit à la diminution du nombre de lits global de l'hôpital afin d'accroître le nombre de chambres à 1 ou 2 lits au dépend de chambres à 4 lits.

La réforme de la tarification modifie par ses implications les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes et incite de ce fait l'AP-HP à redéfinir et amender sa politique gériatrique dans un contexte encore fluctuant, la mise en œuvre de réforme étant repoussée : l'Hôpital René Muret Bigottini doit donc repenser sa stratégie. Si l'adaptation de la réforme au contexte d'un hôpital de gériatrie n'est pas aisée concernant certains éléments de la démarche qualité, elle a incité l'établissement à participer au développement de schémas gériatriques et à la réflexion sur ses missions.

**I ) La réforme de la tarification modifie les données de la prise en charge des personnes âgées en établissement. Par ses implications, elle oblige les établissements à repenser leur stratégie.**

**A ) La réforme de la tarification devrait entraîner un changement dans les modalités de prise en charge des personnes âgées.**

1) La nouvelle tarification : un mécanisme budgétaire établi sur le degré de dépendance des personnes âgées accueillies.

a) La réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Prévue par la loi instaurant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) <sup>6</sup>, la nouvelle tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) substitue à un mécanisme fondé sur le statut juridique de l'établissement une tarification établie sur le degré de dépendance des patients accueillis.

Deux décrets<sup>7</sup> instaurent cette réforme : le premier concerne les modalités de tarification et de financement des EHPAD, le deuxième rénove la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.

Afin de prendre en compte les situations réelles des personnes âgées, la grille nationale d'évaluation de la dépendance AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes ISO Ressources) est utilisée pour classer les patients selon leur degré de dépendance.

- La mise en place d'une tarification ternaire

- Trois sections tarifaires composent le budget de l'établissement.

Le décret définit le contenu des trois sections qui correspondent aux trois composantes de la prise en charge gériatrique en établissement. Les trois sections tarifaires sont étanches,

---

<sup>6</sup> Cf. références bibliographiques (4).

<sup>7</sup> Cf. références bibliographiques (5) et (6).

chacun des financeurs ayant la responsabilité de la section qui le concerne. Les charges afférentes à chaque financeur sont ainsi clairement réparties.

La répartition des charges entre les trois sections tarifaires suit les principes suivants :

- Les charges d'exploitation dans leur quasi-totalité ne relèvent chacune que d'une seule section tarifaire.
- Trois catégories de personnel émargent dans deux sections tarifaires différentes. D'une part, les charges concernant les agents de service exerçant des fonctions de « nettoyage » et de « blanchissage » se répartissent pour 70% sur la section hébergement et pour 30% sur la section dépendance. D'autre part, sont réparties entre la section dépendance et la section soins les charges concernant les aides soignants et les aides médico-psychologiques (A.M.P.), à raison de 70% sur la section soins (au titre de la dimension sanitaire de la dépendance, afin de prendre en compte la dimension « auxiliaire de soins » de leurs fonctions) et de 30% pour la section dépendance (au titre de la dimension « domestique, sociale et relationnelle » de la dépendance, pour tenir compte de la dimension « auxiliaire de vie » de leurs fonctions).
- Un cliquet anti-retour est prévu afin que les établissements qui font l'objet d'un montant total de financement alloué par l'assurance maladie supérieur à celui qui résulterait de cette clé de répartition continuent de bénéficier de la même prise en charge par l'assurance maladie. Le bénéfice de ce clapet anti-retour est cependant soumis à une condition dans les textes initiaux: l'établissement doit soit accueillir une population très dépendante, soit avoir un ratio de postes d'aides soignants et d'A.M.P. par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.
- Seuls deux postes de charges d'exploitation (hors charges de personnel) émargent à la fois sur la section hébergement (pour 70%) et sur la section dépendance (pour 30%) : le « blanchissage à l'extérieur » (compte 6281) et le « nettoyage à l'extérieur » (compte 6283).
  - A ces trois sections d'imputation correspondent trois tarifs journaliers.

La tarification des EHPAD est définie par la réforme en fonction de l'état de dépendance de la personne accueillie. Trois tarifs la composent : le tarif hébergement, le tarif soins et le tarif dépendance. La combinaison des trois tarifs donne lieu à 13 tarifs différents.

- Le tarif hébergement concerne « l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, d'entretien, de restauration et d'animation de la vie sociale de

l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies ». <sup>8</sup>

Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie ou de l'aide sociale.

- Le tarif soins recouvre deux types de prestations. Premièrement, il couvre les soins techniques, c'est-à-dire l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes hébergées. Deuxièmement, il couvre les soins de base, c'est-à-dire les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes : soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de vie. Le tarif soins est donc variable selon le GIR (Groupe ISO Ressources), c'est-à-dire le niveau de dépendance de la personne. Il est financé par l'assurance maladie.
  
- Le tarif dépendance concerne les prestations d'aide non liées aux soins : l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie est pris en compte. Ce tarif dépendance correspond aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de la personne accueillie. Il est en effet fondé sur le classement GIR de la personne âgée. Ce tarif est financé par la personne âgée ou la prestation spécifique dépendance (future prestation autonomie).

- Un classement des résidents par GIR

Le degré de dépendance de chaque résident est évalué à l'aide de la grille AGGIR. Les personnes âgées accueillies au sein de l'établissement sont ainsi classées dans un des six groupes GIR correspondant à leur degré de dépendance. Les GIR vont de 1 (pour les plus dépendants) à 6 (pour les moins dépendants).

Les Groupes ISO- Ressources sont au nombre de six :

- Le groupe ISO- Ressources 1 englobe les personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Les personnes en fin de vie se situent dans ce groupe.
  
- Le groupe ISO- Ressources 2 se décompose en deux sous-groupes.
  - D'une part, il englobe les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge des activités courantes.

---

<sup>8</sup> Cf. références bibliographiques (5), article 3.

- D'autre part sont incluses dans ce groupe les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité locomotrice.
- Le groupe ISO- Ressources 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice mais qui cependant nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles ne peuvent assurer seules l'hygiène de l'élimination.
- Le groupe ISO- Ressources 4 comprend 2 groupes :
  - Le groupe des personnes qui ne peuvent assumer seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Une aide pour l'habillage et la toilette est parfois nécessaire. La plupart s'alimentent seules.
  - Le groupe des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qui nécessitent une aide pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
- Le groupe ISO- Ressources 5 concerne les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, qui s'alimentent seules mais qui cependant ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le groupe ISO- Ressources 6 regroupe quant à lui les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

L'évaluation du degré de dépendance des patients est faite par l'équipe médico-sociale de l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur <sup>9</sup>. Le classement est transmis pour contrôle et validation à une équipe médico-sociale compétente relevant du Conseil Général et au praticien conseil de la Caisse Pivot de l'Assurance Maladie.

En cas de désaccord entre les deux médecins, une Commission Départementale de Coordination Médicale est chargée de déterminer le classement définitif à retenir.

Le résident qui conteste son classement dans la grille AGGIR peut déposer un recours devant le Tribunal Administratif.

L'établissement peut contester la répartition globale de ses résidents dans les 6 GIR par un recours devant la Commission Inter-régionale de la Tarification Sanitaire et Sociale, dès lors que cette répartition a une incidence directe sur le niveau d'allocation de ressources attribué à l'établissement.

---

<sup>9</sup> Cf. références bibliographiques (7), article 12.

b) La « réforme de la réforme »<sup>10</sup>

Face aux critiques formulées vis à vis de la réforme de la tarification par les associations d'usagers et les fédérations d'établissements <sup>11</sup>, une discussion a été conduite entre les différents acteurs concernés : une « réforme de la réforme » <sup>12</sup> a été formalisée.

- La grille AGGIR utilisée pour le calcul des tarifs sera complétée.

Premièrement, les modalités d'une évaluation de la charge des pathologies lourdes d'un établissement seront étudiées par le biais d'une grille dérivée du système PATHOS. PATHOS est un système d'information qui permet d'appréhender les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées.

Deuxièmement, les efforts de prévention de la dépendance ou de son augmentation seront pris en compte dans le calcul des tarifs dépendance des établissements, par l'attribution de points ajoutés à AGGIR dans le calcul du GIR moyen pondéré de l'établissement. Ainsi, la charge de travail due aux efforts de prévention sera prise en compte dans les calculs.<sup>13</sup>

- Un système plus compréhensible pour le résident.

Afin de simplifier le système de calcul, les GIR seront regroupés deux par deux: GIR 1 et 2, GIR 3 et 4, GIR 5 et 6. La valeur en points de ces groupements de GIR est égale à la moyenne des deux GIR.

Ceci revêt une importance certaine car le même GIR sera utilisé pour le calcul du tarif dépendance appliqué à la personne âgée et pour l'allocation de la prestation autonomie future. La fixation du GIR peut être contestée auprès de la Commission médicale départementale.

La mutualisation des GIR deux par deux permet une meilleure compréhension du système par les personnes âgées et leur entourage.

- La recherche d'une solvabilisation des résidents par une nouvelle prestation.

Le projet de décret modifiant les décrets n° 99-316 et 99-317 prévoit dans l'article 2 du titre I : « Ce tarif dépendance, à l'exception d'une participation du résident, est couvert par la

---

<sup>10</sup> Cf. annexe 1.

<sup>11</sup> Notamment la FHF (Fédération Hospitalière de France), la FEHAP, l'UNIOPPS, l'UHP-UNEPA.

<sup>12</sup> Expression employée par J.R. Brunetière, chef de la Mission MARTHE, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

<sup>13</sup> Pour le calcul des tarifs dépendance des établissements, 120 points seront ajoutés pour prendre en compte la prévention.

prestation spécifique dépendance (...)ou, à défaut, à la charge du résident si celui-ci ne peut prétendre à la dite prestation ».

Ainsi, la future prestation autonomie, l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) <sup>14</sup> aiderait à acquitter le supplément à payer du à la dépendance pour les personnes ayant droit à l'APA. Selon J.R. Brunetière, l'APA, telle qu'elle est envisagée, actuellement permettrait la solvabilisation des deux tiers des personnes âgées dépendantes accueillies en établissement.<sup>15</sup>

## 2) L'élaboration d'une convention tripartite : des exigences en matière de qualité des structures (soins, architecture...).

Le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle est fixé par l'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999. La convention pluriannuelle était prévue dans le nouvel article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico- sociales.

Le contenu de la convention est triple. Premièrement, elle traite des conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier. Deuxièmement, elle intègre des exigences en terme de qualité de la prise en charge des personnes hébergées. Enfin, elle fixe des objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

a) Une procédure obligatoire liant l'établissement et ses partenaires financiers.

- Un conventionnement entre l'établissement et les partenaires finançant la prise en charge.

La réforme de la tarification instaure une procédure de contractualisation globale entre l'établissement et les partenaires financiers.

Auparavant, les trois parties ne contractualisaient pas toutes ensemble : les établissements recevaient des forfaits de l'Assurance Maladie pour le forfait soins et pouvaient d'autre part faire une demande d'habilitation au Conseil Général pour percevoir l'aide sociale. La réforme de la tarification exige qu'une convention soit passée entre le Directeur d'établissement, le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie (le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (D.A.R.H.) pour les unités de soins longue durée).

---

<sup>14</sup> Projet de loi en préparation.

<sup>15</sup> J.R. Brunetière : réunion de la Commission personnes âgées de la FHF, 11 septembre 2000.

Deux types d'autorités de tarification sont prévus par la réforme :

- L'autorité fixant les tarifs afférents aux soins et la dotation globale est « l'autorité compétente pour l'assurance maladie »<sup>16</sup>. Pour les établissements publics autonomes habilités au titre de l'aide sociale, les établissements non personnalisés relevant des collectivités territoriales, les établissements privés relevant de la loi n°90-600 du 6 juillet 1990 et les maisons de retraite dépendant d'un établissement public de santé par un budget annexe, l'autorité est le préfet du département. Pour les unités de soins de longue durée des établissements publics de santé, il s'agit en revanche du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- Le président du Conseil Général est quant à lui compétent pour fixer les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance. Cette compétence s'étend à tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, exception faite cependant des établissements qui ne sont pas habilités au titre de l'aide sociale et qui par conséquent peuvent fixer librement leurs tarifs d'hébergement.

Dans le cadre des conventions pluriannuelles tripartites, le montant global des dépenses et des recettes de l'établissement puis ses tarifs sont fixés par l'autorité de tarification. Pour ce faire, elle examine d'une part la répartition des résidents dans les six groupes ISO-Ressources de la grille AGGIR, qui a été effectuée sous le contrôle de la Commission Départementale de Coordination Médicale<sup>17</sup> et d'autre part les propositions de l'établissement votées en conseil d'administration. En cas d'absence de propositions de l'établissement, l'autorité fixe d'autorité les tarifs.

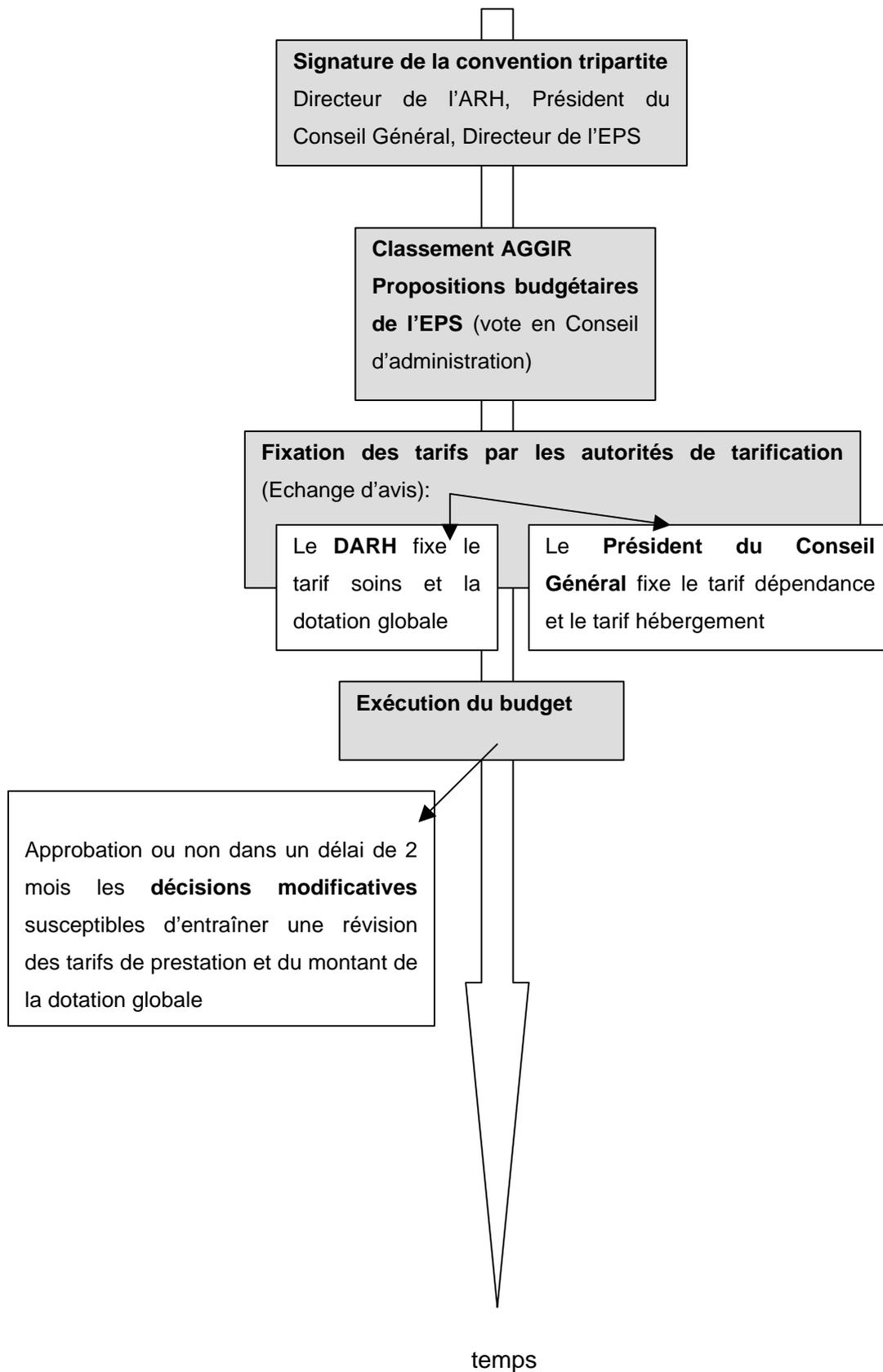
La procédure de fixation des tarifs est contradictoire et consultative : l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie et le Président du Conseil Général doivent échanger leur avis sur leurs prévisions de tarifs respectifs. Une fois les tarifs fixés, les établissements doivent fournir leur budget exécutoire, équilibré.

---

<sup>16</sup> Cf. références bibliographiques (5), article 25.

<sup>17</sup> Cf. références bibliographiques (5), article 12.

Les interventions des autorités de tarification pour les EPS (établissements publics de santé)



- Une procédure obligatoire pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Dans les recommandations dites générales de l'arrêté du 26 avril 1999<sup>18</sup>, il est prévu que les conventions soient signées pour une durée de cinq ans. L'obligation de conclure une convention concerne les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes quel que soit leur statut juridique. La convention est un préalable obligatoire à l'accueil des patients pour les établissements ouvrant leurs portes. Cependant, les délais prévus pour la signature des conventions ont été revus du fait des difficultés d'application de la réforme. La date butoir actuelle est fixée à la fin 2001. Cependant, l'entrée en vigueur de la loi de rénovation de la loi de 1975, en projet, n'entrera en vigueur probablement qu'en janvier 2004.

Les conventions entreront en vigueur à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de leur conclusion, sauf en cas d'accord entre les parties signataires pour anticiper l'entrée en vigueur.

Afin de rendre conciliables les conventions avec le principe de l'annualité budgétaire et afin d'intégrer « les aléas pouvant survenir au titre du fonctionnement de l'établissement »<sup>19</sup>, des avenants annuels pourront être conclus dans le but de prendre en compte des ajustements nécessaires. De plus, la convention doit prévoir les conditions de sa résiliation.

#### b) Une « démarche assurance qualité »

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle fixe trois autres axes : les recommandations visant à garantir la qualité de la prise en charge de la personne âgée dépendante ; les recommandations relatives aux objectifs d'évolutions de l'établissement et aux adaptations de ses moyens et de son financement permettant d'atteindre pallier par pallier des objectifs de qualité ; le dispositif d'évaluation.

- Les recommandations concernant la qualité de prise en charge.

Les partenaires conventionnels doivent s'engager dans une démarche d'assurance qualité ayant pour objectif de garantir à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de soins, de vie et d'accompagnement. D'une part, cette qualité est évaluée en fonction de la satisfaction du résident et de sa famille sur des critères concernant l'habitat, la restauration, le sentiment de sécurité, de calme, la qualité de

---

<sup>18</sup> Cf. références bibliographiques (7).

<sup>19</sup> Cf. références bibliographiques (7).

la vie sociale. D'autre part sont prises en compte les actions de prévention de la dépendance, c'est-à-dire les actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie physique, psychique et sociale tout en respectant ses attentes et ses choix.

Cependant, l'arrêté précise que les recommandations concernant la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes « constituent des références qualitatives souples »<sup>20</sup> qui laissent une marge d'interprétation et d'adaptation selon les spécificités des établissements. Ces recommandations ne constituent donc pas des normes techniques de fonctionnement qui, elles, ont un caractère obligatoire et dont le respect est lié de façon directe à l'autorisation de fonctionnement d'un établissement.

Ces recommandations concernent :

- La qualité de vie des résidents qui passe par :
  - \*la définition du projet institutionnel,
  - \*l'adaptation des espaces architecturaux et leur accessibilité : ainsi les espaces privés doivent être considérés « comme la transposition en établissement du domicile du résident »<sup>21</sup> , les espaces de vie collective et de circulation doivent tenir compte des difficultés de déplacement des personnes, les espaces de soins et les autres espaces spécifiques doivent répondre aux besoins réels et évolutifs des résidents,
  - \*l'organisation de la sécurité des personnes et des biens,
  - \*l'application des règles d'hygiène en vigueur pour l'alimentation et l'hôtellerie.
  
- La qualité des relations avec les familles et les amis des résidents.

Les objectifs sont d'organiser l'entrée en institution en définissant des procédures claires, de donner une place à la famille, de garantir la dignité de la personne âgée. Il est donc nécessaire de mettre en place des procédures permettant de recueillir les attentes et les avis des usagers et de leur famille ainsi que d'assurer une réelle participation au projet de vie (rôle du conseil d'établissement...). Le rôle de l'établissement dans un éventuel accompagnement psychologique des familles est aussi envisagé.
  
- La qualité des personnels exerçant dans l'établissement.

L'objectif est d'accomplir des soins et aides de qualité tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique professionnelle. Pour ce faire, les établissements réfléchiront à un programme de formation qualifiante et/ou continue pour les personnels. Le soutien psychologique du personnel est de plus qualifié d'indispensable pour les personnels impliqués dans l'accompagnement et les soins

---

<sup>20</sup> Cf. références bibliographiques (7), II1 de l'annexe I.

<sup>21</sup> Cf. références bibliographiques (7), II 2, 2.2.2 de l'annexe I.

des patients. La création d'un médecin coordonnateur permet de plus de coordonner les différentes actions au sein de l'hôpital, actions d'acteurs internes et externes.

- L'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique afin d'assurer une coordination globale des soins.

Il s'agit de développer les complémentarités entre établissements et avec les autres acteurs. Il est ainsi nécessaire de promouvoir les actions de soutien à domicile, la collaboration interétablissement en matière d'organisation des soins, la coopération avec les équipes de sectorisation psychiatrique.

- Les recommandations relatives aux objectifs d'évolution de l'établissement et aux adaptations de ses moyens et de son financement permettent d'atteindre graduellement les objectifs fixés.

Il s'agit tout d'abord d'analyser l'existant afin de mieux caractériser la situation de l'établissement. Pour se faire, les données suivantes doivent être prises en compte :

- Les données générales qui constituent la carte d'identité de l'établissement (sur les trois derniers exercices),
- Les données relatives à l'activité de l'établissement (sur les trois derniers exercices),
- Les données financières et les effectifs ainsi que le cas échéant les actes et prescriptions des professionnels libéraux (sur les trois derniers exercices),
- Les données relatives à l'état de dépendance des personnes hébergées (répartition par GIR des résidents et GIR moyen).

Ensuite, sont pris en compte d'autres éléments concernant davantage l'organisation de l'établissement afin de caractériser les perspectives d'évolution de son organisation lors de la période de 5 ans couverte par la convention :

- Le projet institutionnel de l'établissement,
- Le tableau récapitulatif du plan d'évolution des effectifs sur les cinq ans à venir,
- Le plan de formation pluriannuel du personnel,
- Le plan pluriannuel de financement des investissements immobiliers et mobiliers nécessaires à la mise en conformité de l'établissement aux prescriptions du cahier des charges,
- La description des modalités d'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique local,
- La place de la structure dans un schéma gérontologique départemental,
- Les modalités de réduction des écarts entre le GMP (GIR moyen pondéré) de l'établissement et celui du département,
- L'échéancier financier de la mise en œuvre de la convention sur cinq ans.

- L'évaluation du dispositif conventionnel.

La démarche d'amélioration de la qualité doit être accompagnée d'une démarche d'évaluation qui porte sur l'ensemble des fonctions de l'établissement considéré et qui doit impliquer les différents acteurs de l'établissement. Chaque établissement devra préciser la méthodologie, les indicateurs, les références et les outils qu'il utilise. Cette évaluation, revêtant la forme d'un rapport formalisé, peut être annuelle ou être au moins liée à la date de renouvellement de la convention tripartite.

Cette évaluation utilise des indicateurs de qualité des prises en charge de la personne âgée dépendante comme la vie sociale, la prise en charge des soins, la qualification du personnel, la durée moyenne de séjour notamment.

Une attention particulière doit être portée sur certains axes spécifiques à l'état de santé des personnes : les modalités de prise en charge des résidents souffrant de détérioration intellectuelle, les dispositifs de prise en charge de l'incontinence, de la douleur, des escarres, ainsi que celle de la fin de vie.

## **B) La réforme de la tarification implique pour l'AP-HP de redéfinir et amender ses orientations en matière de politique gériatrique.**

### 1) Les incidences sur la politique gériatrique de l'AP-HP ne sont pas clairement établies.

- a) La filière complète d'hospitalisation pour les personnes âgées dans un même lieu : une spécificité menacée ?

Les établissements du régime général ont une organisation des soins assez régulièrement différente de celle utilisée à l'AP-HP. Les établissements du régime général accueillant des personnes âgées ont pour la plupart d'ores et déjà séparé les secteurs de médecine de court séjour, les soins de suite et les soins de longue durée. Les lits ne sont pas mêlés au sein des unités : des bâtiments ou des unités individualisés existent pour accueillir les différents types de patients. Cette organisation permet d'identifier les dépenses de personnel et les coûts sans grandes difficultés. Mais il existe des exceptions comme par exemple au Centre de Gériatrie du Centre Hospitalier Le Mans, dirigé par le Dr. Vetel<sup>22</sup>.

De plus, les maisons de retraite qui peuvent dépendre de l'hôpital sont financées par un budget annexe.

---

<sup>22</sup> Entretien avec J.M Vetel, par ailleurs Président du Syndicat National de Gériatrie Clinique.

- Les autres structures d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les maisons de retraites, qu'elles soient publiques, du secteur privé lucratif ou associatif, ne sont pas des structures sanitaires et n'ont donc pas de lits de court séjour ou de soins de suite.

- L'AP-HP quant à elle prend en charge de façon spécifique les personnes âgées par des « hôpitaux et services gérontologiques ». Ces structures dispensent différents types de soins aux personnes âgées hospitalisées : les prestations gérontologiques se déclinent sous la forme de consultations, lits de court séjour, lits de rééducation, lits de soins de suite, places d'hôpital de jour, places d'accueil temporaire (nuit, week-end, places d'accueil familial thérapeutiques), soins de longue durée.

De plus, l'AP-HP ne gère pas de structures d'hébergement de personnes âgées (maisons de retraite...) relevant de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

La prise en charge des personnes âgées se fait ainsi à l'AP-HP selon une organisation médicale spécifique, les unités de soins de longue durée n'étant pas séparées des unités de court séjour gériatrique et des unités de soins de suite et de réadaptation. Le « couple Soins de suite/ Soins de longue durée et l'unité des lieux de soins (conservation en SLD pendant les phases aiguës) sont le principe de base de l'organisation des services de gérontologie de l'AP-HP ».<sup>23</sup>

Une enquête interne du groupe de travail sur la réforme de la tarification menée sous la direction de A.M. Burdet, Directeur de l'hôpital Charles Foix, met en lumière le fait que les lits de soins de longue durée de l'AP-HP sont gérés sous la forme d'unités mixtes.

Ainsi, le patient peut changer de statut et passer administrativement d'un lit de moyen séjour à un lit de long séjour sans pour autant changer de service, d'équipe soignante, et donc d'environnement. Le patient n'a donc pas à s'habituer à un nouvel univers

---

<sup>23</sup> Cf. références bibliographiques (8).

Etablissements	Unités USLD séparées (unité géographique) dans un service	Unités avec coexistence SLD individualisé et autres lits	Unités SLD non séparées dans les unités	Total	Services recensés en 1999	Lits SLD
Albert Chennevier	1	1		2	2	143
Bicêtre		1		1	1	140
Bichat			1	1	1	157
Bretonneau				0	0	105
Broca- Larochefoucauld	1	2		3	3	400
Charles Foix	2	4		6	5	516
Charles Richet	1	1	3	5	4	351
Corentin Gellton	1	2		3	2	226
Emile Roux	3	5		8	5	541
Fernand Vidal	1			1	1	150
Georges Clemenceau	3	3		6	3	187
Joffre- Dupuytren	6	2	1	9	7	700
La Collégiale	1			1	1	120
Louis Mourier	1			1	1	120
Paul Brousse			3	3	3	375
Pitié- Salpêtrière		1	1	2	2	74
René Muret	3	3	2	8	4	447
Sainte- Perine		3		3	3	505
Vaugirard	1	1		2	1	250
Villemir- Doumer	1			1	1	165
Total	26	29	11	66	50	5672

<sup>24</sup> Cf. références bibliographiques (8).

Cette organisation « mixte » mêlant soins de suite et soins de longue durée comporte de nombreux avantages.

- Pour le malade tout d'abord, elle permet d'éviter les transferts déstabilisants lors des phases aiguës. La rupture que constitue l'arrivée à l'hôpital pour les personnes âgées constitue un épisode difficile à gérer. Ainsi, des rencontres sont organisées entre la personne âgée entrant en établissement et l'équipe du service qui l'accueillera au centre de gérontologie du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire (44). Selon Mme Oliveau, Surveillante - chef de ce centre de gérontologie, cette pratique a permis de diminuer considérablement le nombre de décès survenant dans les premières semaines d'hospitalisation<sup>25</sup>. Les transferts entre différents services associant nouvel environnement et nouvelle équipe soignante sont eux aussi mal vécus par les patients. L'organisation mixte de l'AP-HP en service de gérontologie permet de les limiter.
  
- Les intérêts de cette organisation pour le corps médical sont multiples.
  - La coexistence de lits de nature différente permet une meilleure continuité de la prise en charge médicale. Le malade est suivi par le même médecin, qui gère les évolutions de la/des pathologie(s) du patient.
  - L'existence de lits de soins de suite permet de plus d'éviter le « syndrome du long séjour ghetto »<sup>26</sup> : l'activité médicale est ainsi plus variée pour les médecins et les services de gérontologie en deviennent plus attractifs.
  
- Pour les soignants et le personnel hospitalier, les avantages de la mixité sont triples :
  - Les patients sont pris en charge de façon continue en matière de soins. De plus, les relations entre l'équipe soignante et les patients sont plus aisées dans ce cadre. Les habitudes des patients sont ainsi mieux appréhendées.
  - Les tâches des équipes sont de même plus variées, ce qui rend le travail plus intéressant et motivant pour le personnel.
  
- Pour l'administration de l'hôpital, la mixité Soins de Suite/ Soins de longue durée permet de gérer de façon intégrée les effectifs de gérontologie. Il en découle une plus grande souplesse de gestion des personnels.

---

<sup>25</sup> Visite au C.H. de Saint-Nazaire dans le cadre du séminaire inter-professionnel à l'ENSP, septembre 1999.

<sup>26</sup> Cf. références bibliographiques (8).

L'organisation mixte Soins de suite/ Soins de longue durée a cependant quelques inconvénients, inconvénients qui s'accroissent avec l'introduction de la réforme de la tarification des établissements hébergent des personnes âgées.

- La cohabitation entre les différents patients peut être difficile à vivre. Les malades issus des soins de suite et appelés à rentrer au domicile sont souvent gênés de cette coexistence avec les personnes démentes des soins de longue durée. De plus, la vision de patients en fin de vie accentue ce mal-être, renvoyant à ces personnes âgées l'image de leur propre vieillesse.
- Pour le corps médical, les inconvénients de la mixité des lits sont doubles :
  - D'une part, si le nombre de lits de soins de suite est trop faible, la viabilité de la structure est remise en cause. Un nombre important de lits de soins de longue durée risque à terme de rendre quelque peu illusoire l'ancrage dans le secteur sanitaire.
  - D'autre part, la coexistence de lits de soins de suite et de soins de longue durée rend difficile l'émergence d'un véritable projet de service, intégrant les spécificités des deux secteurs. Les attentes des patients ne sont en effet pas les mêmes selon la durée probable de leur séjour. L'accent est mis sur les projets de soins et de retour à domicile pour les soins de suite alors qu'en unités de soins de longue durée, le projet de vie prend une place primordiale.
- Pour les soignants et le personnel hospitalier, les logiques différentes des deux secteurs peuvent être ressenties comme difficiles à concilier. Les demandes des patients en soins de longue durée sont en effet plus exigeantes en terme d'activités quotidiennes, d'environnement.
- Pour l'administration de l'hôpital enfin, l'organisation mixte soins de suite/ soins de longue durée pose problème en ce qui concerne l'identification des lits et des dépenses de personnel et d'exploitation. Or l'introduction de la réforme de la tarification accentue cet inconvénient car elle initie un début de comptabilité de type analytique.

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes rend nécessaire une séparation physique des lits de soins de longue durée des lits sanitaires, afin de pouvoir isoler les charges relevant des premiers.

Les recommandations architecturales pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ont initié un questionnement sur le devenir des soins de longue durée au sein de l'AP-HP et une redéfinition de la politique gériatrique de l'institution.

b) L'adaptation à la réglementation devra être effectuée dans le respect des orientations de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation)

- L'évolution de l'Hôpital René Muret Bigottini doit être appréhendée aux vues de son environnement.

L'environnement de l'Hôpital René Muret Bigottini doit être appréhendé à deux niveaux : d'une part, l'hôpital est un établissement de Seine-Saint-Denis et son évolution future doit être considérée au regard des besoins de ce département<sup>27</sup>. D'autre part, l'établissement fait partie d'une structure, l'AP-HP et doit donc structurer sa réflexion autour des choix stratégiques de cette dernière.

➤ Le contexte de la Seine-Saint-Denis :

5.6% de la population en Ile de France est âgée de plus de 75 ans contre 7.1% pour la France entière. La population d'Ile de France est donc relativement plus jeune. Cependant, les disparités entre les départements de l'Ile de France sont fortes : si à Paris, 8.5% de la population a plus de 75 ans, la Seine-Saint-Denis et la grande couronne en comptent, elles, moins de 5%. Ces dernières années en effet, les jeunes ménages se sont installés en particulier en Seine-Saint-Denis et en grande couronne, ce qui diminue la part du nombre des personnes âgées dans le total. Mais le vieillissement progressif de ces ménages implique à moyen terme une augmentation du nombre des personnes âgées en grande couronne et en Seine-Saint-Denis.

La région Ile de France est l'une des moins bien dotées en lits et places de soins de suite et de réadaptation.

---

<sup>27</sup> Cf. références bibliographiques (9).

Tableau extrait du projet de SROS de l'Île de France 199-2004<sup>28</sup>

TAUX D'ÉQUIPEMENT EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Répartition par région

Régions	Réadaptation fonctionnelle		Total soins de suite et de réadaptation fonctionnelle	
	Lits et places	Taux d'équipement <sup>1</sup>	Lits et places	Taux d'équipement <sup>1</sup>
Alsace	722	0,42	2 875	1,68
Aquitaine	1 918	0,66	5 681	1,96
Auvergne	609	0,46	2 635	2,00
Bourgogne	636	0,39	2 377	1,46
Bretagne	1 861	0,65	5 713	1,99
Centre	797	0,32	3 176	1,29
Champagne-Ardenne	339	0,25	1 205	0,89
Corse	228	0,87	607	2,32
Franche Comté	456	0,41	1 500	1,34
<b>IDF*</b>	<b>5 264</b>	<b>0,48</b>	<b>12 672</b>	<b>1,15</b>
Languedoc Roussillon	2 400	1,06	5 769	2,55
Limousin	286	0,40	1 191	1,66
Lorraine	1 436	0,62	3 664	1,59
Midi Pyrénées	2 006	0,80	5 000	1,98
Nord-Pas de Calais	1 916	0,48	5 017	1,25
Basse Normandie	909	0,64	2 032	1,43
Haute Normandie	504	0,28	2 110	1,18
Pays de Loire	1 414	0,45	5 094	1,61
Picardie	954	0,51	2 730	1,46
Poitou-Charentes	569	0,35	2 198	1,35
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 397	0,76	12 048	2,69
Rhône Alpes	3 055	0,54	10 812	1,92
<b>FRANCE métropole</b>	<b>31 676</b>	<b>0,54</b>	<b>96 111</b>	<b>1,64</b>

Source : SAE 1996

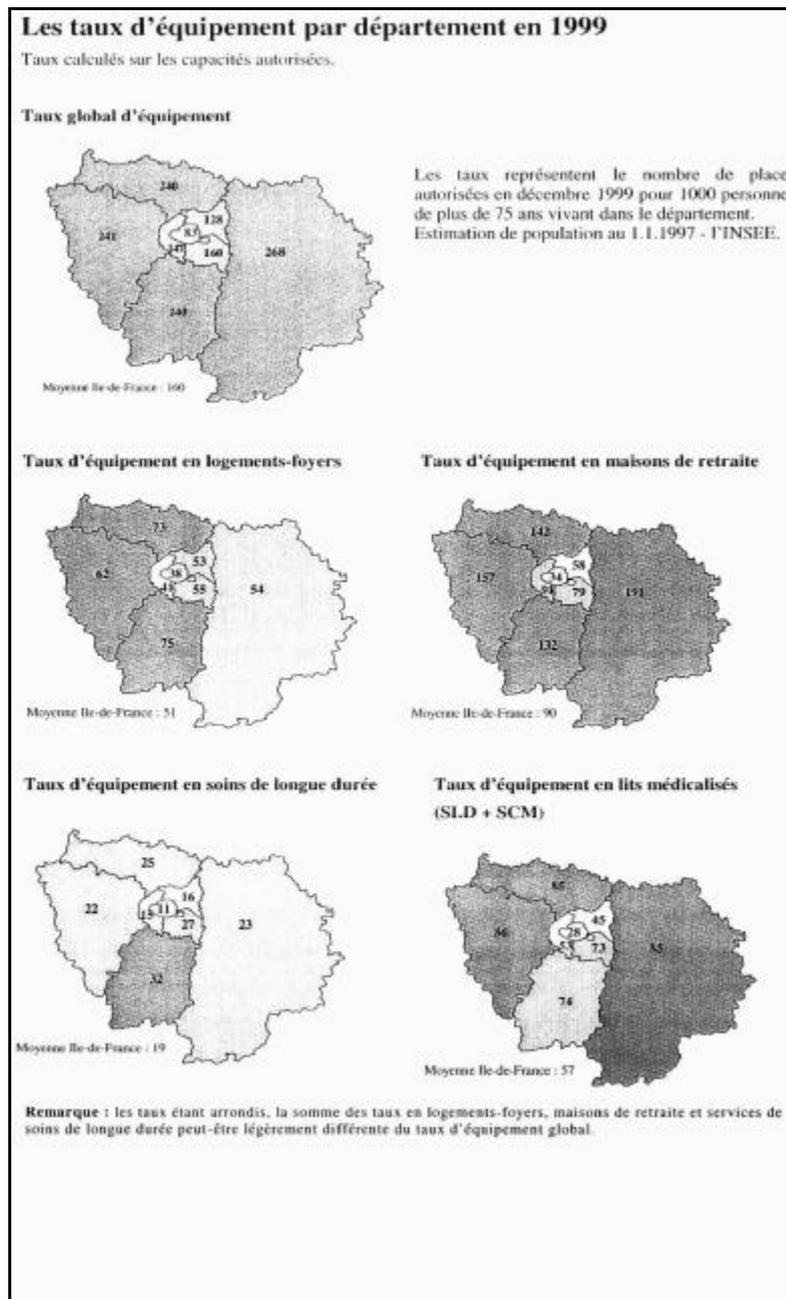
<sup>1</sup>Lits et places installés pour 1 000 habitants.

\*IDF : Ile-de-France.

Or, le taux d'équipement en structures d'accueil pour les personnes âgées en la Seine-Saint-Denis est inférieur au taux moyen d'équipement des départements d'Île de France, que ce soit des foyers logements, des maisons de retraite, des soins de longue durée ou des lits médicalisés (somme des équipements en Soins de longue durée et en sections de cure médicale). En ce qui concerne les soins de longue durée notamment, l'ORS d'Île de France comptabilisait en Seine-Saint-Denis 16 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans pour une moyenne de 19 pour 1000 en Île de France. De même, le taux d'équipement en lits médicalisés était de 45 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans en décembre 1999, pour une moyenne francilienne de 57 places.

<sup>28</sup> Cf. références bibliographiques (10), p.44

Les cartes ci-dessous retracent la situation régionale.<sup>29</sup>



Le taux d'équipement en matière d'accueil des personnes âgées, accueil médicalisé ou non, rend problématique la fermeture de lits de soins de longue durée.

<sup>29</sup> Cf. références bibliographiques (11), p.94.

➤ Les dispositions du SROS d'Ile de France 1999/2004

Le dispositif francilien de prise en charge des personnes âgées est qualifié de « mal adapté ». Les spécificités relatives aux personnes âgées sont insuffisamment prises en considération, notamment concernant :<sup>30</sup>

- La prise en charge globale médico-psycho-sociale,
- La nécessité de retarder le plus possible le stade de la dépendance,
- La gestion des pathologies aiguës sur fond de pathologies chroniques chez les personnes dont l'état est susceptible de se dégrader rapidement,
- La nécessité d'harmoniser les interventions multiples de praticiens,
- La difficulté à assurer la continuité entre la prise en charge à domicile par le médecin de ville, l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation en court séjour puis en soins de suite ou de réadaptation puis le retour à domicile ou le placement en institution. L'adaptation des urgences aux cas de gériatrie est notamment nécessaire.

De plus, un projet de Programme Régional de Santé pour les personnes âgées est en cours d'élaboration.

➤ Trois scénarii d'évolution face à la réforme de la tarification ont été examinés.

La redéfinition du rôle de l'AP-HP dans la prise en charge des personnes âgées a été nécessaire dans ce nouveau cadre juridique. Trois choix possibles ont été évoqués par le groupe de travail interne sur la réforme de la tarification.

- Soit conserver l'ensemble des lits d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes et l'ensemble de la mission sanitaire (court séjour gériatrique et soins de suite)
- Soit se concentrer essentiellement à la mission sanitaire et laisser à d'autres structures l'accueil de personnes âgées dépendantes,
- Soit opter pour une politique intermédiaire, en réduisant de façon importante l'offre d'hébergement des personnes âgées dépendantes et en positionnant certains services et hôpitaux de gérontologie comme offreurs de soins dans le secteur sanitaire (soins de suite, soins de longue durée redéfinis).

---

<sup>30</sup> Cf. références bibliographiques (12), p.82.

Le **premier scénario** possible est la conservation de la totalité des lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en plus de la mission sanitaire de l'AP-HP (court séjour et soins de suite). Ceci implique la mise à niveau de l'équipement en lits de soins de longue durée de chaque établissement aux standards recommandés par la réforme de la tarification. Les recommandations architecturales impliquent une augmentation des surfaces par chambre<sup>31</sup>. Pour les établissements qui ont des chambres plus petites, l'extension de la surface par chambre en maintenant un nombre égal de lits implique la reconstruction d'un certain nombre de lits, nombre équivalent à celui supprimé du fait de l'effort d'humanisation et de la mise aux standards de la réforme. De plus, l'agencement des unités doit être revu afin d'isoler géographiquement les soins de longue durée. L'adaptation des effectifs de personnel à ceux observés dans les EHPAD est problématique du fait de l'association nécessaire de la prise en considération de la multiplication des cas de démences parmi les personnes âgées accueillies et du moindre effectif affecté généralement par lit dans le secteur social.

Pour l'Hôpital René Muret Bigottini, conserver le même nombre de lits de soins de longue durée après l'humanisation des chambres respectant les recommandations de la réforme de la tarification implique la construction de nouveaux locaux ainsi que la réorganisation des services où les différents types de lits sont mélangés. L'application des recommandations du cahier des charges de la convention tripartite induit en effet la diminution, provisoire dans cette hypothèse, de 175 lits sur les 447 autorisés. Ces 175 lits devraient ainsi être reconstruits, ce impliquerait un effort conséquent en matière d'investissements. La réalisation de ce scénario induirait par conséquent une augmentation nette du nombre de lits de l'établissement, si l'hôpital veut préserver un nombre constant de lits du secteur sanitaire. Il garderait un nombre égal de lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation et augmenterait sa capacité en soins de longue durée. Il serait donc à prévoir une augmentation des effectifs au regard de l'augmentation en capacité d'accueil et d'hospitalisation.

La **deuxième hypothèse** envisagée est de recentrer l'activité de l'AP-HP sur sa mission sanitaire et de ne plus assurer l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Quatre mutations de fond seraient alors à gérer. Premièrement, une partie du long séjour actuel serait reconverti en « long séjour redéfini » pour accueillir les malades hospitalisés

---

<sup>31</sup> 16 à 20 m<sup>2</sup> pour une chambre à un lit, 22 à 25 m<sup>2</sup> pour une chambre à 2 lits (Cf. références bibliographiques (7), annexe I).

actuellement dans des lits d'aigus, de soins de suite et de réadaptation et atteints de maladies neuro-dégénératives et les patients bénéficiant dans les lits de soins de longue durée de soins médicaux complexes (trachéotomie, insuffisance cardiaque ou pulmonaire, alimentation parentérale...) et qui ne doivent pas être hébergés avec des personnes âgées dépendantes. La définition des « soins de longue durée redéfinis » n'a cependant pas encore été formalisée ce qui pose problème pour une réorientation de l'activité dans cette voie.

Deuxièmement, une partie de l'équipement en soins de longue durée serait convertie en soins de suite, en s'appuyant sur le fait que Paris intra- muros et la Seine Saint Denis manquent de ces équipements. Ceci implique une négociation avec la tutelle.

Troisièmement, les lits non transformés seraient transférés à des partenaires du secteur médico-social du secteur public. Cette décision implique cependant de mettre une partie du personnel de l'AP-HP à la disposition des institutions. Ceci peut être difficile à faire accepter aux personnels, fortement attaché à l'institution AP-HP et notamment aux avantages liés à son statut. Il faudrait alors une intégration avec la garantie du maintien des avantages acquis dans une autre structure, ce qui est difficilement négociable. Eventuellement, pourrait être constitué un réseau d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes juridiquement distinct de l'AP-HP.

Se retirer de l'hébergement des personnes âgées dépendantes implique pour l'Hôpital René Muret Bigottini de convertir 447 lits de soins de longue durée en soins de suite et/ou en lits de « soins de longue durée redéfinis ». Concernant la reconversion de lits en soins de suite, bien qu'il existe un déficit de lits en Seine-Saint-Denis dans cette spécialité, l'Hôpital René Muret Bigottini n'est pas libre dans ses négociations car l'équipement nouveau en soins de suite risque de devoir être gagé par la fermeture de lits MCO au sein de l'AP-HP, lits MCO que n'abrite pas l'hôpital. De plus, transférer les lits non transformés à des partenaires suppose qu'il existe des structures ayant la capacité de les accueillir. Dans le cas contraire, l'acceptation par la tutelle d'un tel changement semble assez peu probable, notamment du fait du faible taux d'équipements pour l'accueil des personnes âgées en Seine-Saint-Denis.

La **troisième hypothèse**, celle qui a été adoptée, consiste en une approche intermédiaire : il s'agit de réduire de façon importante l'offre d'hébergement des personnes âgées dépendantes et de positionner certains services et hôpitaux gériatologiques comme offreurs de soin dans le secteur sanitaire (soins de suite, soins de longue durée redéfinis).

Au niveau de la structure AP-HP, le troisième scénario signifie la modernisation d'au minimum 2000 à 2500 lits de soins de longue durée, inadaptés en terme de confort hôtelier par rapport aux recommandations préconisées dans le cadre de la réforme de la tarification.

Il sera ainsi nécessaire de fermer environ 1600 lits de soins de longue durée. De plus, les effectifs devront être réajustés au nombre de lits conservés. Cette évaluation du nombre de personnel nécessaire doit être faite au regard des transformations de lits (redéploiement du personnel vers le court séjour, les soins de suite et de réadaptation et les soins de longue durée redéfinis). Une partie du long séjour devra de plus être transformé en lits de « soins de longue durée redéfinis », pour accueillir les patients atteints de maladies neuro- végétatives et les malades gériatriques les plus lourds. Enfin, la reconversion d'une partie de l'équipement de soins de longue durée en soins de suite est envisageable du fait des manques en ce domaine à Paris intra muros et en Seine Saint Denis.

Cette évolution implique pour l'Hôpital René Muret Bigottini, hôpital de gérontologie, de conserver une partie de ses lits de soins de longue durée. De même, la réorientation d'une partie de ces lits en soins de suite semble possible, sachant que l'Hôpital René Muret Bigottini est le seul hôpital de l'AP-HP en Seine Saint Denis à proposer des soins de suite et peut par conséquent être un terrain propice au développement de ces derniers.

Une stratégie intermédiaire a été décidée lors de la préparation du plan stratégique de l'AP-HP. Cette préparation a donné lieu à une concertation entre les hôpitaux et le siège : différents groupes de travail constitués pour l'élaboration du plan stratégique ont élaboré les premiers documents. Au niveau de l'hôpital, des groupes de travail ont aussi été constitués. Sur la base des premiers documents, des orientations prioritaires ont été dégagées par un pré-conseil de tutelle : renforcement de la complémentarité médicale, reconfiguration du tissu hospitalier de la région, humanisation de l'accueil, modernisation des structures, objectifs d'évolution des différents sites qui composent l'AP-HP, accréditation sont les grandes lignes définies pour le plan stratégique de l'AP-HP.

2) Si le choix d'une stratégie intermédiaire a été effectué, il n'en reste pas moins que des interrogations persistent quant aux conséquences de cette politique.

a) La réflexion sur les ré orientations de l'activité nécessite préalablement une connaissance fine des activités de soins prodigués en soins de longue durée.

Repositionner certains services, réorienter l'activité de la structure impliquent cependant une connaissance approfondie de la population accueillie et soignée au sein de l'établissement. Une évaluation des soins prodigués aux patients est par conséquent un nécessaire préalable.

L'utilisation de la grille AGGIR pour connaître le profil des patients n'est pas suffisante : une évaluation de l'activité des unités de soins de longue durée par ce biais est ainsi réductrice.

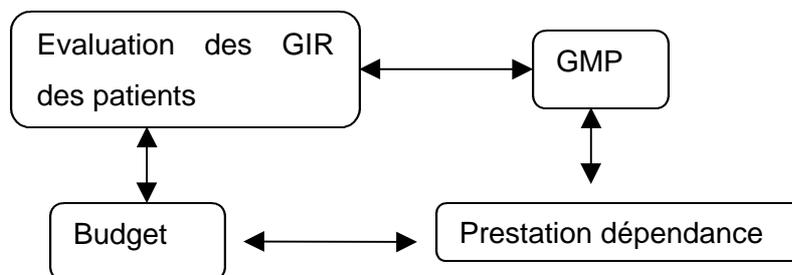
- GIR et PATHOS

L'outil AGGIR permet d'évaluer l'expression de l'autonomie d'une personne âgée grâce à l'observation des activités effectuées seules par cette dernière. De ce fait, cet outil ne détermine pas la nature des besoins médicaux, psychologiques et sociaux de la personne. Il évalue uniquement les soins de base requis.

Ceci pose deux problèmes, d'une part au regard de la gestion budgétaire de l'établissement et d'autre part du point de vue de la définition de la stratégie d'établissement.

- Evolution des GIR et prévisions budgétaires

L'évaluation par la grille AGGIR d'une population, la fixation d'un budget global alloué au regard du GIR moyen pondéré de l'établissement posent quelques problèmes. L'allocation de moyens financiers en fonction du GIR moyen pondéré, réévalué tous les ans, se ferait sur la base d'une constante, à savoir les soins techniques, et d'une variable, c'est à dire le taux de dépendance des patients.



La réforme de la tarification des EHPAD est liée à la PSD (puis à la prestation autonomie), prestation basée sur une évaluation individuelle du GIR du patient. Or cette évaluation de l'état de dépendance doit être régulière et renouvelée si l'établissement veut apprécier le réel taux d'autonomie de ses patients.

De ce fait, la stabilité du budget de l'établissement évalué en fonction d'états individuels et s'aggravant peu à peu n'est pas assurée. Ce facteur est accentué par la nécessité d'avoir un tarif pérenne pour un laps de temps donné pour les résidents et/ ou leur famille.

Une solution à cette incertitude financière pour les résidents ou leur famille consiste en l'évaluation du GIR et à la fixation d'un tarif dépendance une seule fois à l'entrée en établissement. Ce GIR perdurerait et une pondération existerait pour tenir compte de l'évolution probable des patients vers moins d'autonomie.

Cependant, si cette hypothèse permet aux familles et/ou aux résidents d'acquitter un prix stable, elle pourrait à terme dériver vers un sens contraire à la politique de maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées. Si les prix ne sont pas proportionnels à la dépendance, et que l'évaluation de la dépendance donc du tarif ne se fait qu'une fois à l'entrée, plus la personne âgée entre tôt en institution, moins elle est dépendante à l'entrée et donc moins le coût est élevé pour elle.

- Problèmes d'évaluation réelle des besoins de la personne et des activités requises pour l'institution.

Le « GIRage » ne permet pas d'évaluer les soins médicaux requis par la personne hospitalisée. Or la définition de la stratégie de l'établissement passe nécessairement par une connaissance de la population qu'il accueille en terme de dépendance mais aussi en terme de soins médicaux.

Pour prendre en compte l'état général de la personne âgée, un autre outil a été créé. PATHOS permet d'évaluer les soins médicaux nécessaires pour prendre en charge l'ensemble des pathologies : pour chaque personne âgée, cet outil résume son tableau clinique et l'importance des soins dont elle a besoin pour être soignée.

PATHOS est un outil conçu la CNAM et la Société Française de Gériatrie. Cet outil est considéré par la CNAM non pas comme une méthode permettant une approche individuelle de la personne mais comme un outil d'approche globale et collective des soins prodigués dans une structure. L'outil servirait ainsi à une analyse de comparaison de structures car il permet d'avoir une photographie du dispositif par l'observation de la clientèle.

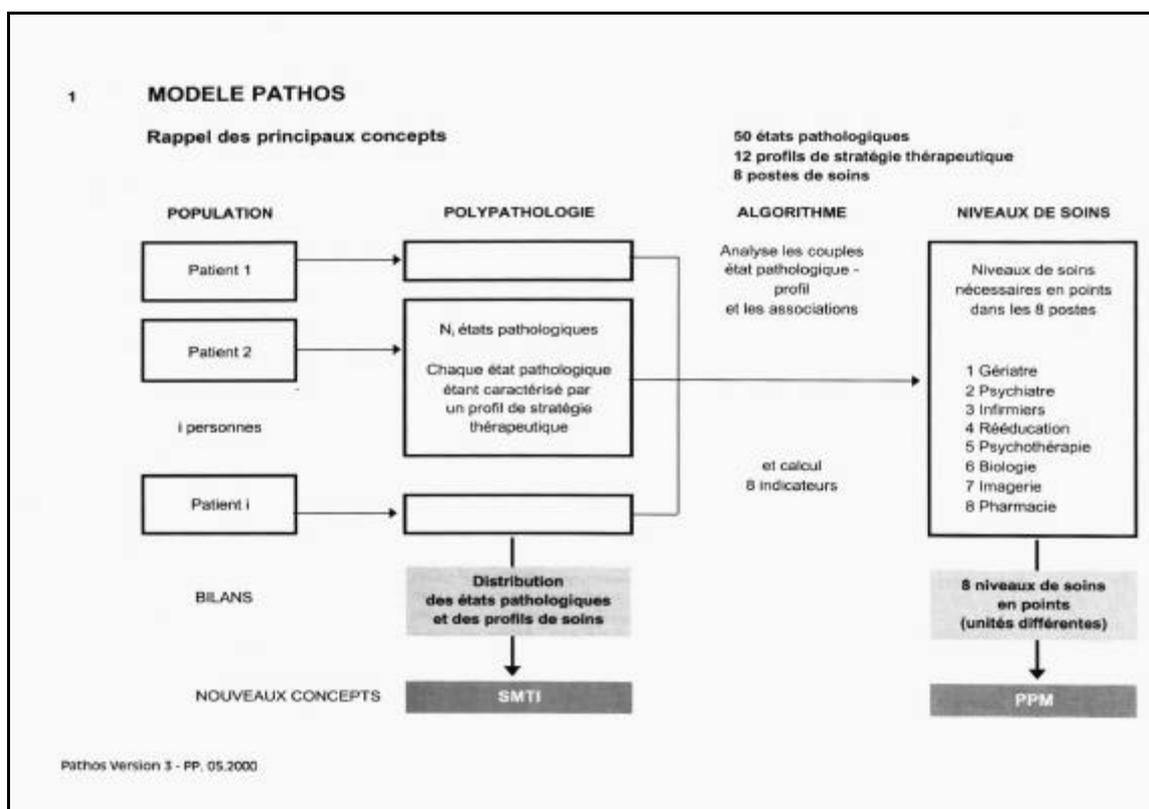
L'utilisation de cet outil permet donc d'avoir une évaluation des profils de patients accueillis. Le logiciel PATHOS croise différentes données : l'établissement évalue son PATHOS Pondéré Moyen et son SMTI (Soins Médicaux et Techniques Importants).

Par ce modèle, l'établissement pourra calculer son PATHOS Pondéré Moyen (PPM). Le PPM est un indicateur globalisé de prise en charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée. Pour un patient donné, 8 postes sont examinés en terme de niveau de soins : le besoin en gériatres, psychiatres, infirmiers, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie. Equivalent du GIR moyen pondéré pour les soins de base,

le PPM permet ainsi d'évaluer un niveau moyen de charge en soins médicaux et techniques au sein d'un établissement.

Le deuxième outil utilisé par le modèle PATHOS est la notion de « Soins Médicaux et Techniques Importants », les SMTI. La nécessité d'une prise en charge dans une structure disposant de moyens humains et matériels de type « sanitaire » est lié au couple « état pathologique/ profil de stratégie thérapeutique ». La notion de présence infirmière est au centre de ce concept. Une personne est considérée comme nécessitant des SMTI si son état de santé impose un plateau technique « lourd », sans préjuger du « mode d'hospitalisation » (court séjour, moyen séjour, hôpital de jour, hospitalisation à domicile...), la condition impérative étant la permanence infirmière sur place.

Le schéma suivant reprend les concepts utilisés par PATHOS.<sup>32</sup>



Une connaissance fine de la population de l'établissement passerait donc par un couplage GIR/ PATHOS.

Personnes âgées en établissement ou en domicile	<b>Etat de la personne</b>	<b>Systèmes d'évaluation</b>
	Perte d'autonomie →	Modèle AGGIR
	Polypathologie →	Modèle PATHOS

PATHOS n'est cependant actuellement qu'en cours de test dans différentes structures.

- L'enquête AGGIR- Morbidité- Soins à l'AP-HP permet d'étudier les types de pathologies des personnes en unités de soins de longue durée et leur GIR.<sup>33</sup>

Cette enquête a tout d'abord été effectuée au niveau de l'AP-HP puis élargie par la DRASSIF à tous les établissements de l'Union Régionale des Hôpitaux de l'Île de France (URHIF). Cette enquête a pour but d'évaluer le niveau de dépendance de la population accueillie dans les unités de soins de longue durée et sur les soins qui y sont dispensés. L'Hôpital René Muret Bigottini peut ainsi connaître de façon plus fine les profils des patients qu'il accueille et se comparer avec les autres structures de l'AP-HP.

Depuis 1998, le profil des patients a évolué tant en ce qui concerne la dépendance, la démence que les soins techniques et relationnels. Le nombre de patients relevant des GIR (Groupes ISO Ressources) 1 à 3 est de 86.40% en 1999 contre 83.70% en 1998. Le GIR moyen pondéré de l'Hôpital René Muret Bigottini est à peu près identique au GIR moyen pondéré de l'AP-HP (791.89 contre 794.09 selon l'enquête AGGIR/Morbidité/soins d'avril 1999). Au global, la répartition entre les GIR 1,2 et 3 et les GIR 4,5 et 6 est identique. Au sein du groupe GIR 1,2 et 3, la proportion de patients en GIR 1 est identique. Par contre, on observe une petite différence entre les GIR 2 et 3, l'Hôpital René Muret Bigottini ayant une proportion plus forte de GIR 3 que la moyenne des hôpitaux de l'AP-HP. L'Hôpital René Muret Bigottini a 95.2% de ses patients appartenant aux groupes GIR de 1 à 4 (contre 93% pour l'AP-HP), i.e. que 95.2% de ses patients peuvent au mieux soit ne pas assumer seuls leur transfert et doivent être aidés pour la toilette ou l'habillement, soit avoir besoin d'aide pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

En ce qui concerne les pathologies, 64.8% des patients hospitalisés en unités de soins de longue durée à l'Hôpital René Muret Bigottini sont déments (contre 67.2% dans les autres unités de soins de longue durée de l'AP-HP). Les natures du diagnostic se déclinent comme suit :

---

<sup>32</sup> Cf. références bibliographiques (13).

<sup>33</sup> Cf. annexe 2.

Nature du diagnostic	Pourcentage dans l'hôpital	Pourcentage dans les USLD de l'AP-HP
Pathologie endoc.	20.9	24.9
Troubles mentaux	<b>82.9</b>	86
Pathologie du système nerveux	41.3	48.5
Pathologie de l'appareil circulatoire	<b>60.2</b>	60.5
Pathologie ostéo-ar.	13.3	24.4
Symptômes signes	<b>60.2</b>	55.5
Trauma.emplois	12.5	18.1
Présence autres	<b>76.5</b>	76.5

b) Les recommandations en matière architecturale de la réforme entraînant à surface égale une diminution du nombre de lits, il est nécessaire de s'interroger sur les conséquences en terme de politique de ressources humaines.

- Une diminution du nombre de lits à surface égale et à une réorganisation physique des lits.

➤ L'Hôpital René Muret Bigottini a évalué le nombre de lits supprimés ou à supprimer du fait de la mise aux normes d'hébergement sur la capacité en soins de longue durée. En effet, selon le cahier des charges des conventions tripartites, « l'espace privé, comprenant toujours un cabinet de toilettes intégré, doit tendre vers un objectif de surface minimale de :

- 16 à 20 m<sup>2</sup> pour une chambre à un lit,
- 22 à 25 m<sup>2</sup> pour une chambre à deux lits. »<sup>34</sup>

De plus, la proportion de chambres à deux lits ne devrait pas dépasser 5 à 10% de la capacité globale d'un établissement.

Les incidences de la mise aux normes d'hébergement sur la capacité en soins de longue durée de l'établissement se chiffrent en 175 lits supprimés, comme le retrace le tableau suivant.<sup>35</sup>

Soins de longue durée (SLD)	Etat des lieux	Evolution prévisibles (application des recommandations)
Nombre de chambre à1 lit	115	196 dont 60 chambres à2 lits transformées
Nombre de chambres à2 lits	111	25 chambres à2 lits dont 21 chambres à3 lits transformées.
Nombre de chambres à3 lits	28 chambres à3 lits	0
Nombre de lits supprimés *	175 lits de SLD	81 lits de SLD nets des transformations sanitaires
Capacité totale en SLD	421	246
Coûts des investissements nécessaires		20.546MF pour l'humanisation du pavillon Bigottini

\*par l'application des recommandations préconisées dans le cadre de la réforme de la tarification.

175 lits de soins de longue durée seront ainsi supprimés, du fait de l'application des recommandations de la réforme de la tarification toutes choses égales par ailleurs. Ces suppressions ont des incidences en matière d'effectifs.

➤ La réorganisation interne à l'hôpital est aussi à étudier. Organise-t-on un ou plusieurs bâtiment(s) composé(s) uniquement de lits de soins de longue durée ou chaque chef de service conserve-t-il ses lits qui seraient identifiés dans une aile de bâtiment ou une partie du bâtiment ?

Actuellement, les lits de soins de longue durée sont répartis sur les quatre pavillons d'hospitalisation :

Nom du pavillon	Nombre de lits de soins de longue durée	Nombre de lits total
Bigottini	100	120+ 8 places hôpital de jour
Galien	91	185
Hamburger	115	185
Rabelais	115	175

<sup>34</sup> Cf. références bibliographiques (7), annexe I, II.2.2.2.a

<sup>35</sup> Document interne de la Direction des Finances, de la Clientèle et de la Stratégie.

L'avantage d'un regroupement sur un bâtiment de l'ensemble des soins de longue durée est d'avoir un projet spécifique à ces lits, dans lequel n'interfère pas le projet que l'hôpital peut avoir dans le secteur sanitaire. Par exemple, sur les 246 lits restant une fois l'humanisation des locaux effectuée, la totalité du pavillon Bigottini pourrait être dédié au secteur médico-social. Ce bâtiment est en effet sur un autre site que les trois autres pavillons d'hospitalisation et que le bâtiment abritant le plateau médico-technique. De ce fait, de nombreux transports internes de malades par ambulance seraient évités. Ceci permettrait de basculer le pavillon entier dans le secteur médico-social le jour où les unités de soins de longue durée sont redéfinies.

Cependant, l'attractivité de services n'accueillant que du long séjour est faible et y affecter du personnel qualifié et motivé risque d'être problématique. De plus, la capacité du pavillon Bigottini n'est pas suffisante pour accueillir l'ensemble des lits de soins de longue durée et un autre pavillon devrait être dédié en partie ce secteur.

- L'évaluation du nombre d'agents nécessaires et une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont problématiques dans un contexte de réforme encore inachevée.
- La politique d'humanisation des locaux conduite depuis 1994 a déjà posé le problème.

La réflexion sur les conséquences de la diminution du nombre de lits en terme de ressources humaines n'a pas été initialisée uniquement par la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans son volet qualité. En effet, l'Hôpital René Muret Bigottini a amorcé dès 1994 une démarche d'humanisation de ses services d'hospitalisation, ce qui a diminué peu à peu le nombre total de ses lits : la limitation du nombre de lits par chambre entraîne une baisse du nombre de lits total en l'absence d'extension des locaux de l'établissement.

Or, la réduction du nombre de lits a des incidences en terme d'effectifs. Ceci d'autant plus que l'évaluation du nombre d'agents nécessaires se fait à l'AP-HP aux vues de ratios agent/lits élaborés par la DPRS (Direction du Personnel et des Relations Sociales du siège de l'AP-HP). La diminution du nombre de lits de soins de longue durée au sein de l'Hôpital René Muret Bigottini engendre donc un débat sur la ré allocation du personnel au sein de l'AP-HP. Le siège de l'AP-HP insiste sur le fait que les moyens en personnel n'ont pas été

retirés à l'hôpital depuis le début des travaux d'humanisation de l'hôpital et ce malgré la diminution du nombre de lits au global.

Il est à noter, en effet, qu'à la faveur de cette diminution nette de lits, le ratio agent/lit de l'hôpital s'est amélioré depuis 1994.

Année	Emplois budgétés	Equipement en lits	Lits occupés	Ratio agent/lit théorique	Ratio agent/lit occupé
1994	820	771	664	1.06	1.23
1995	828	771	645	1.07	1.28
1996	845	741	644	1.14	1.31
1997	855	717	605	1.19	1.41
1998	850.5	699	601	1.21	1.41
1999	859	699	580	1.22	1.48

Cependant, la faible augmentation des effectifs de l'hôpital accompagnée de la diminution nette du nombre de lits a permis uniquement à l'hôpital de se hisser au niveau de ratios moyens de l'AP-HP.

1999	René Muret- Bigottini	Moyenne AP-HP
Emplois/ lits officiels	1.23	1.21
Emplois/ lits occupés	1.42	1.40
ETP/ lits officiels	1.31	1.35
ETP/ lits occupés	1.51	1.55

- La question devient plus pressante avec la mise en place des recommandations de la réforme de la tarification.

Les recommandations de la réforme de la tarification concernant la surface minimum recommandée par chambre en EHPAD accentuent le phénomène de diminution du nombre de lits à surface équivalente. La question du nombre d'agents ainsi que de leur qualification est donc posée : la réorientation de l'hôpital vers des lits plus médicalisés (extension de l'unité de soins palliatifs, création d'une unité de psycho-gériatrie, développement du court séjour gériatrique...), est souhaitée dans le plan stratégique de l'hôpital.

Ainsi, la diminution nette du nombre de lits s'est accompagnée d'un changement de la nature des lits. De 1993 à 1999, l'Hôpital René Muret Bigottini a diminué ses équipements en lits de soins de longue durée mais parallèlement, augmente le nombre de ses lits restant dans le domaine sanitaire.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1994/ 1999
Médecine	0	20	20	20	20	20	24	+ 24
Rééducation	25	25	25	25	25	35	35	+ 10
Moyen séjour	175	175	175	175	175	185	185	+ 10
Long séjour	576	541	541	511	487	447	447	- 129
Hôpital de jour	10	10	10	10	10	8	8	-2
Total	786	771	771	741	717	699	699	-87

L'évaluation des effectifs en terme qualitatif et quantitatif doit donc être effectuée au regard de la nature des lits (augmentation des lits sanitaires au dépend des lits de soins de longue durée) et au regard de l'augmentation de la dépendance des patients.

Un réexamen des effectifs nécessaires a été effectué au niveau des services de soins dans l'optique de la réouverture de l'hôpital et du changement de nature des lits.

La suppression de 175 lits de soins de longue durée, soit la suppression nette de 95 lits (les 80 lits étant déjà fermés provisoirement du fait des travaux dans l'hôpital le seraient définitivement), implique selon les estimations faites lors de la préparation du plan stratégique la diminution de :

- 111,5 postes de personnel non médical ;
- 28 postes médicaux ;
- 4,565 postes en exploration fonctionnelle.

L'hôpital souhaite cependant redéployer ces moyens. La diversification de l'activité de l'établissement pourrait ainsi être effectuée à un coût moindre (développement de l'hôpital de jour, du court séjour gériatrique, de la psychogériatrie...). De plus, lors des fermetures des demi- pavillons pour travaux depuis 1994 (date du début des travaux d'humanisation), une équipe de suppléance a été créée par redéploiement provisoire du personnel infirmier, aides-soignants et hôtelier affecté à ce demi- pavillon. Cette équipe permet de gérer de façon moins chaotique les absences du personnel, dans un hôpital où le taux d'absentéisme est de 10.67% (toutes cause confondues, hors congés annuels, repos et formation). Réouvrir à

moyens constants la totalité de la capacité de l'hôpital après les travaux signifie donc la perte de cette « soupape de sécurité ».

De ce fait, un travail a été fait afin d'évaluer le nombre de personnel non médical nécessaire à la réouverture, une fois les travaux achevés toutes choses égales par ailleurs et une fois les nouvelles activités acceptées lors de la conférence stratégique installées. Selon ces calculs (faits d'après une évaluation des effectifs nécessaires par pavillons), il manquerait 17 postes d'infirmiers et 29 postes d'aides soignants.<sup>36</sup>

L'évolution du personnel ne doit cependant pas seulement être quantitative. Une évolution de la structure des emplois par grade est envisagée. D'une part, la médicalisation croissante de l'établissement a induit un sur effectif infirmier. La résorption de ce sur effectif est préconisé par la transformation progressive d'un certain nombre de postes d'aides soignants en postes d'infirmiers. D'autre part, l'amélioration de la qualité en matière d'hébergement passe par la professionnalisation des équipes hôtelières : recrutement d'agents qualifiés en restauration et hôtellerie, encouragement des agents à passer des concours de type « ouvrier professionnel » ou « ouvrier d'état » afin de les fidéliser (un grand turn-over est en effet constaté au sein des équipes hôtelières).

Outre les difficultés d'anticipations dues à une réforme peu à peu repoussée et amendée, des questions restent en suspens sur la nature même de certains outils. Un des piliers de la réforme reste cependant l'incitation à la coopération entre les différentes structures.

---

<sup>36</sup> Cf. annexe 3.

**II ) Dans ces conditions, une réorientation de la politique en matière de projet de soins et de vie de l'Hôpital René Muret Bigottini est nécessaire.**

**A) La Convention tripartite crée de nouveaux outils et acteurs qui ne semblent pas toujours adaptés au contexte particulier des hôpitaux.**

La réforme de la tarification crée de nouveaux outils pour les EHPAD. Cependant, ces outils semblent assez peu adaptés au contexte des hôpitaux.

**1) Une « accréditation » sous forme d'engagement moral à des améliorations dans l'avenir.**

La réforme de la tarification nourrit une double ambition par le biais des conventions tripartites. Il s'agit d'une part de réduire les écarts organisationnels et de fonctionnement entre les établissements et d'autre part d'encadrer les évolutions par le biais d'un projet stratégique affiché et partagé.

Le cahier des charges de la convention tripartite a pour but de faire en sorte que chaque établissement réponde aux mêmes objectifs d'organisation et de fonctionnement. Le conventionnement est, de plus, un outil d'encadrement et de régulation de la politique d'hébergement des personnes âgées, qui oblige à la formalisation des projets d'établissement dans le cadre du schéma gérontologique et dans le cas des SSR, du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.).

Un outil d'auto-évaluation d'amélioration de la qualité en EHPAD a été élaboré par la mission MARTHE en collaboration avec des professionnels de santé. Cette auto-évaluation passe par l'étude du profil de l'établissement, la grille d'auto-évaluation proprement dite et les objectifs d'évolution.

L'auto-évaluation couvre des champs différents :

- Attente et satisfaction des résidents et des familles (accueil et admission, droits et libertés, restauration, vie sociale)
- Réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins (maintien de l'autonomie, organisation des soins, aides et soins spécifiques, hôtellerie, personnel)

- L'établissement et son environnement (ouverture sur l'extérieur, sécurité et maintenance, projet institutionnel)
- Démarche qualité.

Cependant, les hôpitaux sont d'ores et déjà soumis à une autre évaluation par la procédure d'accréditation, rendue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996. L'accréditation est « une procédure externe à l'établissement de soins, indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques »<sup>37</sup>. L'A.N.A.E.S., l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, a diffusé un manuel d'auto-évaluation propre, élaboré à partir de l'analyse des méthodes et documentations internationales ainsi que sur les référentiels déjà créés par des établissements de santé, sociétés savantes ...

L'accréditation concerne :

- Les activités sanitaires au sein de l'établissement : MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), les soins de suite, les soins de longue durée à caractère sanitaire,
- Les groupements de coopération,
- Les réseaux de soins.

L'accréditation couvre de multiples champs au travers des référentiels suivants :

- Le patient et sa prise en charge (droits et information du patient ; dossier du patient ; organisation et prise en charge du patient),
- Management et gestion au service du patient (Management de l'établissement et des secteurs d'activité ; gestion des ressources humaines ; gestion des fonctions logistiques ; gestion du système d'information),
- Qualité et prévention (gestion de la qualité et prévention des risques ; vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle ; surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux)

Si les différents critères utilisés par l'ANAES et les critères élaborés par la Mission MARTHE (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement) se ressemblent (la Mission MARTHE a eu des contacts avec l'ANAES), l'utilisation au sein d'une même structure d'un référentiel pour le secteur sanitaire puis d'un autre pour les unités de soins de longue durée dans le cadre d'un hôpital semble peu efficiente. Les personnels ont en effet à se familiariser avec deux outils, n'ayant pas la même philosophie. D'autant plus que l'AP-HP a élaboré son propre référentiel avec la Société Française de Gériatrie

---

<sup>37</sup> Site [anaes.fr](http://anaes.fr)

qui couvre tous les secteurs pouvant concerner un hôpital : urgences, unités de long séjour, intervention hors hôpital...

Les philosophies des deux outils, le manuel de l'ANAES et le manuel de la mission MARTHE, sont de plus différentes.<sup>38</sup> L'accréditation aurait davantage la forme d'un « couperet sanitaire » : le Collège de l'Accréditation de l'ANAES formule ses appréciations de façon graduée<sup>39</sup> :

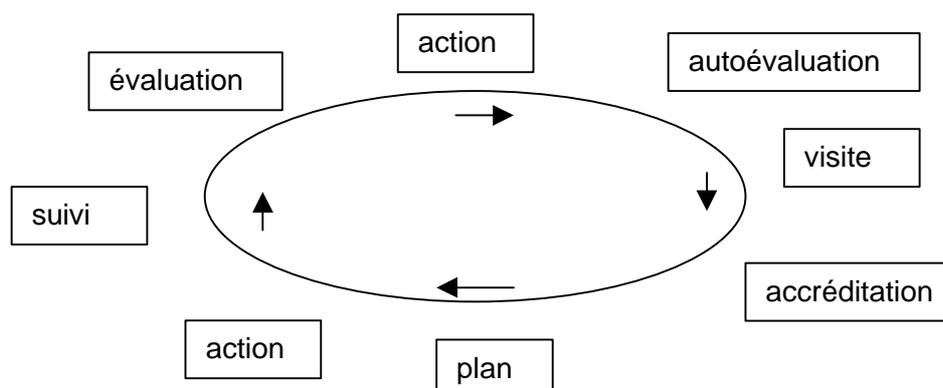
<b>Appréciations</b>	<b>Modalités de suivi</b>	<b>Délai d'engagement entre 2 procédures</b>
<b>Sans recommandations</b>	Par l'établissement de santé	5 ans
<b>Avec recommandations</b>	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi des recommandations en perspective de la prochaine procédure	5 ans
<b>Avec réserves</b>	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi et le transmet à l'ANAES à échéance déterminée	Moins de 5 ans
<b>Avec réserves majeures</b>	L'ANAES demande à ce que l'établissement de santé apporte des solutions aux questions ayant fait l'objet de réserves majeures à échéance donnée	Moins de 5 ans et visite ciblée à échéance fixée sur les questions ayant fait l'objet de réserves majeures

La démarche d'amélioration de la qualité est faite en interne dans un premier temps, puis passe par un examen externe avec le passage des auditeurs et la transmission de leurs conclusions. Les réserves émises par le Collège de l'Accréditation de l'ANAES engagent l'hôpital : celui-ci doit tenir compte de ces réserves et doit apporter des solutions sur les sujets ayant suscité des réserves majeures à une échéance fixée.

<sup>38</sup> Entretiens à la CNAM et à la Mission MARTHE.

<sup>39</sup> Site Anaes.fr

## Démarche qualité



La convention tripartite quant à elle prend la forme d'une « convention d'objectifs » à partir de l'évaluation : l'établissement s'engage vis à vis de ses partenaires extérieurs à améliorer ses prestations dans un délai de 5 ans. L'ambition du référentiel MARTHE serait que les établissements à partir de l'auto-évaluation se posent des questions sur l'ensemble des champs couverts par le référentiel et qu'à partir de là ils dégagent leurs points faibles et leurs points forts, et qu'ils hiérarchisent les points qu'ils veulent améliorer dans un premier temps. Le référentiel MARTHE permettrait donc d'amorcer une réflexion en interne, il ne constitue pas un cadre normatif rigide. C'est d'ailleurs sur cette base que les organisations représentatives de l'hébergement des personnes âgées, dont la FHF, ont participé à la rédaction de ce guide.

La convention et son cahier des charges ne sont pas non plus normatifs : d'après les conclusions sur Conseil d'Etat de la Commissaire du Gouvernement sur la prestation spécifique dépendance et la tarification des établissements<sup>40</sup>, le contenu de la convention tripartite n'est pas opposable. Le référentiel MARTHE doit être compris comme des recommandations, un but à atteindre. Le conventionnement serait donc à appréhender comme la fixation d'objectifs à moyen terme et à long terme, objectifs qui ne sont opposables à aucune des parties signataires.

Cependant, la non-opposabilité de la convention tripartite risque d'avoir des effets pervers. En effet, si aucun des engagements de la convention n'est opposable, la convention risque de ne fixer que des objectifs de type affichage. Le fait que l'établissement n'ait pas de

---

<sup>40</sup> Cf. références bibliographiques (14).

compte à rendre sur l'atteinte de ces objectifs<sup>41</sup>, le fait que l'établissement à son tour, ne puisse se prévaloir d'éléments de la convention pour contester la fixation d'un tarif par exemple, pourraient transformer les objectifs fixés par la convention en vœux pieux.

Les objectifs fixés risquent de ne devenir que des états idéaux à atteindre mais qui n'engagent pas les parties à mettre les moyens financiers adéquats pour y arriver. La situation peut de ce fait devenir problématique pour la gestion de l'EHPAD, à l'incertitude quant à l'évolution de l'environnement (incertitude intégrée dans les stratégies d'établissements) s'ajoutant l'incertitude quant à la tenue de leur engagement des partenaires.

D'une part, concernant la gestion financière, l'évolution des tarifs par avenants annuels, ne pourra pas être influencée par le rappel des objectifs initiaux fixés par la Convention. De ce fait, le budget d'un établissement pourra être revu à la baisse sans que pour autant les objectifs ne soient amendés. L'atteinte d'objectifs élaborés au regard d'une situation financière plus favorable devient alors problématique. D'autre part, concernant la gestion des ressources humaines, la position d'un Directeur contraint de revoir ses objectifs à la baisse durant la durée de validité de la Convention risque d'être inconfortable vis à vis du personnel. Les projets d'amélioration de la qualité engendrent en effet de grands espoirs et attentes. La déception et le ressenti en sont d'autant plus forts en cas d'échec.

L'ANAES n'est pas missionnée pour accréditer les EHPAD<sup>42</sup>. Mais l'accréditation n'est pas une fin en soi mais une méthode pour améliorer de façon continue la qualité. Accréditation et réforme de la tarification ont donc en commun cette démarche qualité.<sup>43</sup> Cependant, l'intérêt pour les professionnels d'utiliser deux référentiels pour une même structure paraît peu probable.

Ainsi, pour un hôpital comme l'Hôpital René Muret Bigottini qui abrite des unités de soins de longue durée et des secteurs sanitaires, les deux référentiels d'évaluation différents devront s'appliquer. L'un pour la partie long séjour, l'autre pour la partie sanitaire. Les résultats de l'évaluation seront sanctionnés dans un cas et n'auront comme conséquence que la fixation d'objectifs non opposables à 5 ans dans l'autre.

A côté de sa démarche d'accréditation, l'hôpital aura donc à évaluer ses services de façon plus adaptée aux établissements hébergeant des personnes âgées.

---

<sup>41</sup> Sauf concernant l'évaluation, la notation des directeurs fonctionnaires par exemple.

<sup>42</sup> Cf. annexe 4.

<sup>43</sup> C. Lachenaye Llanas, Directrice de l'Accréditation, ANAES, Sciences Po Formation

2) La difficulté sur le terrain d'appréhender la figure du médecin coordonnateur au sein d'un hôpital, acteur qui semble plus adapté à un contexte de maisons de retraite ou de petites structures.

« L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique » (annexe I du décret). Les deux autres objectifs visés sont l'amélioration de la qualité et la rationalisation des dépenses de santé.

a) Les missions et le profil du médecin coordonnateur sont explicitées dans l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite.

Dans l'annexe I de l'arrêté, l'une des missions du médecin coordonnateur est de définir les priorités de soins avec l'équipe soignante. De plus, « il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins, à la formation gériatrique continue du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins ».

- Le profil du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur médical du directeur de l'établissement, des différentes administrations ainsi que des caisses d'assurance maladie et des collectivités territoriales.

Ce médecin est désigné par le directeur de l'établissement, éventuellement sur proposition des médecins intervenant dans l'établissement. Il est nommé pour une durée de trois à cinq ans.

Le médecin coordonnateur devrait être compétent en gériatrie, acquise par sa pratique antérieure et par sa formation (diplôme d'université ou capacité en gériatrie, DESC en gériatrie, module validé dans le cadre de la formation continue médicale).

L'existence et les missions du médecin coordonnateur doivent être reconnues par les éventuels intervenants libéraux dans l'établissement. Ces derniers doivent donc adhérer de façon plus générale au règlement intérieur de l'établissement.

- Les missions du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur élabore et met en œuvre le projet de soins de l'établissement, partie du projet de vie ou du projet d'établissement. De ce fait, une collaboration étroite entre le directeur et le médecin référent doit exister. Il s'assure en lien avec le directeur que les soins sont prodigués 24h/24, 7 jours/7.

Le médecin coordonnateur assure la coordination des différents intervenants de soins libéraux ou externes dans l'établissement.

En outre, le médecin coordonnateur donne son avis sur les admissions, afin de permettre une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'établissement. Il peut être lui-même en charge des visites d'admission.

La fonction d'évaluation fait aussi partie de ses missions : il évalue la qualité du dossier médical, du dossier de soins infirmier.

De plus, il fixe avec le pharmacien une liste type de médicaments utilisés dans l'établissement en collaboration avec les médecins intervenant dans l'établissement. Cette activité a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux personnes âgées accueillies, ainsi qu'à une optimisation des dépenses. L'arrêté rappelle en effet le contexte de nécessaire « maîtrise des dépenses de santé ».

Il élabore le rapport d'activité médical et a un rôle incitatif et de sensibilisation auprès du personnel soignant pour la formation et la diffusion de l'information en matière de gérontologie.

b) Le médecin coordonnateur, un « mouton à 5 pattes »<sup>44</sup> peu adapté aux hôpitaux ?<sup>45</sup>

L'introduction d'un médecin coordonnateur dans les EHPAD semble bien adapté au contexte de petits établissements où de multiples intervenants extérieurs sont parties prenantes. Le médecin coordonnateur permettrait, s'il a suffisamment de pouvoirs et qu'il est réellement reconnu par ses tiers (l'adhésion formelle au règlement intérieur ne peut pas toujours être suffisante), de tendre vers une organisation médicale et paramédicale plus cohérente et plus uniforme sur l'ensemble d'un établissement.

---

<sup>44</sup> Dr Sopena, MG France, Sciences Po formation.

<sup>45</sup> entretiens Mme le Dr Dubuisson, M le Pr Vetel, Mme le Dr Vuillemin

Pour avoir suffisamment d'ascendant sur les autres intervenants, ce médecin devra ainsi passer suffisamment de temps dans la structure pour la connaître, et y être reconnu. Ceci pose un problème aux petites structures, où les médecins n'interviennent que très ponctuellement.

Le médecin coordonnateur est en quelque sorte le bras droit médical du Directeur. Il est nommé par le Directeur et l'objectif est de créer un véritable binôme entre les deux : il est en effet important que soient prises en accord entre les deux parties les décisions sur les admissions (critères, procédures...), sur les évaluations des charges en soins et leurs conséquences et enfin sur le type de coordination. Par conséquent, il agit en tant que médecin mais il est intégré à l'équipe de direction pour la résolution de problèmes non médicaux. Cependant, «le médecin aura-t-il la liberté, la capacité à répondre à tout ? »<sup>46</sup>

La figure du médecin coordonnateur dans un hôpital est cependant plus dure à appréhender. Dans le cadre d'un hôpital où le nombre de lits de soins de longue durée est très faible, l'exercice de cette double casquette coordination des soins et fonction de soins peut être dévolue au seul praticien hospitalier, ou médecin, qui y exerce. Cependant, dans ce cas, si un seul médecin intervient, l'intérêt de la fonction est minime, sauf à prévoir dans le futur l'arrivée de médecins libéraux traitants des patients accueillis en soins de longue durée. Si la liberté de choix du médecin doit être respectée en EHPAD, alors l'accès d'un médecin extérieur à l'hôpital ne peut être interdit : l'hôpital duquel dépend l'unité ou les unités de soins de longue durée ne pourra pas imposer ses propres médecins.

Dans le cas d'un hôpital où les unités de soins de longue sont regroupées en seul service, on peut penser que le rôle de médecin coordonnateur sera dévolu au chef de service. Mais les deux fonctions ne sont-elles pas redondantes ? En effet, les missions d'un chef de service et celles d'un médecin coordonnateur se recoupent : le projet de service sera en quelque sorte le projet de soins.

Au sein de l'Hôpital René Muret Bigottini, l'organisation géographique interne joue sur la désignation du médecin coordonnateur. Si le choix avait été fait de réunir les unités de soins de longue durée au sein d'un même service, le médecin coordonnateur aurait été le chef de service. Cependant, si les lits de soins de longue durée sont certes isolés des lits sanitaires, mais répartis par ailes dans différents services (et donc pavillons), la désignation du médecin coordonnateur est plus difficile. Si la désignation du médecin coordonnateur par le directeur

---

<sup>46</sup> J. Clément, Département MATHIS, ENSP, Sciences Po Formation

se fait sur proposition des médecins intervenants, le médecin coordonnateur aura une certaine légitimité vis à vis de ses pairs. Cependant, la question reste entière quant à savoir quel degré d'autorité ce médecin aura sur les autres dans les cas conflictuels.

De plus, le médecin coordonnateur aura-t-il une réelle place aux côtés du président du Comité Consultatif Médical <sup>47</sup> et du CCM lui-même ? Le décret du 2 octobre 1992 prévoit au niveau local un rôle de conseil auprès du Directeur pour le CCM, en ce qui concerne les grands choix stratégiques et d'organisation médicale. (article R 716-3-14 du code de la Santé Publique). Les missions du CCM et du médecin coordonnateur se recoupent donc pour partie. Le médecin coordonnateur risque de présenter le projet de soins de son service comme tous les chefs de service présentent leur projet de service : le lien particulier avec le directeur risque ainsi d'être quelque peu illusoire.

## **B ) Une prise en charge globale du grand âge passe pour l'Hôpital René Muret Bigottini par le développement de filières d'activités et la diversification de ses activités.**

La diminution du nombre de lits de soins de longue durée au sein de l'Hôpital René Muret Bigottini et ses conséquences en terme de dotation en personnel et activité incitent à développer les complémentarités entre l'hôpital et les autres acteurs locaux et à diversifier l'activité de l'hôpital dans le secteur sanitaire. Ceci permettra une prise en charge globale de la personne âgée.

### **1) Développer une véritable filière de soins gériatriques semble indispensable pour que l'hôpital prenne en charge au mieux les personnes âgées.**

Il est primordial d'appréhender la prise en charge des personnes âgées dans leur ensemble et par conséquent d'analyser la totalité de la trajectoire de ces personnes. Pour cela, le parcours doit être analysé non pas seulement au sein d'un établissement mais aussi au travers des articulations institutionnelles<sup>48</sup>. Face à l'hétérogénéité des pratiques et à un

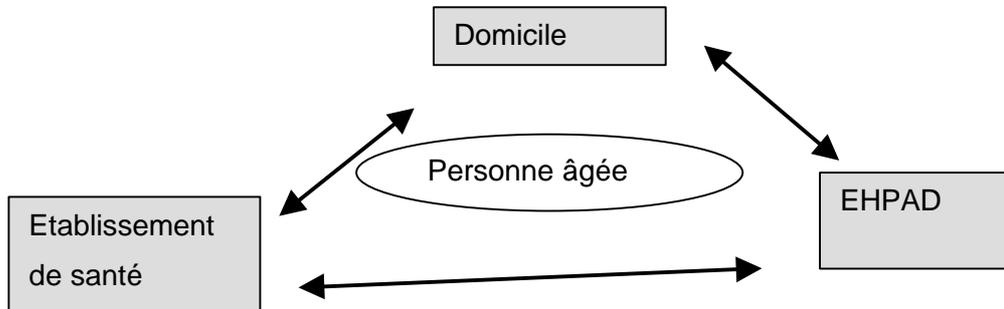
---

<sup>47</sup> Le CCM est l'équivalent de la Commission Médicale d'Etablissement qui elle siège au niveau central. L'AP-HP étant un seul et même établissement au niveau juridique, il y a donc une CME centrale et des CCM au niveau de chaque hôpital.

<sup>48</sup> Groupe de travail sur la filière des soins gériatriques de la Direction des hôpitaux. CR de la réunion du 27.04.2000.

système de santé relativement cloisonné, créer des complémentarités entre les différents acteurs est nécessaire.

#### Trajectoire des personnes âgées.



De ce fait, l'hôpital développe des complémentarités vers les hôpitaux voisins de l'AP-HP, s'affirmant ainsi comme pôle gériatrique et tente de s'inscrire, dans l'esprit de la réforme de la tarification, dans un véritable réseau gériatrique.

a) Le développement des complémentarités internes AP-HP : la constitution d'une filière de soins gériatrique entre hôpitaux AP-HP.

L'objectif est d'accueillir les personnes âgées dans une filière gériatrique complète. En préservant une capacité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'Hôpital René Muret Bigottini renforce son statut de pôle de gériatrie au sein des établissements du CHU de Bobigny. Ces complémentarités lui permettent de prendre place à part entière dans la filière de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et/ou de dépendance n'ayant pas besoin d'examen spécialisés et/ou urgents.

En théorie, une filière gériatrique complète est composée des structures suivantes :

- Des urgences où fonctionne une structure d'accueil et d'orientation.

Cette structure a pour fonction de repérer les éventuels problèmes médicaux et sociaux et d'orienter les personnes vers le type d'accueil adapté à leur situation. L'Hôpital René Muret Bigottini et les deux hôpitaux de l'AP-HP voisins, Avicenne et Jean Verdier, ont ainsi développé un service d'accueil des urgences (SAU) gériatrique tripolaire. Cette prise en charge des personnes âgées passe par deux actions :

- Le SAU gériatrique tripolaire permet une prise en charge globale des personnes âgées hospitalisées : une expertise gérontologique multidisciplinaire est en effet effectuée au SAU d'Avicenne ou de Jean Verdier (expertise médicale, paramédicale et sociale) par la mise en place d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale missionnés par l'établissement gériatrique. Cette collaboration entre les trois hôpitaux engendre une prise en charge le plus précocement possible du patient âgé poly pathologique en période de crise dans une structure adaptée. Le transfert immédiat ou différé (après un court séjour dans le secteur d'hospitalisation d'urgence de l'hôpital Avicenne ou Jean Verdier) vers les secteurs de gériatrie aiguë de l'hôpital René Muret est organisé après une évaluation diagnostique et thérapeutique du malade âgé et l'information du patient et de sa famille. L'évaluation s'effectue en partenariat entre le médecin du site d'accueil et le gériatre affecté par l'Hôpital René Muret Bigottini.

- Afin de compléter l'information orale donnée aux familles, un livret d'accueil spécifique à destination des patients et les familles est en création. En plus des modalités de prise en charge proposée, le livret permettra dès la décision de transfert de connaître différentes coordonnées nécessaires, la liste des formalités à effectuer.

- Un court séjour gériatrique qui prend donc en compte la spécificité des patients âgés.

L'unité de court séjour gériatrique est composée de 24 lits dont 4 lits de soins palliatifs. Le coefficient d'occupation de cette discipline était de 115.34% en 1999. Le développement de la prise en charge des malades à partir des établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), en augmentant la capacité de court séjour gériatrique dédiée à la prise en charge des patients des SAU Jean Verdier, Avicenne (lit d'aval des urgences), aurait permis le renforcement de la filière. Cependant, si le projet d'extension en lits du court séjour gériatrique, présenté lors de la préparation du plan stratégique de l'AP-HP, a été médicalement validé, sa réalisation concrète est compromise. Le siège de l'AP-HP indique en effet que compte tenu du secteur sanitaire excédentaire et de l'impossibilité de redéployer des moyens depuis Paris intra-muros, la création des 20 lits demandés devra se faire par transfert d'autorisation et des moyens depuis les hôpitaux Avicenne et Jean Verdier.

- Les soins de suite et de réadaptation.

Les hôpitaux René Muret Bigottini, Avicenne et Jean Verdier ont pour objectif dans ce domaine d'harmoniser les procédures de demandes de transfert en unité de soins de suite et de réadaptation afin de faciliter les transferts et les admissions dans cette discipline. La présence de gériatres de l'Hôpital René Muret Bigottini au sein des services des deux hôpitaux partenaires permettra de décider de façon précoce d'un transfert en soins de suite et de réadaptation, par le biais d'une évaluation gériatrique. L'Hôpital René Muret Bigottini va étendre sa capacité d'accueil en soins de suite et souhaite développer des lits de réadaptation.

- L'hôpital de jour gériatrique.

L'hôpital de jour est composé actuellement de 8 places. Le taux d'occupation est de 97.4% en 1999. Face à l'augmentation des demandes en hospitalisation de jour, l'hôpital a souhaité dans son plan stratégique augmenter sa capacité de 12 places. Cette augmentation aurait été accompagnée de la construction d'un bâtiment abritant et l'hôpital de jour et les consultations. Cette création a été reportée au prochain plan stratégique. La constitution d'un pôle de l'hôpital tourné vers l'extérieur est donc reportée. De plus est étudiée la possibilité de créer une filière d'entrée par la médecine de ville.

- L'hôpital psychogériatrique.

Une unité de 9 lits de psychogériatrie ainsi qu'une équipe mobile interne intervenant auprès des équipes des autres services et proposant des consultations externes aux partenaires de ville sera créée à l'horizon 2001.

- Une équipe de réinsertion à domicile.

La mise en place d'un dispositif d'aide au retour est envisagée au travers de la constitution d'un réseau.

Cette coopération permet à l'Hôpital René Muret Bigottini de s'affirmer comme le pôle gérontologique du CHU de Bobigny et d'offrir l'ensemble des soins nécessaires aux personnes âgées. Dans ce cadre, l'hébergement des personnes âgées dépendantes fait

partie de la prise en charge de cette population âgée, une fois qu'elle ne peut plus retourner à domicile.

b) L'ouverture vers l'extérieur : la constitution d'un réseau gérontologique intégrant tous les acteurs locaux.

Le Conseil général de Seine Saint Denis travaille à l'élaboration d'un Schéma Départemental Gérontologique. Les avis des différents acteurs sont identiques quant à la nécessaire coordination de leurs actions et à la formalisation de leurs coopérations.

Parallèlement, la circulaire DAS-RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000 crée les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et annonce leur expérimentation en l'an 2000 sur 25 sites et leur développement à partir de 2001.

- L'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur a surtout été faite par le biais de liens bilatéraux.

L'Hôpital René Muret Bigottini a d'ores et déjà commencé à tisser des relations avec l'extérieur.

Ses relations avec les autres hôpitaux de l'AP-HP sont d'ores et déjà développées : l'élaboration du SAU, l'introduction de la télé médecine en matière de radiologie avec Jean Verdier, les projets de transferts d'activité de l'activité d'immunologie du laboratoire ainsi que du laboratoire de pharmacie clinique vers Jean Verdier en sont quelques exemples.

L'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur passe aussi par l'hébergement temporaire, le développement de ses consultations externes et l'ouverture de ses activités aux personnes non hospitalisées. Un pas en ce sens est fait dans le cadre d'un emploi jeune cofinancé par l'Association France Alzheimer et l'hôpital : les activités artistiques proposées par cet emploi jeune regrouperont des malades hospitalisées (en hospitalisation complète ou dans le cadre de l'hôpital de jour) et des personnes âgées adhérentes à l'association.

Cependant, les liens tissés avec les autres acteurs locaux le sont moins. La Direction rencontre certes de façon régulière les Directeurs des maisons de retraite du Département. Cependant, seuls des liens bilatéraux sont esquissés. Il n'y a donc pas de véritable lieu de rencontres entre les professionnels où une réelle coordination entre les différents partenaires existerait.

Le projet d'établissement 2000-2004 prône une politique de partenariat. S'il est prévu de resserrer les liens avec les hôpitaux Avicenne et Jean Verdier, hôpitaux de l'AP-HP, les autres acteurs locaux ne sont pas négligés : l'hôpital R. Ballanger et l'Hôpital René Muret Bigottini cherchent à mettre en commun une procédure d'admission depuis le SAU du premier (si la capacité en court séjour gériatrique de René Muret Bigottini est augmentée). De même, une procédure d'admission en soins de suite et de réadaptation est envisagée, sur le modèle de celles en cours de création avec les deux hôpitaux voisins de l'AP-HP.

Concernant les maisons de retraite, l'hôpital souhaite mieux faire connaître l'offre de soins et formaliser les procédures d'admissions et de sorties. De même, les relations avec les centres municipaux de santé, la médecine de ville et la psychiatrie de secteur seront renforcées et formalisées, le but étant dans un deuxième temps de créer un véritable réseau gérontologique.

Ce dessein est favorisé par la mise en place des Centres Locaux d'Information et de Coordination.

- L'Hôpital René Muret Bigottini souhaite ainsi se positionner comme le moteur de la mise en œuvre d'un réseau ville- hôpital.
- Les CLIC : un « lien ressource »<sup>49</sup> pour les usagers, lieu d'information et d'orientation.

Le cahier des charges des CLIC insiste sur l'importance de la coordination des réponses apportées aux besoins des personnes âgées pour rester à domicile le plus longtemps possible. La coordination des différents acteurs et aides conditionne en effet fortement la qualité de la prise en charge de la personne.

La coordination est nécessaire à trois niveaux :<sup>50</sup>

- « la coordination des financeurs et la planification relevant a priori du niveau départemental (elle est organisée par la loi du 24 janvier 1997),
- la coordination des services à l'échelon infra-départemental,
- la coordination des intervenants autour de la personne prise en charge, quel que soit son lieu de vie »(niveau où interviennent les CLIC).

L'idée sous-jacente des CLIC est la « création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national à partir d'échelons de proximité »<sup>51</sup>. Les CLIC ont

---

<sup>49</sup> Cf. références bibliographiques (15).

<sup>50</sup> Cf. références bibliographiques (15), cahier des charges des CLIC

ainsi une vocation pluridisciplinaire : l'objectif est de prendre en compte non pas seulement les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées (soins, accompagnement de la personne, qualité et confort d'usage du cadre de vie) mais aussi d'y préserver un « supplément d'âme » par la vie sociale, culturelle et citoyenne.

Le cahier des charges des CLIC a été élaboré afin de pouvoir préserver les organisations préexistantes, qu'elles soient conçues sur le modèle « guichet unique » (qui rassemble l'ensemble des missions) ou le modèle « à têtes de réseaux » (où les professionnels remplissent en plus de leur mission principale celle de coordination).

« La délivrance du label CLIC vaudra reconnaissance du rôle fonctionnel de la structure considérée »<sup>52</sup>. Plusieurs niveaux sont prévus pour ce label.<sup>53</sup>

- Label de niveau 1 : Il s'agit d'offrir aux personnes âgées et à leur entourage (famille, amis, médecin...), au sein de leur bassin de vie, un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil. Certains départements ont déjà effectué cette sectorisation par le biais de leur schéma départemental de Gériatrie. L'objectif est d'avoir un lieu identifié où soit disponible toute l'information concernant tous les aspects de la vie de la personne âgée (hospitalisation, vie sociale, hospitalisation à domicile...) en terme de droits et de démarches à suivre. Ce lieu de conseil permettrait de trouver l'information nécessaire dans un seul lieu afin d'éviter un « parcours d'obstacles pour frapper à la bonne porte »<sup>54</sup>, mal vécu par les personnes.
- Label de niveau 2 : il ajoute aux éléments du premier des missions d'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé pour la personne effectués par des équipes médico-sociales pluridisciplinaires, en collaboration avec la personne âgée et son entourage.
- Label de niveau 3 : ce niveau assure l'existence d'un service intégré où s'opèrent le suivi, les évaluations et l'adaptation éventuelle du plan d'aide.

Les CLIC peuvent être organisés :

- Par le biais d'une convention en créant un service coordonné, à partir des services existants fonctionnant sur une zone géographique donnée,

---

<sup>51</sup> Cf. références bibliographiques (15).

<sup>52</sup> Cf. références bibliographiques (15).

<sup>53</sup> Cf. références bibliographiques (15) et entretien avec Mme Bony

<sup>54</sup> Entretien avec Mme Bony

- Ou par le biais d'un service intégré, avec un gestionnaire unique de plusieurs services, s'appuyant sur une structure qui peut être un hôpital, un centre communal d'action sociale, une collectivité territoriale, une association.
- Ou par le biais d'une structure spécifique de coordination des services intervenants.
  - L'Hôpital René Muret Bigottini cherche donc à développer un réseau gériatrique.

L'Hôpital René Muret Bigottini projette de créer un réseau gériatrique lors du plan stratégique 2000-2004. Un accord de principe a été donné par le Siège pour la constitution d'un réseau et pour le positionnement d'un CLIC sur l'hôpital.

Par ce positionnement, l'hôpital s'affirme comme le promoteur d'un partenariat élargi entre les acteurs locaux.

Cette coopération avec les acteurs locaux est d'autant plus importante qu'en 1999, 84% des patients de l'Hôpital René Muret Bigottini sont originaires de Seine-Saint-Denis. 65% des patients entrant à René Muret Bigottini proviennent d'un hôpital de l'AP-HP : cette collaboration est donc à amplifier et améliorer. Cependant les autres hôpitaux et les médecins de villes et les structures de maintien à domicile ne sont pas à négliger : 21% des patients proviennent du domicile et 14% d'hôpitaux hors AP-HP.

Concernant les départs de l'hôpital, 23% des patients sont retournés au domicile en 1999. Les relations entre l'hôpital et les médecins traitants sont donc à développer, non seulement en terme de comptes-rendus d'hospitalisation mais aussi en terme de formation continue par le biais du médecin coordonnateur ou/et de l'Ecole de Gériatrie. Dans ce sens, une enquête de satisfaction des médecins libéraux est en préparation afin d'améliorer les comptes rendus d'hospitalisations etc.

13% des patients sortis de René Muret Bigottini en 1999 sont partis en maisons de retraite. La coopération entre les établissements est donc nécessaire et permettrait à terme d'organiser de façon moins chaotique les transferts de malades. En ne prenant en compte que les deux communes sur lesquelles est implanté l'hôpital, ce dernier aura au moins à collaborer avec 7 établissements hébergeant des personnes âgées.

Nom de l'établissement	Capacité totale (nombre de lits)					
	Foyer logement		Maisons de retraite		Hôpital (soins de longue durée)	
	in	au	in	au	in	au
Aulnay-sous-Bois						
Hôpital Ballanger						60
MDR «le Parc » AFTAM			75	75		
Res. « les Tamaris »	59	59				
Res. du Préfet Chaleil C.A.S.V.P	72	72				
Res. « Les Cèdres »	84	84				
Sevrans						
René Muret-Bigottini					447	447
MDR «villa des Fleurs »		75				
Res. « Les Glycines »	85	85				

MDR : maison de retraite in : installés

Res. : Résidence au : autorisés

Un recensement des transferts par lieux d'accueil serait donc utile afin de formaliser dans un premier temps de procédures de transferts avec les établissements d'hébergements les plus concernés. Cependant, il serait idéal de réunir les intervenants dans un même lieu, si la constitution d'un réseau est recherchée : les relations entre les différents partenaires ne doivent pas être que ponctuelles.

Les modalités concrètes restent à finaliser entre les différents contacts bilatéraux préexistants et de nouvelles coopérations sont à mettre en place.

Ce réseau devrait ainsi « permettre la continuité de la réponse aux besoins évolutifs de la vieille personne ».<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Cf. références bibliographiques (11).

<sup>56</sup> Rapport de l'UHRIF sur la politique des personnes âgées. Site URHIF.fr.

2) La diversification de l'activité, associée à des complémentarités fortes, permettra l'affirmation de l'hôpital comme pôle gérontologique du secteur.

La diversification de l'activité de l'Hôpital René Muret Bigottini n'est pas aisée du fait de l'attente d'une redéfinition des soins de longue durée. D'autres orientations peuvent être cependant prévues sur des bases de réflexion plus stables.

a) La redéfinition des soins de longue durée n'étant pas effectuée, la réflexion sur la réorientation de l'activité repose sur des bases hypothétiques.

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance prévoit dans son article 23-1. une nouvelle définition des soins de longue durée avant le 31 décembre 1998. Ainsi «less établissements publics de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser (...) des soins de longue durée, comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, dans l'attente de la redéfinition desdits soins qui interviendra au plus tard le 31 décembre 1998 ». <sup>57</sup>

Les soins de longue durée n'ont cependant pas été redéfinis. La Direction des hôpitaux a créé en place un groupe de travail à cette fin. Les travaux ont conduit à la création d'un concept ex-nihilo, celui de «soins prolongés ».

Les soins prolongés concernent les patients :

- Ayant une maladie chronique invalidante entraînant un risque de défaillance vitale exigeant une surveillance médicale constante et des soins techniques,
- Ayant une maladie dégénérative,
- Etant en état végétatif.

Un outil de classement pour orienter les patients vers les soins prolongés est en cours d'élaboration. Une étude à partir du PMSI a été réalisée par la Direction des Hôpitaux afin d'appréhender le nombre de patients qui restent plus de 6 mois dans les unités de soins de suite ou en court séjour selon leur âge.

---

<sup>57</sup> Article L.711-2 du code de la santé publique.

Répartition par tranches d'âge des malades restés plus de 6 mois.<sup>58</sup>

	< 15 ans	15-49 ans	50-59 ans	60-80 ans	>80 ans
Soins de suite et de réadaptation	15.36%	57.20%	7.13%	13.31%	7%
Court séjour	24.1%	19.1%	11.7%	27.7%	7.5%

L'objectif est d'éviter que des patients actuellement en court séjour ou en soins de suite et de réadaptation restent trop longtemps dans ces structures. Ainsi, ces patients sont destinés à entrer en soins prolongés.

Le critère d'âge n'est pas mis en œuvre pour la définition de ces nouveaux types de soins. Néanmoins, il faut noter que les plus de 60 ans restés plus de 6 mois en soins de suite et de réadaptation composent environ 20% de cette catégorie et environ 36% des personnes du court séjour restées plus de 6 mois. Or, le fait que ces personnes restent dans ces unités ne signifie pas uniquement qu'elles aient besoin de soins lourds et que, par conséquent, elles entrent dans la définition des soins prolongés. Les difficultés rencontrées pour orienter ces personnes âgées vers une structure adaptée à leur sortie d'hospitalisation sont en effet préoccupantes. La question des unités de soins de longue durée est ainsi encore en suspend.

En effet, cette réflexion ne repense pas la prise en charge des personnes âgées actuellement en unités de soins de longue durée. En effet, les critères définis pour qu'un patient entre en soins prolongés sont stricts, même si les critères d'âge disparaissent. Il est fort probable que les patients actuellement en unités de soins de longue durée ne remplissent pas les critères de soins prolongés.

L'absence de redéfinition des soins de longue durée donne peu de lisibilité quant à l'avenir des patients qui y sont actuellement. Deux hypothèses sont envisagées par la Sous-Direction de l'Evaluation et de l'Organisation Hospitalière<sup>59</sup>. Soit il existe une volonté politique de substituer au concept des soins de longue durée un nouveau concept, les «soins prolongés». Dans ce cas, cela signifie qu'est attaché aux soins prolongés un mode de financement qui serait sur les mêmes bases que les MCO. Soit les soins prolongés sont intégrés à l'article 711-2 du code de la santé publique, comme un sous-ensemble des soins

---

<sup>58</sup> Réunion du comité de pilotage « outil soins prolongés » du 20 juin 2000, DH

<sup>59</sup> Réunion du comité de pilotage « outils soins prolongés » du 18 septembre 2000.

de suite. La Direction des hôpitaux semble penser que dans ce cas, par conséquent, il n'y aurait pas d'obligation à redéfinir les lits de long séjour qui occupés par des personnes âgées de plus de 60 ans relèveront du champ médico-social.

Pour l'Hôpital René Muret Bigottini, cela signifierait qu'une majorité de ses lits passeraient dans le secteur médico-social : l'hôpital deviendrait ainsi un hôpital peu doté en nombre de lits mais une structure en EHPAD très importante. En 1999, l'établissement comprenait 447 lits de soins de longue durée sur 699 lits. Toutes choses égales par ailleurs, le passage des soins de longue durée en secteur médico-social signifierait qu'environ 64% des lits quitteraient le secteur sanitaire. L'attractivité de l'hôpital auprès des personnels soignants n'en sera que moindre, dans un hôpital où le recrutement, des infirmières notamment, est difficile. Ce sera d'ailleurs le cas de l'ensemble des EHPAD dans un contexte de raréfaction du personnel soignant.

De plus, l'orientation de l'activité vers le domaine sanitaire des soins prolongés est mal – aisée : en l'absence d'une définition pérenne des soins prolongés, l'établissement ne peut se positionner sur ce secteur. Les questions concernant les autorisations de lits pour ce secteur, les moyens alloués etc. ne sont en effet pas réglées.

b) De nouvelles orientations sont cependant à étudier.

Face à la diminution du nombre de lits de soins de longue durée et le faible nombre relatif en court séjour gériatrique et en soins de suite et de réadaptation, l'Hôpital René Muret Bigottini pourrait être à terme menacé en tant que structure sanitaire. En effet, si l'ensemble des lits de soins de longue durée entrent dans le secteur médico-social une fois les «soins prolongés » mis en place, l'hôpital ayant davantage de lits en soins de longue durée qu'en lits sanitaires risque d'être à terme spécialisé dans le médico-social. L'hôpital doit donc développer ses spécificités et se poser comme un acteur spécialisé et incontournable dans la prise des personnes âgées. Il a pour cela à développer encore un peu plus son expertise gériatrique, être acteur des alternatives à l'hospitalisation et définir avec précision ses critères d'admission.

- Le développement de l'expertise gériatrique permettra une reconnaissance croissante du rôle de l'hôpital dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

L'hôpital dispose d'une Ecole de Gérontologie. L'ouverture de cette dernière aux acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées serait par conséquent utile, afin de diffuser les savoirs de l'hôpital. Certaines maisons de retraites et centres municipaux de santé ont d'ors et déjà formulés des demandes en ce sens. De plus, l'hôpital ne peut répondre aux demandes de conseils concernant les soins palliatifs et leur prise en charge. De nombreux domaines d'expertise pourraient ainsi être développés : soins palliatifs, nutrition...

La reconnaissance de l'hôpital comme expert en matière de gérontologie passe aussi par le développement de ses consultations externes. Le développement de ces consultations et leur diversification permet d'une part de permettre une prise en charge gériatrique des patients consultants et d'autre part de faire connaître et reconnaître l'hôpital. En cas d'hospitalisation ultérieure, le patient connaît déjà la structure et le sentiment de rupture avec le quotidien est atténué.

- Aider les aidants, favoriser les alternatives à l'hospitalisation : se détacher de l'hospitalo-centrisme.

Une collaboration entre les différents acteurs du système de prise en charge des personnes âgées passe par une réelle participation de l'hôpital. L'accueil temporaire à l'hôpital permet de soulager les aidants sur une période donnée et est par conséquent un facteur favorisant la réussite d'une politique de maintien à domicile. De plus, en resserrant ses liens avec l'Hospitalisation à Domicile (HAD à l'AP-HP), l'hôpital peut d'une part mieux organiser d'éventuels retours à domicile et d'autre part permettre des aller-retour entre le domicile et l'hôpital en cas de crise aiguë.

- Définir les pôles d'activités

Une réflexion sur les critères d'admission ne peut être évitée. L'Hôpital René Muret Bigottini applique actuellement un critère d'âge : les patients doivent avoir plus de 60 ans. Cependant, la création de la notion de «soins prolongés » implique la disparition de ce critère si l'hôpital souhaite se développer dans ce secteur.

La création, repoussée, d'un Centre de Jour avait pour but de diversifier les activités médico-sociales de l'hôpital que ce soit au bénéfice de ses patients que de personnes âgées vivant à l'extérieur. Les activités répondraient à des objectifs occupationnels et de socialisation. Cette création nécessite la construction de nouveaux locaux et 5 postes de personnel non médical devrait y être affecté.

L'hôpital se présenterait ainsi comme un hôpital de gériatrie et comme un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, l'un et l'autre reconnus pour leurs connaissances spécifiques en gériatrie et la diffusion de leur savoir.

## Conclusion

La réforme de la tarification des EHPAD ne semble pas toujours très adaptée au contexte des hôpitaux et semble viser davantage les établissements qui étaient auparavant dans le secteur médico-social. Cependant, cette concordance imparfaite a engendré une réflexion sur les missions des hôpitaux, et ce, avec encore plus d'acuité, dans un hôpital de gérontologie comme l'Hôpital René Muret Bigottini.

La réflexion existait déjà dans le cadre de la politique d'humanisation des pavillons d'hospitalisation de l'hôpital. Les recommandations architecturales ont structuré encore davantage la discussion, en entraînant la diminution du nombre de lits de long séjour sans que la création d'autres lits sanitaires ne puissent la compenser. Les conséquences en matière de ressources humaines, de projet d'établissement sont considérables. L'Hôpital René Muret Bigottini a donc repensé sa stratégie d'établissement : s'il veut conserver son statut d'hôpital, il doit conserver et développer son rôle de pôle gérontologique du CHU de Bobigny, ainsi qu'obtenir une reconnaissance de son excellence auprès des acteurs locaux. La conservation des lits de soins de longue durée, devenus lits du secteur médico-social, lui permet d'offrir en son sein une prise en charge globale de la personne âgée, du court séjour gériatrique au long séjour, en passant par les soins de suite et de réadaptation, la psychogériatrie et les soins palliatifs. Le développement de nouvelles activités lui permet de s'affirmer comme acteur incontournable de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de donner un second souffle à l'hôpital et accroître la motivation de son personnel.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- (1) « Le nombre de personnes âgées dépendantes ne cesse d'augmenter dans l'Union Européenne », Le Monde, 04.08.2000, p. 7.
- (2) Livre Blanc pour une prestation autonomie, Comité National des Retraités et des Personnes Agées (CNRPA) et les organisations représentatives de l'aide à domicile et de l'accueil en établissement (site de la Maison de Retraite Publique St Nicolas).
- (3) Mme Guinchard-Kunstler, « Vieillir en France, enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », rapport parlementaire, octobre 1999.
- (4) Loi n°97.60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance
- (5) Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- (6) Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- (7) Arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- (8) Rapport d'étape sur la réforme de la tarification des EHPAD, sous la direction de A.M. Burdet, groupe de travail AP-HP.
- (9) Tableau de bord régional sur la santé, Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, 1998.
- (10) Projet de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de l'Ile de France 1999-2004, Agence Régionale d'Hospitalisation de l'Ile de France, avril 1999.
- (11) Mini-Fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France, Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, décembre 1999.
- (12) Arrêté du 23 juillet 1999, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de l'Ile de France 1999-2004.
- (13) Soins médicaux et techniques importants, PATHOS Pondéré Moyen, document de travail de la CNAM, mai 2000.
- (14) « Prestation spécifique dépendance et tarification des établissements : validation par le Conseil d'Etat des décrets d'application », Conclusions du Commissaire du

Gouvernement, Chroniques, Revue de droit sanitaire et social, avril- juin 2000, p.438-462.

(15) Circulaire DAS-RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000.

(16) Rapport sur la politique des personnes âgées, Union Hospitalière Régionale d'Ile de France, site UHRIF.fr

## **REUNIONS, ENTRETIENS.**

### **Entretiens :**

- Mme Bony, chef du bureau TS2 à la Direction des Affaires Sociales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le 15 juin 2000. (cahier des charges des CLIC)
- Mme Dubuisson, Conseiller technique, Direction des Affaires Sociales, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Mission MARTHE, le 15 juin 2000. (guide d'autoévaluation)
- M. Herlicoviez, chef de bureau du financement des établissements de santé, Direction des Hôpitaux, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- Mme Oliveau, surveillante-chef du centre de gérontologie et des deux services de soins de longue durée du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire (dans le cadre du séminaire interprofessionnel, ENSP), septembre 1999.
- M Vetel, PH au Centre Hospitalier Le Mans, Président du Syndicat national de Gérontologie Clinique, le 06 juin 2000.
- Mme Vuillemin, CNAM, le 5 juillet 2000.

### **Réunions extérieures à l'hôpital (par ordre chronologique)**

- Conseil National de la Consommation, groupe Maisons de retraite, le 30 juin 2000.
- Réunion FEHAP, FHF, UNCASS, UNIOPPS du 6 juin 2000 pour la préparation d'une «contre réforme ».
- Réunion du Comité de Pilotage «outil soins prolongés », Direction des hôpitaux, les 20 juin et 18 septembre 2000.
- Réunion de la Commission de Normalisation, AFNOR, élaboration de normes qualitatives pour les établissements hébergeant des personnes âgées (première réunion).
- Réunion de la Commission Personnes Agées de la Fédération Hospitalière de France (FHF), intervention de J.R. Brunetière : présentation du projet de décret modifiant la réforme de la tarification, le 11 septembre 2000.

### **Colloques :**

- Sciences Po formation, La réforme de la tarification dans les EHPAD, 26 juin 2000 notamment les interventions de :
  - C.Lachenaye Llanas, Directrice de l'Accréditation, ANAES,

- Dr. P. Sopena, MG France
- J. Clément, Département MATHIS, ENSP.
- Hôpital Expo, VI<sup>ème</sup> Assises Nationales du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées, «loi de 1975 et réforme de la tarification », 17 mars 2000.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **Textes officiels**

- Circulaire DAS-RV2 N°2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005.
- Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Circulaire MARTHE/DAS/DH/DSS N°99-369 du 25 juin 1999 relative à la simulation sur l'exercice 1998 de l'impact pour les différents financeurs de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), à partir d'un échantillon représentatif de 1000 établissements.

## **Articles**

- BOURGUIGNON (Agnès).-« La PSD serait remplacée par une aide personnalisée plus généreuse ».- Le quotidien du médecin n°6708, 17 mai 2000, p.9.
- COLLECTIF, Dossier :« La réforme de la tarification des EHPAD ».- Tendances, Informations hospitalières et médico-sociales, n°17, octobre 1999, p.3-6.
- COLLECTIF, Hors Série « Spécial réforme de la tarification », le Mensuel des maisons de retraite, septembre 1999.
- COURAULT (Sophie).-« La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes ».- Actualités sociales hebdomadaires, 30 avril 1999, p.13-20.
- DEFONTAINE (Joël).-« Oui à la réforme de la tarification des EHPAD ».- Actualités sociales hebdomadaires, 18 juin 1999.p.25-26.
- DUCOUDRAY(J.M), LEROUX (R.), PREVOST(P.), VETEL(J.M.), VUILLEMIN(C.).-« Le modèle PATHOS : Principes de la méthode ».-Supplément à la Revue de gériatrie, tome 22, n°8, octobre 1997.
- JARRE (Stéphane).-« Marthe et Ernest sont à pied d'œuvre ».-Espace social européen du 24 au 30 septembre 1999, p.21-22.
- MANDRAUD (Isabelle).-« Jean-Pierre Sueur (PS) propose une réforme profonde de la prestation dépendance ».- Le Monde, 16 mai 2000.
- MIEKUZ (Nathalie).-« Une désapprobation générale ».- Actualités sociales hebdomadaires n° 2114, 9 avril 1999, p.21-22.

## **Documents de travail**

- Enquête AMS, AGGIR, Morbidité, Soins, Direction de la Politique Médicale AP-HP, juillet 1999.
- MARTHE-ENSP, Améliorer la Qualité en EHPAD, l'outil d'auto-évaluation, document, version de juin 2000.
- Proposition pour une nouvelle réforme de la tarification des EHPAD, propositions de la FEHAP (Fédération des Etablissements d'Hospitalisation Privés), FHF (Fédération Hospitalière de France), UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale), UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) au gouvernement, juin 2000.
- L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris s'engage, Projet 2000, mai 1996.
- Schéma en faveur de la population âgée de la Seine-Saint-Denis, synthèse réalisée par l'équipe technique du département chargé de l'élaboration et de la rédaction du schéma, 31 mai 2000.
- Modèle PATHOS, niveaux de soins nécessaires, algorithme de calcul des indicateurs, Syndicat National de Gérontologie Clinique, Service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, septembre 1997.
- Projet de protocole d'accord entre le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, les organismes d'assurance maladie, l'assemblée des Départements de France et les organisations représentatives des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, 25 mars 2000.
- Projet de décret modifiant les décrets n°99-316 et n°99-317 relatifs aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, 16 août 2000.
- L'hospitalisation à domicile en France, bilan et propositions, rapport du groupe de travail coordonné par la Direction des Hôpitaux, juin 1999.
- Projet de circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD ; crédits sur l'ONDAM 2000.
- Projet de convention tripartite, AP-HP
- Compte-rendu de la réunion du 27 avril 2000 du groupe « filière de soins gériatriques », Direction de Hôpitaux, juin 2000.

## **Ouvrages**

- ANAES- Manuel d'accréditation des établissements de santé- Direction de l'accréditation, février 1999.
- DUPONT (Marc)- L'assistance Publique Hôpitaux de Paris, organisation administrative et médicale, DOIN/AP-HP, 1998.

- FOURCADE (A.)- L'accréditation des établissements de santé, édition DOIN/AP-HP, 1998.

**Contributions personnelles :**

L'évaluation et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vivant en établissement, Séminaire interprofessionnel, 1999, ENSP