



EHESP

**Directeur d'Etablissement Sanitaire, et
Social Public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Les unités de soins de longue durée,
à la jonction du sanitaire et du
médico-social**

*Comment en garantir la spécificité dans un centre
hospitalier gériatrique ?*

Céline Montigny-Frapy

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Dominique De Wilde, Directrice du groupe hospitalier Charles Foix, pour m'avoir accueilli dans son établissement et surtout permis de mener à bien mon projet de professionnalisation. J'associe à ses remerciements Laure Wallon, directrice adjointe chargée des services financiers, pour son accompagnement et son soutien durant ce parcours professionnalisant.

Je remercie également Monsieur Michel Borgetto, professeur de droit public responsable du Master de droit sanitaire et social à l'université Panthéon-Assas, pour les enseignements prodigués, qui ont contribué à approfondir ma formation.

Je remercie Madame Christine Quélier, référente mémoire, pour les conseils avisés qu'elle a pu me donner au cours de l'élaboration de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 De l'accueil des indigents à la redéfinition des USLD, structures hospitalières de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.....	5
1.1 L'accueil des personnes âgées en institution, une histoire partagée entre le champ sanitaire et le champ médico-social : un long voyage en « Gérousie » :	5
1.1.1 De l'assistance au sanitaire :	5
1.1.2 Du sanitaire au médico-social :	6
1.2 Une législation duale entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.....	8
1.2.1 Les principaux textes ayant conduit à la construction des USLD	8
1.2.2 Une législation duelle et imparfaite	12
1.3 Les soins de longue durée aujourd'hui	12
2 Un positionnement complexe pour des unités d'hébergement et de soins en mutation : l'exemple du centre hospitalier Charles Foix.....	19
2.1 Des soins de longue durée dans un centre hospitalier gériatrique, l'exemple de l'hôpital Charles Foix.....	19
2.1.1 Présentation de l'établissement.....	19
2.1.2 Un établissement dans un contexte particulier	21
2.2 A la recherche des difficultés pouvant impacter ce positionnement spécifique par une approche méthodologique variée.....	22
2.3 Les éléments de réponse	24
2.4 Les préconisations pour les soins de longue durée de l'établissement.....	32
2.4.1 L'importance d'une politique institutionnelle à deux niveaux	32
2.4.2 La poursuite et le renfort des actions déjà menées	34
3 Des pistes de réflexion pour un équilibre sanitaire, social et médico-social dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	37
3.1 Les moyens managériaux de tendre vers une prise en charge globale institutionnelle des personnes âgées en soins de longue durée	37

3.1.1	Le développement d'une culture gérontologique au sein des centres hospitaliers	38
3.1.2	Les axes d'amélioration de la qualité de l'offre en USLD et leur mise en œuvre pour garantir une prise en charge sanitaire et sociale	39
3.2	La nécessaire réflexion sur l'offre, les perspectives envisageables au regard des besoins d'une population vieillissante	43
3.2.1	La difficile gestion des soins de longue durée dans les pays occidentaux.....	43
3.2.2	Une offre à remodeler pour une meilleure adaptabilité des évolutions démographiques et sociétales.....	47
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
- grille AGGIR : grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
- ANAESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- AS : Aide-Soignant(e)
- ASH : Agent des Services Hospitaliers

- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière
- CSP : Code de la Santé Publique

- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- FHF : Fédération Hospitalière de France

- GIR : Groupe Iso Ressources
- GMP : GIR Moyen Pondéré
- GRH : Gestion des Ressources Humaines

- HAS : Haute Autorité de Santé

- IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

- LFSS: Loi de Financement de la Sécurité Sociale

- MPR: Médecine Physique et de Réadaptation

- OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- PH: Praticien Hospitalier
- PMP : Pathos Moyen Pondéré
- PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

- SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
- SLD : Soins de Longue Durée
- SMTI : Soins Médico-Techniques Importants
- SNGC : Syndicat National de Gérontologie Clinique
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

- T2A : Tarification à l'activité

- USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Le théologien Eric Fuchs¹ se demandait « Comment faire pour bien faire ? ».

Cette question éthique trouve un sens particulier dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dans les USLD (Unités de Soins de Longue Durée). En effet, dans ce type de prise en charge, la personne doit-elle être réduite à une personne avec des limitations et des dépendances fonctionnelles, ou au contraire, comme un individu à part entière, membre de la société. Dès lors cette interrogation renvoie au particularisme des missions de ces unités, eu égard à leur installation dans un environnement sanitaire.

Les USLD s'inscrivent dans la continuité de l'histoire hospitalière pour l'accueil des personnes âgées dans les établissements de santé. Elles ont pris le relais des services dits de « long séjour. » Toutefois, suite aux différentes réformes, elles se distinguent de ceux-ci par des spécificités, faisant de ces unités un particularisme au sein de l'hôpital.

La définition donnée par le Code de la santé public permet d'ailleurs de mesurer cette particularité. Les soins de longue durée sont décrits comme « des unités hospitalières, comportant un hébergement, pour des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. »²

Elles constituent alors, au même titre que les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), une modalité d'hébergement pour les personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile. Elles se rapprochent également de ce mode d'hébergement par des moyens de financement identiques. Toutes deux sont en effet soumises au budget ternaire, distinguant l'hébergement, le soin et la dépendance.

Dès lors, dans la mesure où les personnes prises en charge en USLD ont un état de santé dégradé, la distinction entre les deux types de structures se fait au niveau de la médicalisation. Cela se traduit notamment par des ratios en personnel plus importants.

De ce fait, les USLD offrent une prise en charge sanitaire et sociale, créant alors le statut complexe de « patient-résident » des personnes âgées accueillies, pour lesquelles ces unités seront le plus souvent leur dernier lieu de vie.

La réforme de la tarification des établissements accueillant les personnes âgées a conduit à l'émergence de nouvelles institutions : les EHPAD. La mise en œuvre d'un financement ternaire a alors entraîné une « redéfinition » des soins de longue durée.

¹ Professeur honoraire d'éthique à la Faculté de théologie protestante de l'Université de Genève.

² CSP, art. L. 6111-2.

En effet, le but est de redéfinir les capacités d'accueil restant dans le domaine sanitaire et celles pouvant être reportées dans le secteur médico-social. Cette nouvelle étape a alors posé la question de la pérennité de ces structures. Toutefois, la coupe transversale, selon le système d'information PATHOS, mise en place pour déterminer la partition des soins de longue durée, a montré la nécessité actuelle de maintenir un certain nombre de ces unités, eu égard à l'état de santé des personnes accueillies. En effet, le taux de dépendance physique et médicale de celles-ci ne leur permettrait pas d'être hébergées en EHPAD. Ainsi, pour les USLD définies comme « sanitaires » leurs missions restent pour l'heure inchangées. Pour autant, elles doivent pouvoir allier impératifs sanitaires et médico-sociaux. Or la question se pose de savoir comment les USLD peuvent asseoir leur particularisme dans un environnement sanitaire, déjà peu enclin à la politique sur le vieillissement.

Cette tâche semble d'autant plus complexe que les USLD doivent faire face à une nouvelle réforme hospitalière avec la nouvelle gouvernance, d'une part, et, la tarification à l'activité (T2A) d'autre part; même si elles ne sont pas concernées par cette dernière.

Ces modifications génèrent un certain bouleversement dans le monde sanitaire, notamment en matière d'organisation hospitalière. En effet, la nouvelle gouvernance a conduit à repenser la structuration interne en pôle d'activité, par des regroupements de services. La T2A, quant à elle, a introduit de nouvelles règles de gestion des séjours, où l'impact financier pèse énormément. Ces bouleversements sont alors des éléments renforçant la difficulté de positionnement des USLD au sein des établissements de santé.

Cette difficulté de positionnement est d'ailleurs perceptible au sein des établissements, notamment dans l'hôpital Charles Foix, pris en exemple pour ce travail.

L'établissement compte 900 lits, dont 400 lits de soins de longue durée. Or les USLD sont dispersées sur l'ensemble de l'établissement, voire partagées dans certains cas avec d'autres activités. Cette dispersion apparaît alors comme une cause potentielle de difficulté de gestion des moyens qui parfois doivent être partagés avec des activités soumis à la T2A. De plus, cela ne favorise pas le positionnement des agents, qui auront tendance à organiser leur journée sur un rythme hospitalier. Ceux-ci peuvent également être amenés à remplacer des collègues de services d'aigu, eu égard à la proximité des unités.

Par ailleurs, les soins de longue durée ont été intégrés dans la nouvelle gouvernance, puisqu'ils constituent à eux seuls un pôle. Si un tel regroupement semble répondre à une certaine logique, il n'en demeure pas moins que cela nécessite de rester vigilant pour ne pas les intégrer dans le même cadre institutionnel que les autres activités cliniques.

Cet aspect est primordial, car les objectifs ne sont pas les mêmes. Le court séjour est une étape intercurrente qui vise à permettre le retour à domicile. Le long séjour quant à lui, constitue un hébergement, qui dans la majorité des cas est le dernier lieu de vie de la personne âgée avant son décès. D'où l'importance de garder un équilibre entre le statut de patient et le statut de résident.

Cette difficulté de reconnaissance est également renforcée par le statut d'exception de l'établissement. En effet, il constitue une des entités composant le plus gros établissement de santé de France, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

A ce titre, il y a des particularités qui le distinguent du régime général. De plus, le plan stratégique développé par l'AP-HP est essentiellement centré sur l'aspect sanitaire des prises en charge offertes par l'ensemble de ses établissements. Les centres hospitaliers gériatriques, qui le composent, n'échappent d'ailleurs pas à la règle, puisqu'il n'y a pas de réelle politique gérontologique. Pourtant, eu égard à la spécialisation de ces établissements, il pourrait être envisagé de développer une activité médico-sociale, notamment la création de maison de retraite ou d'EHPAD. Cela aurait d'ailleurs tout son sens dans la mise en œuvre des filières gériatriques. Sur ce dernier point, l'AP-HP n'est d'ailleurs qu'en cours de pilotage.

Enfin à ce jour, bien que les coupes transversales aient été réalisées en 2006, il n'y a aucun arbitrage quant à la partition des USLD.

L'étude menée à partir de cet exemple tentera alors de définir quelles peuvent être les causes pouvant empêcher de garantir une prise en charge à la fois sanitaire et médico-sociale en USLD. Elle s'intéressera notamment au rôle joué par l'institution elle-même, à l'impact de l'organisation de la structure et la gestion des ressources humaines. Ces réponses seront d'autant plus importantes qu'elles permettront d'explorer les stratégies pouvant être mise en œuvre par un directeur.

Par conséquent, dans le but d'étudier ces différentes dimensions, la méthodologie retenue pour l'enquête, outre la recherche bibliographique et l'observation, s'est concentrée sur des entretiens et des questionnaires à destination du personnel.

L'exposé ci-après a pour but d'appréhender le particularisme d'une prise en charge à l'attention des personnes âgées dépendantes, que sont les USLD et d'analyser le rôle du directeur dans la reconnaissance et la mise en œuvre de celui-ci.

Pour ce faire, il explorera dans un premier temps, les évolutions historiques et législatives ayant conduit à la constitution des USLD. Dans un second temps, l'étude réalisée sera analysée pour en tirer des préconisations.

Enfin, dans un troisième temps, des pistes de réflexions seront avancées pour explorer les évolutions de l'offre de prise en charge des personnes âgées, permettant de tendre vers un équilibre sanitaire, social et médico-social.

1 De l'accueil des indigents à la redéfinition des USLD, structures hospitalières de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie

La question de la prise en charge des personnes âgées est une actualité omniprésente, notamment depuis le triste été 2003. En effet, la canicule a provoqué une onde de choc dans la société remettant au premier plan la problématique des personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile. Cette délicate question a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses réflexions au cours des siècles derniers, afin d'apporter des réponses aux besoins. Ces réponses ont été inscrites par le législateur dans des textes de loi. Désormais, les USLD sont une modalité d'hébergement permettant d'accueillir des personnes âgées dépendantes et polypathologiques.

1.1 L'accueil des personnes âgées en institution, une histoire partagée entre le champ sanitaire et le champ médico-social : un long voyage en « Gérousie³ » :

La prise de conscience du vieillissement de la population est une donnée récurrente au cours des différents siècles. Elle a d'ailleurs poussé les pouvoirs publics à trouver des réponses pour l'accompagner. Celles-ci ont été apportées alternativement par le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

1.1.1 De l'assistance au sanitaire :

La prise en compte de la vieillesse dans la société est un phénomène relativement tardif. En effet, pendant longtemps le statut d'indigents prédomine sur celui de « vieillard⁴ », qui constitue plus un état du parcours de vie d'un individu auquel il est porté peu d'intérêt.

³ « Dans l'Antiquité grecque, ce terme désignait une assemblée aristocratique réservée aux hommes de grandes familles dès soixante ans. Toutefois, il est ici utilisé au sens d'institutions accueillant les personnes âgées. » Ouvrage collectif. *Voyage au pays de Gérousie. Le grand âge en institution.*

⁴ Terme employé aux siècles derniers pour qualifier les personnes avancées en âge, tant homme que femme (Littré).

C'est pourquoi, au Moyen Âge, les établissements accueillant les pauvres, reçoivent indifféremment « les indigents et les vieillards ».

Il faut attendre la Renaissance pour qu'il y ait une réelle prise de conscience des âges et ainsi fixer celui de la vieillesse, qui de ce fait, tend vers une reconnaissance au sein de la société. Dès lors, les hôpitaux font une place aux vieillards.

Cette évolution progressive s'accompagne par ailleurs d'un tournant démographique. Les progrès médicaux ont fait reculer la mortalité à tous les âges de la vie, générant alors dans les familles une troisième génération. Toutefois, cette révolution ne constitue pas la seule explication concernant la nécessité de développer l'accueil des personnes âgées en institution. En effet, la révolution industrielle et l'exode rural qu'elle entraîne, ont des conséquences inattendues. En effet, en ville, les vieillards, devenus des charges trop importantes pour des familles ouvrières miséreuses, sont abandonnés. La problématique des vieillards pauvres sans abris devient une préoccupation des pouvoirs publics.

Ainsi, le développement de l'Assistance, au début du XX^{ème} siècle, prend en compte cet impératif et opère une réelle distinction dans l'accueil. Les vieillards sont alors distingués des malades, des infirmes et des incurables. Néanmoins, les conditions d'accueil sont relativement restrictives, puisque cela ne concerne que les vieillards âgés de plus de 70 ans, attestant de leur indigence et justifiant ou non d'un domicile de secours⁵.

Dès lors, face à cette population croissante de travailleurs pauvres devenus vieux, des établissements sont ouverts pour les accueillir. Bien que ceux-ci ne doivent accueillir que des personnes valides, ils sont peu à peu pourvus d'infirmes dirigées par un médecin afin de faire face à la maladie.

Ces dernières étapes marquent donc le début d'une évolution dans l'accueil des personnes âgées à l'hôpital. L'assistance sociale, pour la prise en charge des personnes âgées, a peu à peu glissé vers une prise en charge sanitaire par une médicalisation progressive dans l'approche du vieillissement.

1.1.2 Du sanitaire au médico-social :

Les progrès de la médecine et le changement de profil des vieillards accueillis opèrent quelques évolutions vers une médicalisation progressive des établissements.

⁵ Loi du 15 juillet 1893 relative à l'assistance médicale gratuite.

Les infirmeries s'agrandissent et se modernisent, alors que les préoccupations relatives aux mesures d'hygiène sont prises en compte dans la réorganisation des établissements. Enfin l'attractivité des postes médicaux à la tête des infirmeries est renforcée.

Pour autant, ces dernières évolutions dans la prise en charge des personnes âgées par les hôpitaux, fondations ou hospices, ne marquent que la fin d'une époque.

En effet, l'après seconde guerre mondiale correspond à un nouveau tournant, celle de la séparation du sanitaire et du social dans l'accueil des personnes âgées à l'hôpital.

Cette nouvelle orientation repose sur deux facteurs essentiels. Tout d'abord, la démographie croissante des personnes âgées associée à la problématique de la longévité pose le problème des capacités d'accueil. Ensuite, ce tournant fait notamment suite à la publication du texte⁶ portant création des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires). Ce nouveau statut entraîna une conversion des établissements, créant de fait un écart entre le secteur hospitalier et l'aide sociale. Le tout renforcé par la politique de maintien à domicile comme une des alternatives au manque de place dans les établissements.

Par ailleurs, la prise en charge des personnes âgées malades est de plus en plus spécialisée. Ainsi, des centres de gérontologie sont ouverts et l'idée d'une nouvelle spécialité médicale fait son apparition. Néanmoins, la gériatrie ne deviendra une spécialité reconnue qu'en 2004.

Entre temps, la loi hospitalière de 1970⁷ retire les hospices, devenus ensuite établissement de long séjour, du champ sanitaire. La distinction entre secteur sanitaire, déjà observée, s'accroît alors. Dorénavant, le sujet âgé malade est pris en charge à l'hôpital dans des unités dites de « long séjour ». Toutefois, celle-ci doit être justifiée par l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne. Les autres personnes âgées sont accueillies en maison de retraite ou foyer-logement. Progressivement des établissements sociaux seront autorisés à exercer à titre secondaire une activité médicale de « sections de cure médicale » aussi appelées « sections de cure médicalisées » des maisons de retraite. Cela permet notamment de désencombrer les services hospitaliers.

⁶ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

⁷ Loi n°70-1381 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Toutefois, cette dualité de prise en charge médicalisée, à des niveaux différents, ne devait pas faire obstacle à la mise en œuvre de conditions de vie dignes et oublier le confort de la personne accueillie. Elle fut, par ailleurs, remise en cause à l'approche de l'an 2000, notamment avec la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées. Dès lors, les structures, en particulier sanitaires, vont devoir se positionner sur la définition de leurs unités : sanitaires et médico-sociales.

Le développement des modalités d'accueil pour personnes âgées a donc suivi une progression variable au cours des siècles. Néanmoins, il a connu une évolution notable dans les critères de sélection. Même si le critère d'indigence n'est plus retenu, il reste un lien indirect entre les ressources de la personne et sa prise en charge. Pour autant, l'élément le plus marquant est l'oscillation de l'accueil institutionnel entre les secteurs sanitaire et médico-social. Ce phénomène trouve notamment une explication dans les décisions prises par le législateur.

1.2 Une législation duale entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

L'exposé précédent décrit les différentes étapes franchies pour arriver à l'offre de prise en charge des personnes âgées actuelle. Or comme toutes évolutions, celles-ci ont mené à l'élaboration de textes législatifs et réglementaires. L'existence des USLD n'a pas échappé à cette règle. Ainsi, au cours des cinquante dernières années un certain nombre de textes peuvent être identifiés.

Le particularisme sanitaire et médico-social des USLD est d'ailleurs à l'image d'une législation duelle, qui reste dans l'attente de nouvelles modifications. Cette oscillation législative a ainsi conduit à la configuration actuelle des USLD.

1.2.1 Les principaux textes ayant conduit à la construction des USLD

La construction législative et réglementaire des USLD s'est essentiellement bâtie au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. De plus, elle a alternativement modifié le CSP (Code de la Santé Publique) et le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles).

- « L'ordonnance Debré » de 1958⁸ : elle intervient dans un contexte particulier où coexistent une hiérarchie universitaire et une hiérarchie hospitalière. Elle entame donc une harmonisation, par la création des CHU.

Pour autant, ce texte ne fait pas mention des SLD. Or cette modification entraîna une reconfiguration du paysage hospitalier. En effet, ce nouveau statut a conduit à une conversion des infrastructures. Ainsi, la question du devenir du secteur hospitalier dévolu à la vieillesse fut mise en balance avec des spécialités de pointe, telles que la réanimation ou la pédiatrie.

Dans un pareil contexte, la loi hospitalière suivante apportera un premier élément de réponse.

- La réforme hospitalière de 1970⁹ : elle intègre d'une part le « principe de spécialité » et retire, d'autre part, l'hospice du champ sanitaire pour le rattacher au secteur social. De plus, elle consacre la vocation sanitaire des établissements hospitaliers. Ils sont dès lors partagés en court, moyen et long séjour. Ce dernier devient par conséquent, le secteur réservé aux personnes âgées ayant définitivement perdu leur autonomie de vie et requérant des soins médicaux et infirmiers constants. Ainsi l'accueil des personnes âgées est partagé entre le secteur social et le secteur sanitaire, qui ont tout deux leurs particularités. Néanmoins, l'hôpital ne prendra en charge que les personnes dont l'état de santé requiert des soins. La personne âgée est alors un malade.

- La loi de 1975¹⁰ sur les institutions : elle définit et décrit l'organisation du secteur social. Ainsi, elle fixe, à l'échéance de 10 ans, le terme de la transformation des hospices à l'intérieur des structures hospitalières. Elle précise alors les trois modalités possibles : unité d'hospitalisation ou centre de cure médicale ou établissement public destiné à l'hébergement des personnes âgées.

Les deux premières inscrivent dorénavant l'hospice dans l'orbite de l'hôpital. En d'autres termes, le modèle hospitalier gouverne la physionomie des unités ou centres de moyen et long séjour ; unités de soins normalisés.

⁸ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

⁹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

¹⁰ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- La loi de 1978¹¹ : elle marque la mise en place d'une double tarification : le forfait soins et les frais d'hébergement. Le premier est financé par l'assurance maladie, alors que les seconds, dont le montant est fixé par le conseil général, sont à la charge de la personne âgée et de sa famille (obligation alimentaire).
Mais elle a surtout défini la mission des « longs séjours » : « l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants. »

- La réforme de la tarification des EHPAD¹² : elle fait suite à un constat d'insuffisance des modes de financement, antérieurement basés sur deux sources de recettes : un forfait soins (en service de soins de longue durée) ou un forfait de cure médicale (en maison de retraite) financé par l'assurance maladie, et, un prix de journée. La réforme s'est également inspirée de la loi du 24 janvier 1997, instaurant la PSD. Cela a donc conduit à la mise en œuvre d'une tarification ternaire comprenant un tarif hébergement, un tarif soins et un tarif dépendance. Par ailleurs, la mise en œuvre de cette tarification passe par la réalisation et la signature d'une convention tripartite, pour une durée de 5 ans, entre l'établissement, le président du Conseil général et l'autorité compétente pour le tarif soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation).
Si cette réforme a permis de clarifier les sources de financement, elle a également entamé une remise en question des USLD.

- La « loi 2002-2 »¹³ : cette réforme représente une évolution majeure de la législation sociale et médico-sociale. Elle a rénové la loi de 1975 et constitue alors un acte de « refondation », par la redéfinition du secteur social et médico-social comme un ensemble homogène, soumis à des règles communes.
De plus, la loi met l'utilisateur au centre de la prise en charge en affirmant :
 - la priorité donnée aux droits des personnes ;
 - la cohérence de l'organisation des moyens mis à disposition des personnes en situation de fragilité en raison d'un handicap, de troubles de la personnalité, d'une inadaptation, ou d'une quelconque forme d'exclusion sociale.

¹¹ Loi n°78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et portant dérogation, à titre dérogatoire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

¹² Décret n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, arrêté du 26 avril 1999, décret du 4 mai 2001.

¹³ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ainsi, les établissements et services¹⁴, telles que les USLD, doivent mettre en œuvre les outils visant à garantir le droit des usagers, notamment :

- une prise en charge individualisée
- un livret d'accueil
- un contrat de séjour

Cette loi oblige donc à se pencher sur les évolutions des établissements et services accueillant les personnes âgées, dans l'objectif de faire évoluer le fonctionnement des institutions.

- La loi sur la partition¹⁵ : le financement de la sécurité sociale remet en cause les USLD et conduit à la nécessité de recenser les capacités d'accueil pour ensuite procéder à une redéfinition sanitaire ou médico-social des accueils en institution. Or cela conduit à un renforcement du caractère sanitaire au sens d'une prise en charge médicalisée et soignante, avec le risque de mettre au second plan de l'aspect médico-social.

Les enjeux de cette réforme sont multiples. Il s'agit d'établir un profil des personnes accueillies en USLD, qui constitue le maillon essentiel pour les états instables et/ ou nécessitant des soins médico-technique importants (SMTI).

De plus, il est nécessaire de tendre vers une fluidité des filières sanitaires. Par ailleurs, à travers ce texte, s'il semble indéniable que ces unités sont des structures frontière entre le sanitaire et le médico-social, il y a une volonté de resituer leurs missions et de les reconnaître. Les unités de soins de longue durée sont garantes de la prise en charge adaptée d'une population vieillissante pouvant être lourdement dépendante.

- Le texte sur la mise en œuvre de la partition¹⁶ : dans un but d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes, les USLD ont été réintégrées dans l'objectif de dépense, géré par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins).

Les USLD sont à nouveau remises en cause par ce texte, car il entraîne une répartition des capacités d'accueil, mais surtout des crédits des SLD entre le secteur sanitaire et médico-social.

¹⁴ Art. L. 312-1 CASF.

¹⁵ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

¹⁶ Circulaire n° DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Les cinquante dernières années ont vu la publication d'un certain nombre de textes, qui ont entraîné une modification dans les modalités d'accueil des personnes âgées dépendantes. Ils ont concerné tant le champ sanitaire que médico-social, ce qui n'est pas sans conséquence sur le plan législatif.

1.2.2 Une législation duelle et imparfaite

Le manque de lisibilité par rapport aux USLD est également lié à un manque de lien entre les différentes législations. En effet, certains éléments sont régis par le CSP alors que d'autres relèvent du CASF. Ce dualisme inhérent à l'histoire de l'accueil des personnes âgées en institutions, peut conduire à un manque d'intelligibilité ou d'incompréhension.

De plus, en matière de prise en charge, cela peut mener à une réelle distinction, voire sectorisation, notamment par rapport à la place de l'utilisateur. En effet, selon le secteur, une personne âgée aura soit le statut de patient, soit le statut de résident.

Cette complexité ne favorise pas l'identification des particularités d'un hébergement en USLD.

Par conséquent, il est possible d'imaginer que la volonté des pouvoirs publics d'un décloisonnement entre le secteur sanitaire et les secteurs social et médico-social, prenne forme dans la législation. Cette hypothèse semble d'autant plus envisageable qu'une refonte du CSP a été récemment évoquée.

Toutefois, pour l'heure, les USLD sont régis à la fois par des textes issus du CSP et du CASF.

1.3 Les soins de longue durée aujourd'hui

Le terme de soins de longue durée est d'utilisation récente, puisqu'il date de 1991. En effet, à cette date, il s'est substitué à celui de long séjour, terme lui-même issu de la réforme hospitalière de 1970. Cependant, cette évolution sémantique ne donne pas plus d'indication sur ce que sont ces unités et notamment leurs missions. Ces aspects seront développés ci-après, tout en précisant qu'il sera ici question des USLD dites « sanitaires », au sens de la partition actuellement en cours.

Ces unités ont connu plusieurs évolutions, dont la dernière est en cours d'application. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006¹⁷ a enclenché une nouvelle réforme pour les USLD. Elle a d'ailleurs contribué à approfondir leur définition, puisqu'un arrêté¹⁸ a précisé que « les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau médico-technique minimum ». Les USLD constituent un mode d'hébergement spécifique pour la personne âgée à l'issue d'une hospitalisation, d'un séjour dans un établissement médico-social ou en provenance du domicile.

Cette redéfinition a engendré un redimensionnement des unités qui s'est établi à partir de coupes transversales. Celles-ci ont été réalisées selon un référentiel et tout en tenant compte du SROS (Schéma d'Organisation Sanitaire) et du PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

Le référentiel fixé par arrêté comporte quatre grandes rubriques :

- les données d'identification des USLD
- des pré-requis sur la continuité des soins et la surveillance
- des indicateurs de profil de soins requis, issus du modèle PATHOS
- un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation

Les principaux indicateurs retenus sont issus de l'outil PATHOS, dont les principaux sont les soins médico-technique importants (SMTI). Ces derniers correspondent à un taux de patients requérant ce type de soins.

¹⁷ Art. 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

¹⁸ Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

Dans un but de compréhension et d'appréhension du principe de la mesure, le paragraphe qui va suivre explicitera plus avant le modèle PATHOS. Cette précision semble importante dans la mesure où cet outil fait partie de la réforme des USLD et qu'il permet d'évaluer le profil des personnes accueillies dans ces unités. De plus, l'étude des paramètres retenus par ce modèle permet de mesurer la charge liée à l'état de santé que représentent les personnes âgées en USLD.

Le modèle PATHOS est un système d'information élaboré en partenariat, par le Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS. Il permet d'évaluer les soins médico-techniques nécessaires dans la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, et ce, en établissement ou à domicile. Pour ce faire, il se réfère à des situations cliniques ou plus précisément à des états pathologiques. Ceux-ci sont ensuite complétés par un profil de soins indiquant la gravité de l'état pathologique. Ce profil est choisi parmi douze possibles¹⁹, répertorié comme suit :

- **T1** : soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu au quotidien.
- **T2** : équilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24.
- **P1** : soins de prise en charge psychiatrique lourde, état de crise.
- **P2** : soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique.
- **R1** : rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle.
- **R2** : rééducation fonctionnelle d'entretien, le plus souvent collective, ou allégée chez un patient ne pouvant supporter la rééducation intensive.
- **CH** : pansements « lourds » (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins vingt minutes par jours ou tous les deux jours.
- **DG** : soins induits par une pathologie « froide » non encore diagnostiquée.
- **M1** : soins d'accompagnement psychologique et technique lourds, soins palliatifs des mourants lucides.
- **M2** : soins d'accompagnement induits par un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance.
- **S1** : surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements.
- **S0** : absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...).

L'ensemble des données ainsi récoltées permet d'établir les niveaux de soins nécessaires pour une personne, dans huit postes de ressources représentant eux-mêmes les acteurs des soins. Les acteurs concernés par ces postes sont le médecin, le psychiatre, l'infirmier, le rééducateur, la psychothérapeute, le biologiste, le radiologue et le pharmacien. Enfin un algorithme permet d'établir, à l'issue de cette récolte d'informations, un taux de SMTI.

L'accueil dans ces unités prend également en compte un autre critère. Comme pour les EHPAD, le niveau d'autonomie est une mesure prise en considération.

Pour ce faire, il faut avoir recours à un autre référentiel permettant d'établir le niveau de dépendance de la personne. L'outil employé est similaire quelle que soit la structure.

Il s'agit de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources). Cette grille fut mise en œuvre concomitamment avec la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)²⁰, puis reprise pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)²¹. Cette dernière est versée tant à domicile qu'en établissement.

Ainsi concernant les USLD, elle permet d'aider à la couverture du tarif dépendance.

Contrairement aux mesures précédemment citées, la grille AGGIR n'est pas à destination des soignants afin d'évaluer la dépendance et les capacités restantes, et ce dans le but de prendre soin de la personne. Par conséquent, elle ne peut servir à la mesure de la charge de travail.

Cette grille évalue l'expression de l'autonomie par l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule.

¹⁹ Profils issus du guide d'utilisation du modèle PATHOS élaboré par le SNGC et la CNAMTS.

²⁰ Loi n°90-60 du 24 janvier 1997 tentant, 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.

²¹ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'évaluation repose sur dix items :

- la cohérence,
- l'orientation,
- la toilette,
- l'habillement,
- l'alimentation,
- l'élimination,
- les transferts,
- les déplacements à l'intérieur,
- les déplacements à l'extérieur,
- la communication à distance.

A chacun est associée une modalité cotée par une lettre :

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement ;
- B : fait partiellement ;
- C : ne fait pas.

L'ensemble des données récoltées est alors soumis à un algorithme permettant de définir, en fonction de la perte d'autonomie, un groupe iso-ressources (GIR). Ils sont au nombre de six, où le GIR 1 concerne des personnes ayant perdu toute autonomie, alors que le GIR 6 regroupe des personnes ayant conservé leur autonomie.

Il est à noter que selon une étude²², pour les USLD d'un établissement donné, 77% des personnes présentent un niveau de dépendance très élevé coté en GIR 1 et 2. Les 23% restant ont un GIR compris entre 3 et 6.

Si ces outils permettent d'évaluer les besoins de soins et le niveau de dépendance de la personne âgée, il n'en demeure pas moins qu'ils constituent également une compilation de données permettant l'attribution des financements. Ceux-ci sont délivrés sur la base du GMP (GIR Moyen Pondéré) et du PMP (Pathos Moyen Pondéré), respectivement pour le soin et la dépendance.

Par ailleurs, un autre outil de mesure est souvent utilisé en USLD : les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée). Cependant, ce dernier n'a pas été retenu dans le cadre de la réglementation. Son utilisation doit effectivement être relativisée.

²² DAVID J., PASQUIERS-NAGA F., DI MENZA C. « Les patients actuellement hospitalisés en SLD relèvent-ils du secteur sanitaire ? », *La Revue de Gériatrie*, 2002.

S'il est indéniable qu'il constitue un bon indicateur permettant d'apprécier globalement les soins infirmiers, il n'en demeure pas moins que son utilisation en gériatrie peut être discutée. En effet, l'analyse des SIIPS en USLD montre la lourdeur des soins de base et relationnels. Or il semble difficilement envisageable de comparer un même acte infirmier pratiqué chez une personne dépendante et un patient valide. Pour autant, la charge que représente une personne ayant perdu toute autonomie, ne peut être négligée.

Le texte a donc centré son évaluation sur l'aspect clinique, qui permet de mesurer le taux SMTI. Ce taux constitue d'ailleurs un élément décisif dans la définition des SLD dits « sanitaires ».

Pour autant, la qualification des USLD ne s'arrête pas à ces données. En effet, la réforme, notamment la circulaire de mise en œuvre de la partition²³, instaure d'autres critères :

- un critère d'activité : l'unité doit disposer au minimum de 30 lits, en accord avec les contraintes architecturales,
- des critères matériels, qui sont à rapprocher de ceux d'un établissement médico-social. Il s'agit en effet, de chambres à un ou deux lits équipées de l'oxygène et du vide et adaptées à la dépendance, disposant d'un cabinet de toilette accessible aux personnes en fauteuil roulant. Concernant les autres espaces disponibles dans les USLD, il doit être prévu des voies de circulation avec une main courante, un lieu de réception pour les familles, un lieu de stockage du matériel pour les personnes handicapées, ainsi que des lieux de convivialité. Enfin, au regard du cahier des charges du conventionnement tripartite, les locaux doivent être conformes aux normes architecturales et qualitatives définies.

Il existe un dernier critère qui peut apparaître comme étant celui permettant de distinguer les USLD des EHPAD, mise à part l'aspect sanitaire prégnant dans ces unités. Il s'agit du critère lié à l'organisation de la prise en charge. En effet, bien que les effectifs soignants soient fonction de la dotation soins établie selon les GMPS, il est requis la présence 24h sur 24h d'une infirmière et d'une aide soignante. De plus, la permanence médicale doit être organisée. Le taux d'encadrement doit tendre vers 1,1 équivalent temps plein par lit, comprenant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Ce taux tient compte de la lourdeur de la prise en charge.

²³ Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Enfin, la prise en charge est coordonnée par un médecin titulaire du DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire) ou de la capacité en gériatrie.

Ainsi la prise en charge de la personne âgée est assurée par une équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, mises à part ces considérations techniques, les USLD ont plusieurs missions pour une prise en charge de qualité de la personne âgées polypathologique en perte d'autonomie.

Elles doivent ainsi :

- assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels ;
- prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes ;
- élaborer un projet de vie individuel pour chacun dans le souci de la qualité de vie
- assurer l'accompagnement des familles et des proches.

De plus, eu égard aux obligations issues de la loi 2002-2, elles doivent mettre en place les outils permettant le respect des droits des usagers, comme mentionné ci-dessus.

Les USLD constituent donc une modalité spécifique d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Cette spécificité repose sur leur localisation dans des centres hospitaliers, justifiée par le besoin de soins de santé des personnes. Mais elle est également due aux missions qui lui sont dévolues et qui restent assez proches de celles d'un EHPAD, bien que le taux de médicalisation soit une différence incontestable.

C'est pourquoi, les USLD peuvent être considérées comme étant à la jonction entre le sanitaire et le médico-social. Or cette particularité peut constituer un positionnement complexe au sein des hôpitaux.

2 Un positionnement complexe pour des unités d'hébergement et de soins en mutation : l'exemple du centre hospitalier Charles Foix

Suite à la réforme conduisant à leur redéfinition, les USLD sont en plein bouleversement. Pour autant, les unités pour lesquelles la partition n'entraînera pas de changement et qui sont qualifiées de sanitaires, devront continuer à exercer leur mission. Elles devront assurer ce qui fait leur spécificité dans un établissement hospitalier, à savoir un hébergement fortement médicalisée pour les personnes âgées dépendantes et malades, comportant des spécificités médico-sociales. Or cela ne s'avère pas être un exercice aisé pour les établissements hospitaliers.

Pour mesurer cette complexité, dans le cadre de ce travail, une étude a été menée dans un centre hospitalier gériatrique : Charles Foix, afin d'identifier les difficultés pouvant être mises en cause. L'analyse des données permet ainsi d'en extraire quelques préconisations pour faciliter le positionnement de ces unités dans un environnement entièrement sanitaire.

2.1 Des soins de longue durée dans un centre hospitalier gériatrique, l'exemple de l'hôpital Charles Foix

La partie qui va suivre, aura pour objet de présenter l'établissement, d'une part, et, le contexte particulier dans lequel il se situe, d'autre part.

Cela permettra alors d'avoir un premier éclairage pour la suite de l'étude.

2.1.1 Présentation de l'établissement

L'hôpital Charles Foix est un établissement hospitalo-universitaire, de 900 lits environ, situé aux portes de Paris. L'activité dominante est la gériatrie avec une orientation marquée sur les pathologies du vieillissement.

Dans la perspective d'une augmentation des besoins de la population vieillissante, l'hôpital prépare l'avenir en développant :

- une filière de proximité,
- une ouverture sur la ville,

- une organisation spécifique pour les SLD,
- des centres d'expertises cliniques liés à des activités d'enseignement et de recherche.

L'établissement dispose de différentes modalités de prise en charge de la personne âgée. Par ordre croissant de durée moyenne de séjour, il y a tout d'abord des services de court séjour. Les lits sont destinés à la prise en charge des problèmes médicaux aigus des personnes âgées polyopathologiques.

Ensuite, d'une durée de prise en charge plus longue, les soins de suite gériatriques permettent de coordonner les soins, la surveillance et l'adaptation du traitement, afin d'organiser la sortie.

Enfin, sans limite de temps dans la prise en charge, l'établissement dispose d'un service de soins palliatifs pour l'accompagnement en fin de vie, mais surtout d'unités de soins de longue durée dont l'ensemble représente 400 lits.

Répartition de l'activité (nombre de lits et places)	
Médecine	108
Psychiatrie	20
Hôpital de jour	31
SSR	326, dont 66 lits de MPR ²⁴
SLD	400

La coupe transversale réalisée en 2006, à l'aide du modèle PATHOS, a permis d'avoir une analyse des populations accueillies. Ainsi, les unités de SLD de Charles Foix accueillent des personnes âgées dont la moyenne d'âge est de 85 ans avec une forte proportion de femme (78%).

Concernant la dépendance, les GIR 1, 2 ou 3 représentent 89,6% des personnes accueillies.

Par ailleurs, sur l'ensemble des personnes hébergées lors de l'enquête, plus de la moitié présentaient une démence, dont un tiers s'accompagnait de troubles du comportement. De plus, l'enquête a permis de déterminer un taux de SMTI à 194, soit 61% de la population, pour un GMP à 848 et un PMP à 436.

En matière d'organisation hospitalière, les USLD sont intégrées dans le fonctionnement sanitaire, notamment en ce qui concerne la nouvelle gouvernance.

²⁴ MPR : Médecine Physique et de Réadaptation.

En effet, elles constituent à elles seules un pôle d'activité auquel est rattaché l'équipe d'animation. L'exécutif du pôle est composé d'un trio comprenant un médecin gériatre responsable de pôle assisté d'un cadre paramédical et d'un cadre administratif.

Par ailleurs, un contrat de pôle a été rédigé en tenant compte des missions spécifiques des SLD, avec notamment une certaine importance pour la mise en œuvre du projet de vie. L'organisation des équipes soignantes reste similaire à celle existante dans les autres services. Il est toutefois à noter que les unités disposent de lingères qui gèrent le linge des résidents.

Sur le plan architectural, il est important de souligner que l'établissement est une construction pavillonnaire datant du XVIII^e et XIX^e siècle. De plus, il s'étend sur vingt hectares. Ces deux indications permettent de mesurer les difficultés inhérentes à la gestion d'un tel ensemble. Cette problématique concerne d'ailleurs les unités de soins de longue durée de l'hôpital, puisqu'à l'heure actuelle, elles sont réparties sur l'ensemble de la structure²⁵.

Une dernière précision doit être prise en considération, car c'est un élément dont il faut tenir compte pour l'étude, notamment les préconisations. C'est le statut d'exception de l'établissement.

2.1.2 Un établissement dans un contexte particulier

L'hôpital Charles Foix est un établissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). A ce titre, il dispose d'un statut particulier pour les USLD, notamment pour leur financement.

La particularité porte principalement sur le mode de passation de la convention tripartite. En effet, ce n'est pas l'établissement qui est signataire de la convention, mais l'AP-HP en tant qu'établissement public de santé. De plus, à ce particularisme, il faut ajouter l'exception de Paris qui est à la fois commune et département.

Ainsi, le siège de l'AP-HP, situé au cœur de la capitale, négocie la convention tripartite au nom de tous les établissements possédant des USLD, même s'ils sont situés en banlieue. La mairie de Paris est donc la seule autorité de tarification pour tous les établissements, quelle que soit leur localisation. Une annexe par établissement est ensuite ajoutée à cette convention et signée avec les Conseil généraux concernés. Ceux-ci n'ont alors que peu

²⁵ Cf. annexe I.

de marge de manœuvre, en particulier pour la détermination des objectifs pour la durée de la convention.

A ce jour, eu égard aux dernières échéances électorales, les démarches de négociation de la nouvelle convention débutent à peine.

A la lumière de tous ces éléments, l'étude qui va suivre s'est appuyée sur une méthodologie adaptée aux différentes pistes à explorer.

2.2 A la recherche des difficultés pouvant impacter ce positionnement spécifique par une approche méthodologique variée

La démarche qui a conduit à la réalisation de ce travail, s'est faite en plusieurs étapes plus ou moins simultanées et selon diverses méthodes.

Tout d'abord, afin d'aborder et surtout circonscrire le sujet en lien avec la problématique, le premier travail fut celui de la recherche bibliographique, accompagnée de l'étude des textes de loi. Cette étape apparaissait primordiale, pour constituer un socle de références théoriques et conceptuelles dans le but de faire un parallèle entre la théorie et les constats de terrain.

Pour autant, cette approche théorique n'avait de sens qu'en étant confrontée à la réalité du terrain, et ce pour infirmer ou confirmer les hypothèses de réponse à la question de départ, mais aussi dépasser les premières impressions de l'observation. Le but était de pouvoir obtenir une analyse globale utile pour l'exercice des fonctions de directeur.

C'est pourquoi, le recours à des méthodes plus prospectives ont été retenues. Il s'agit d'entretiens interpersonnels d'une part, et de questionnaires d'autre part. Ces deux modalités permettent en effet d'approfondir les éléments issus de l'observation et d'avoir des compléments d'information de la part de professionnels.

Pour autant, le choix de l'une et l'autre de ces méthodes avait un objectif spécifique. En effet, le recours aux entretiens visait à explorer l'aspect managérial et organisationnel, puisqu'ils concernaient des cadres, des médecins et des directeurs, pour un total de cinq personnes rencontrées.

Par contre, l'utilisation des questionnaires se voulait être une étude de proximité, autant qu'un moyen prenant en compte le facteur temps. Dans la mesure où ils devaient faire remonter des informations concernant la représentation et les conditions d'exercice des agents en SLD, la méthode choisie devait donc s'adapter à la population ciblée.

Par expérience et surtout l'habitude qu'en ont les soignants, le questionnaire est un outil qui s'adapte à l'activité des équipes. De plus, le recours aux questions fermées tend à éviter de mettre en difficulté les personnes ayant des problèmes pour s'exprimer à l'écrit.

Par ailleurs, la distribution des documents fut également réfléchie et ne s'est pas faite au hasard. Le choix tenait compte de plusieurs éléments.

Tout d'abord, au vu du nombre et de la répartition des unités sur l'établissement et à la volonté de mesurer l'influence des autres activités sur les USLD, les questionnaires ont été distribués dans deux services situés à proximité de services de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), et ce après accord du cadre supérieur responsable du secteur.

De plus, les documents ont été remis, dans la mesure du possible, en main propre et de façon individuelle. Ils étaient ensuite récupérés sur le champ après remplissage ou avant la fin du service de l'agent. Ceci donne l'avantage supplémentaire de pouvoir échanger avec la personne sur le sujet et lui permettre ainsi d'étayer certaines réponses. Malheureusement, malgré une présence régulière dans les unités, la démarche n'a permis de recueillir que 18 documents.

Outil méthodologique	Public concerné	Nombre
Entretien	Directeur	2
	Directeur des soins	1
	Médecin	2
Questionnaires	Cadre de santé, infirmier(e)	7
	Aide-soignant, agent des services hospitaliers	8
	Etudiantes en soins infirmiers	3

L'ensemble de ces démarches fut également complété par l'observation, des échanges lors d'entretien non formalisés et des visites dans les unités.

Enfin, pour tenter de conserver une certaine objectivité, mais aussi aller au-delà de l'exemple de l'hôpital Charles Foix, la prospection s'est poursuivie dans un autre établissement. Le but n'était pas uniquement la comparaison basique, mais de constater les réponses apportées selon le contexte et l'établissement.

D'ailleurs, cette prospection s'est faite dans un établissement appartenant également à l'AP-HP. Ceci permettait alors une comparaison à partir d'un socle commun, c'est-à-dire une politique générale identique. Pour faciliter la compréhension, cet établissement sera appelé « B ».

L'établissement B dispose de 172 lits de SLD sur 400 lits et places environ. La question de l'affirmation de la spécificité de ces unités s'est posée, il y a plus de quatre ans. A cette période, la structure entrait dans une phase de reconstruction d'une partie de ses bâtiments. Cette interrogation a d'ailleurs été prise en compte dans le montage du projet. Les options retenues seront abordées ultérieurement. Elles permettront de faire un parallèle, voire de confirmer les préconisations pour Charles Foix.

Au préalable, il convient de se pencher sur la synthèse issue de l'analyse des différentes démarches méthodologiques. En effet, cela permet d'identifier des éléments de réponse pouvant expliquer la difficulté de positionnement des USLD.

2.3 Les éléments de réponse

La démarche méthodologique précédemment citée a permis d'extraire des pistes menant à l'identification des sources pouvant impacter le positionnement des USLD dans un centre hospitalier. Mais c'est aussi l'occasion de vérifier si cette difficulté est effective.

L'exposé qui va suivre aura donc pour objectif de faire une synthèse des données issues de l'analyse des différents outils méthodologiques employés. Les résultats bruts (entretiens, pourcentages) sont consultables en annexe²⁶.

Ainsi, il est possible de pointer les éléments suivants.

- A) Une difficulté de positionnement inhérente au statut sanitaire de l'établissement associée à un manque de reconnaissance

Il apparaît de façon unanime au cours des entretiens que l'environnement sanitaire a un impact non négligeable sur les USLD, et ce à deux niveaux.

Tout d'abord, la difficulté de positionnement des gériatres exerçant en USLD. En effet, ce sont des praticiens hospitaliers (PH), souvent amenés à partager leur temps entre des activités de court ou moyen séjour et une activité en SLD. Ils acceptent difficilement de jouer un rôle de coordonnateur ; « ils sont porteurs d'une culture sanitaire ».

²⁶ Cf. annexes II, III.

Cette difficulté rejoint d'ailleurs l'autre point essentiel, qui est le désintérêt pour ces unités par « manque d'attractivité ». En effet, un interlocuteur précise qu'il y a « une fuite vers la spécialisation », c'est-à-dire vers des disciplines comme l'onco-gériatrie ou la cardio-gériatrie, disciplines en pleine expansion. Un PH porte plus d'intérêt pour les activités dites « médicales », qui sont plus valorisante que l'exercice en soins de longue durée. Ce manque d'intérêt médical a d'ailleurs poussé l'établissement B à installer l'administration dans le bâtiment regroupant les USLD.

Par ailleurs, cette difficulté de positionnement trouve également son origine dans l'organisation hospitalière.

Le médecin responsable du pôle soins de longue durée à Charles Foix exprime bien que la nouvelle gouvernance a un impact non négligeable. S'il est indéniable que les unités de soins de longue durée doivent « s'inscrire dans le fonctionnement général de l'hôpital », comme le rappelle la réglementation²⁷, il n'en demeure pas moins que ce mode d'organisation entraîne une confrontation inégale avec les autres pôles qui eux ont le poids de l'activité.

Enfin, un autre élément dans la difficulté de positionnement, pointé par un des interlocuteurs, peut être lié au discours institutionnel (AP-HP). En effet, celui-ci est essentiellement sanitaire, eu égard aux missions de l'établissement. Toutefois, la prise en charge individualisée est encouragée.

B) Une attention particulière dans la gestion des ressources humaines (GRH)

Il ressort de l'ensemble des entretiens des réponses convergentes sur ce point. Cela concerne plusieurs aspects de la GRH.

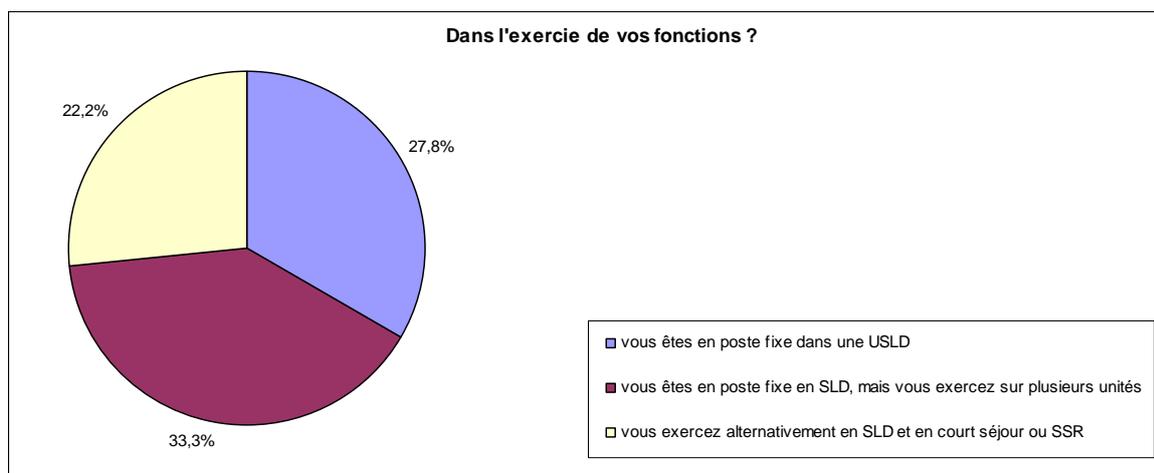
Tout d'abord, il est souligné l'importance du recrutement. Le travail en USLD doit être un choix, avec une certaine motivation, voire « du dévouement ». Un interlocuteur précise par ailleurs « que le professionnel doit dépasser la dimension de soignant pour développer une autre dimension, permettant l'ouverture à des activités comme l'animation et tendre vers la personnalisation de la prise en charge ».

Le second aspect abordé est la formation, qui constitue un élément incontournable. Elle est décrite comme l'outil permettant de « réduire les craintes et les peurs des professionnels », mais aussi d'adapter la prise en charge à la population accueillie. De plus, elle doit être spécifique aux soins de longue durée.

²⁷ Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007, annexe 2.

Dans la mesure où la proportion de personnes démentes dans les unités est majoritaire (80%), la formation prioritaire est celle présentant les pathologies démentielles avec les conséquences inhérentes. Elle doit également s'accompagner d'une présentation des problèmes liés à l'âge, telles que la nutrition ou l'incontinence. Par ailleurs, la formation est présentée comme un moyen de stimuler des personnels.

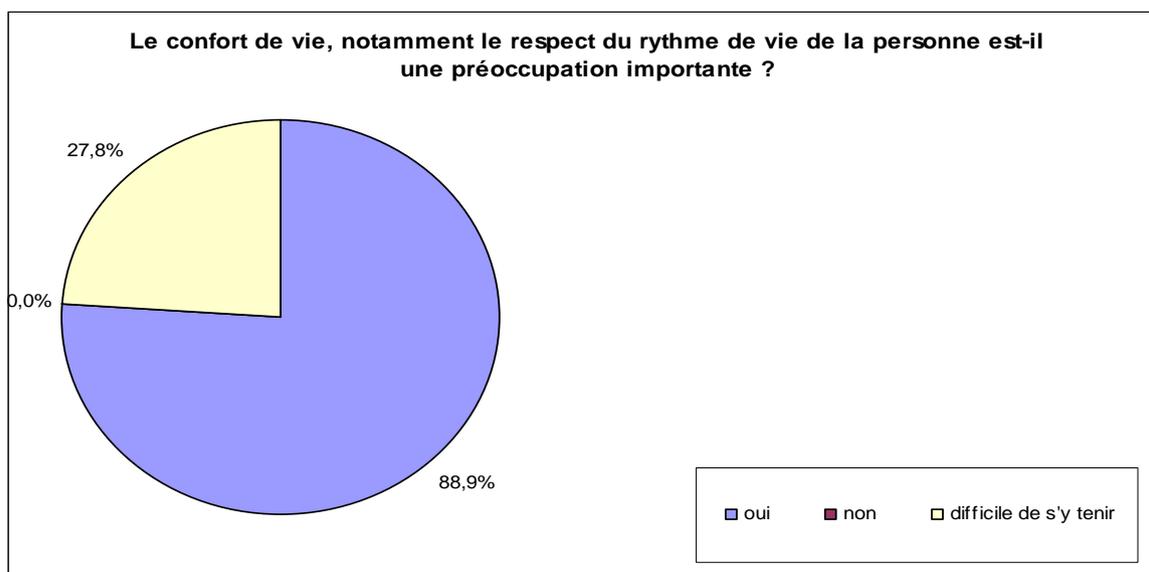
Enfin, un dernier élément doit être pris en compte. Il s'agit de maintenir des équipes distinctes entre les différentes activités de l'établissement. Malheureusement, au vu de la situation actuelle concernant le recrutement des professionnels de santé, il est souvent difficile de s'y tenir. Néanmoins, les remplacements de personnel s'effectuent entre le moyen et le long séjour.



C) La nécessité d'un management organisationnel

Cet aspect concerne tant l'organisation institutionnelle que celle du travail dans les unités. Sur le plan institutionnel, la répartition géographique des unités a son importance, notamment dans les structures comme Charles Foix, où le nombre de lits est conséquent. En effet, il faut privilégier le regroupement des unités pour faciliter la gestion de l'ensemble. De plus, cela contribue à une meilleure identification des USLD. Il faut également y associer l'aspect architectural.

Le médecin responsable du pôle SLD décrit d'ailleurs la configuration idéale, à savoir « un bâtiment unique avec des chambres conformes selon les mêmes recommandations faites pour les EHPAD, avec un couloir de déambulation et un jardin fermé avec accès privatif ». Il est vrai que l'architecture hospitalière n'est pas propice à l'adaptation d'unités comme celles de soins de longue durée, qui doivent apporter une prestation d'hébergement proche de celle des EHPAD. Ces unités doivent être « des lieux de vie et non plus des lieux d'hospitalisation ». Le médecin ajoute également que ces aspects architecturaux sont incontournables et participent à la prise en charge spécifique en USLD. Ils participent à la qualité des prestations offertes.



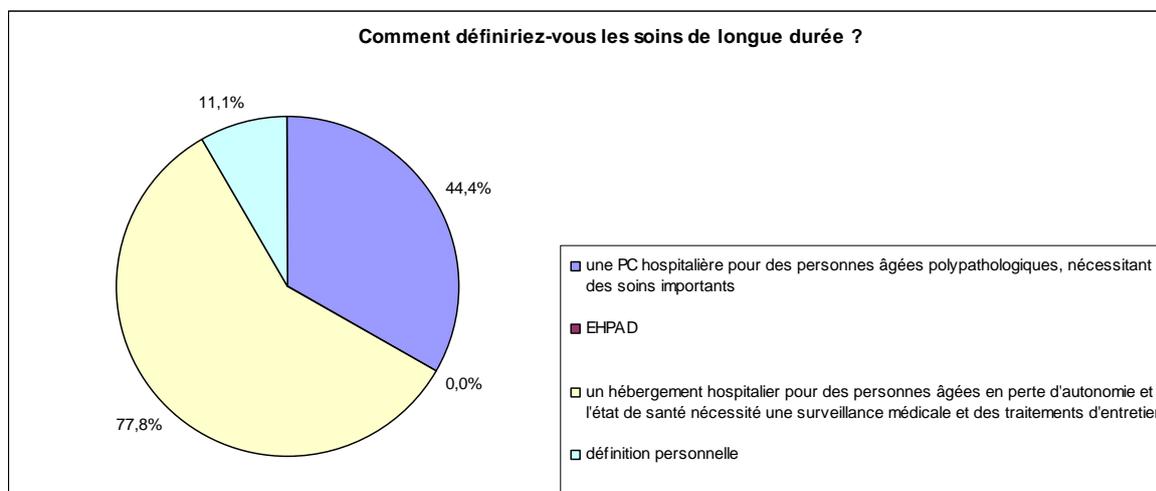
Le second point à prendre en considération dans l'organisation est la différence « de rythme » des USLD par rapport aux autres activités d'un centre hospitalier. Il est qualifié de « plus lent ». A ce titre, la logistique, notamment la distribution des repas, doit prendre en compte cet indicateur. En effet, les horaires habituels des repas sont calés sur le rythme hospitalier notamment par rapport aux soins. Or, dans la mesure où le rythme de vie est privilégié en soins de longue, il apparaît donc important d'adapter les heures de repas en conséquence.

D) Une réelle conscience du particularisme de ces unités

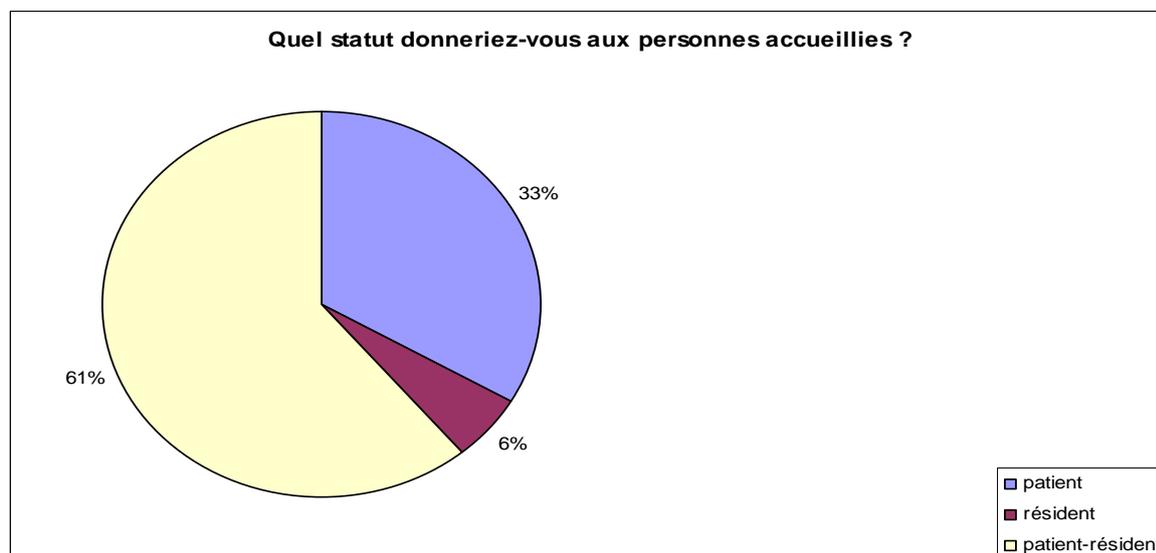


Les personnes interrogées sont unanimes à ce sujet : les USLD ne sont pas des unités pouvant être comparées aux autres unités de l'établissement.

Les soignants s'expriment d'ailleurs à 72% en ce sens. De plus, un des interlocuteurs précise que les USLD sont des EHPAD avec des moyens supplémentaires, alors qu'un second les définit comme des structures sanitaires et médico-sociales.



Ce particularisme est même fortement exprimé par le personnel, qui à plusieurs reprises distingue ce mode de prise en charge comme étant « le dernier lieu de vie des personnes âgées ou leur dernière maison ». C'est pourquoi, ils choisissent pour 78% d'entre eux la définition alliant l'hébergement et la prise en charge médicalisée, car elle résume pour eux leur perception des SLD.



Par ailleurs, cette spécificité est marquée par la sémantique. En effet, le terme employé pour qualifier la personne accueillie n'est pas choisi au hasard. Si pour les directeurs, il est évident que ce sont des « résidents », les soignants préfèrent utiliser le terme de « patient-résident » (61%).

Ce choix terminologique apparaît de plus comme étant un moyen de garder en mémoire la vocation des USLD. L'emploi du terme « résident » est d'ailleurs toujours employé pour les communications concernant les soins de longue durée.



Enfin, cette conscience du particularisme des soins de longue durée se note également par l'intérêt, voire l'importance, que portent les soignants au projet de vie d'une part, et au respect du confort de vie de la personne d'autre part. En effet, ils considèrent à plus de 90% que le projet de vie est une nécessité pour les personnes accueillies en USLD.

Concernant le confort de vie, notamment le respect du rythme de vie de la personne, il constitue, pour plus de 80% d'entre eux, une préoccupation importante.

E) Une reconnaissance du travail effectué par les soignants en USLD

Plusieurs interlocuteurs reprennent la proposition du plan Alzheimer, qui consisterait à délivrer un diplôme ou certificat marquant la reconnaissance de la spécificité du travail des soignants auprès des personnes âgées dépendantes. Ce souhait concerne surtout les aides-soignants, car ils sont confrontés en premier lieu à la perte d'autonomie.

En effet, ils ont la charge de suppléer la personne dans les actes de la vie quotidienne, notamment les soins d'hygiène et les repas.

En expression libre, les soignants affirment leur attachement à leurs fonctions. Certains d'entre eux travaillent d'ailleurs en soins de longue durée depuis plus de dix ans, par choix. Néanmoins, ils ont le sentiment que leurs actes ne sont pas appréciés à leur juste valeur, car peu techniques. Ils ont d'ailleurs exprimé ce ressenti à l'occasion d'une formation de type « Humanitude ». En effet, ils sont confrontés à la représentation de leur métier liée d'une part, à la formation initiale sanitaire et technique et d'autre part, à une prise en charge où le rythme de vie de la personne est privilégié, ce qui est une priorité

pour eux. Or, mis à part le confort de la personne âgée dépendante, cette dernière n'apporte pas de résultats qualifiables, comme peut l'être une prise en charge à visée curative. Cette difficulté a d'ailleurs été confirmée par un cadre supérieur de santé, responsable d'une partie des unités de SLD. Il précise d'ailleurs que ce manque d'appréciation du travail réalisé peut être une des causes de départ, mais surtout de « repli des soignants derrière les aspects techniques de leurs actes », au risque de basculer vers la maltraitance. Ce risque est d'autant plus grand avec les personnes âgées démentes et dépendantes, qui sont « peu à peu assimilées à un mur et donc il n'y a plus de communication ».

F) Un manque de moyens obstacle à la conduite des projets

Les moyens évoqués sont de deux ordres. Tout d'abord, le manque de personnel auprès de la personne est évoqué de façon récurrente, quelle que soit catégorie professionnelle des agents. La raison avancée pour justifier cette requête est la difficulté de pouvoir concilier le respect du rythme de vie avec le nombre de personnes prises en charge.

De ce fait, les agents déplorent de ne pas pouvoir développer des projets en rapport avec le maintien du lien social.

Ensuite, le second manque principalement pointé par les soignants est l'interrogation sur les moyens financiers mis en œuvre par les pouvoirs publics, qu'ils jugent souvent « insuffisants ».

G) Une dynamique portée par le directeur

Les directeurs interrogés ont exprimé cet impératif. Pour eux, l'identification des soins de longue durée ne doit pas restée centrée sur l'aspect sanitaire. L'aspect médico-social doit également occuper sa place. L'un d'entre eux fait le rapprochement avec les EHPAD, en précisant que la grande différence entre les deux types de structures est l'écart du ratio en personnel. C'est pourquoi, selon eux, le directeur joue un rôle essentiel dans le positionnement des USLD en centre hospitalier. Il est garant de la mise en œuvre des missions spécifiques de ces unités, mais aussi « porteur de la dynamique associant les orientations sanitaire et médico-social ».

Cette dynamique se traduit par une implication des gériatres en collaboration avec les cadres de santé et la constitution de groupes de travail pour la participation des équipes à des projets adaptés à la structure.

Cette démarche est jugée d'autant plus importante qu'est évoqué, suite à la partition, « le risque d'un étiquetage sanitaire prédominant », où la personne âgée malade serait alors assimilée à un patient.

Ainsi, le directeur doit être porteur de cette culture, visant à garantir l'exception des USLD en centre hospitalier et centrer la prise en charge sur la personne âgée.

Pour terminer cette partie d'analyse, il semble intéressant de connaître l'avis des acteurs sur l'avenir des USLD qu'ils perçoivent. Ainsi, certains interlocuteurs se sont exprimés sur les perspectives qu'ils entrevoyaient pour les USLD. Il y a une crainte d'un renversement sur une prépondérance sanitaire, notamment à l'issue de la partition des USLD. La nécessité d'une réforme du système en place est également envisagée.

Enfin, une grande interrogation subsiste au regard de l'évolution démographique. En effet, à l'heure actuelle, il y a 12 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, dont 1 million en perte d'autonomie. Or les prévisions font état, en 2050, d'une forte augmentation de cette tranche d'âge, représentant alors 1 habitant sur 3. Il faut ajouter à cela la progression de l'espérance de vie et ces conséquences, tel que l'accroissement d'états polyopathologiques. Au regard de ces données, les acteurs se demandent alors quelle offre de prise en charge ils pourront offrir, estimant déjà que l'actuelle n'est pas « satisfaisante ».

Au vu de ces éléments, il apparaît donc que la spécificité des USLD, comme étant à la jonction du sanitaire et du médico-social, n'est pas une garantie de fait. Le directeur doit alors jouer un rôle essentiel dans la gestion de ces unités. Il devient le garant de la politique à mener pour assurer la spécificité des missions USLD dans un centre hospitalier.

A ce titre il est intéressant de revenir sur l'établissement pris en exemple, afin de développer des propositions spécifiques pour les unités, dans le but d'asseoir leur statut d'exception au sein de l'hôpital.

Cependant, il convient en préambule de présenter certaines distinctions existantes entre l'établissement B et l'hôpital Charles Foix. En effet, ces éléments de comparaison donnent des indications pour les préconisations qui suivront.

L'établissement B, tout comme Charles Foix, est de construction ancienne. Néanmoins, il a bénéficié d'un important programme de reconstruction achevé, il y a quatre ans. A cette occasion, une réflexion a été conduite sur la réorganisation des services sur le plan de la répartition interne et de l'architecture des unités.

Ainsi, les activités de médecine et de SSR d'une part, et les unités de SLD d'autre part, ont chacune été regroupées dans un bâtiment. Cette décision était basée sur le principe d'une différence de « philosophie de gestion » entre les activités.

Par contre, concernant l'architecture, cette distinction n'existe pas. Dans ce cas, le choix retenu fut, à l'image de la configuration des USLD, celui de créer des unités de vie pour l'ensemble des services.

Par ailleurs, concernant l'organisation du travail et la répartition des tâches dans les unités de SLD, les équipes soignantes sont distinctes et fixes, même s'il arrive que des remplacements en SSR puissent survenir. Les infirmiers ont une fonction de coordination entre les unités.

Enfin, des équipes hôtelières ont été constituées. Elles ont en charge le lavage du linge des résidents, ainsi que la gestion des repas du midi et du soir. Le petit déjeuner, quant à lui, est pris en charge par les aides-soignants.

De même qu'à Charles Foix, un programme de formation spécifique aux USLD est organisé.

2.4 Les préconisations pour les soins de longue durée de l'établissement

Comme cela a été souligné précédemment, l'hôpital Charles Foix fait partie de l'AP-HP. A ce titre, c'est un établissement avec une gestion autonome, mais dépendant des directives du siège. Ainsi, les préconisations qui seront avancées, tiennent compte du particularisme inhérent à ce statut. Elles intègrent donc le principe d'une politique générale, ayant une répercussion sur celle de la structure, par une déclinaison spécifique.

2.4.1 L'importance d'une politique institutionnelle à deux niveaux

La politique institutionnelle peut avoir un sens ambigu. En effet, il y a un risque de confusion, dans la mesure où elle concerne tant la politique générale développée par l'AP-HP à l'attention de ses établissements, que la politique développée au niveau de l'établissement. Ainsi, pour tenter de les distinguer, il sera question de politique institutionnelle pour le premier niveau et de politique d'établissement pour le second.

Dans le cadre des USLD, il semble primordial de prendre en considération cette spécificité pour la cohérence des préconisations.

Dès lors, les deux politiques associées constituent un élément non négligeable dans la reconnaissance du particularisme des USLD. Hormis un positionnement clairement exprimé sur l'aspect sanitaire et médico-social des USLD, la reconnaissance peut également se traduire à travers les outils existants de l'organisation hospitalière.

Les principaux outils, permettant d'affirmer les objectifs retenus pour les USLD, sont de deux ordres.

A) Le projet d'établissement

Il constitue la référence, car il donne le positionnement stratégique et les orientations de l'établissement. Basé sur une démarche participative et transversale, il permet également de consolider le sentiment d'appartenance à l'établissement et la cohérence institutionnelle globale. Mais surtout, le projet d'établissement offre la possibilité de mener une réflexion fondamentale sur les objectifs concernant notamment le volet médical, paramédical et social. Il constitue donc à ce niveau, un moyen de décrire les axes retenus pour les soins de longue durée, puisque le projet d'établissement est à la base du projet des unités fonctionnelles. Il devient alors la projection de la collaboration professionnelle au service de l'utilisateur.

B) La nouvelle gouvernance²⁸ comme outil de pilotage

Comme le rappelle la circulaire de 2007²⁹ dans son annexe, les USLD « ne dérogent pas au fonctionnement général de l'hôpital notamment en matière d'inscription dans les pôles ». Cette nouvelle organisation hospitalière représente effectivement le moyen de regrouper les unités médicales selon la cohérence de leur activité. Néanmoins, l'identification des USLD par la seule définition d'un pôle n'est pas suffisante. Elle doit également se traduire dans les faits, en particulier par l'élaboration des outils inhérents à cette organisation : le projet et le contrat de pôle.

²⁸ La nouvelle gouvernance hospitalière est une réforme de modernisation inscrite dans le plan Hôpital 2007 (l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et la circulaire DMOS du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière), qui tend à repenser l'organisation interne de l'hôpital. Cette réforme a notamment pour objectif de promouvoir la qualité de prise en charge des personnes soignées. Ainsi l'amélioration du parcours de soins repose sur la qualité dans la sécurité et la prise en charge des patients, la qualité du management, la qualité de la gestion et la qualité des professionnels.

²⁹ Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007.

Dès lors, le projet de pôle permet de poser la politique stratégique du pôle pour les soins de longue durée. Il offre d'ailleurs l'opportunité de développer réellement l'une des spécificités des USLD, que constitue le projet de vie.

Pour autant, la démarche ne peut être complète sans le contrat de pôle. Celui-ci constitue en effet, l'outil de cadrage permettant de fixer des objectifs à atteindre, et ce en respectant le projet de pôle. Mais surtout, il permet de fixer des indicateurs de suivi dont l'évaluation survient chaque année. Ces différents éléments représentent alors des moyens de développer la démarche qualité et surtout tenter de garantir la spécificité des USLD.

Ces outils apparaissent vraiment comme des moyens permettant de conduire la stratégie choisie pour atteindre les objectifs visés pour les USLD, tant au niveau de la politique institutionnelle que celui de la politique d'établissement. Néanmoins, leur efficacité dépend également d'un élément non négligeable : la communication.

En effet, les moyens et les supports employés doivent garantir le respect de la politique institutionnelle, et la compréhension de la stratégie de l'établissement.

L'ensemble de ces éléments viennent néanmoins s'ajouter à une organisation préexistante, qu'ils permettent de poursuivre, ou au contraire, de renforcer.

2.4.2 La poursuite et le renfort des actions déjà menées

L'hôpital s'est fixé, parmi ses objectifs stratégiques, de développer « une organisation spécifique pour les SLD ».

La démarche est en cours et se poursuit pour tendre vers l'atteinte des objectifs fixés. Pour ce faire, plusieurs orientations peuvent déjà être identifiées.

A) Vers le regroupement des unités de SLD dans l'établissement

La répartition géographique des unités de SLD de Charles Foix constitue un handicap majeur pour leur harmonie. Cet éparpillement freine également la progression de certains projets. En effet, il rend difficile l'identification des USLD et par conséquent, la distinction entre les différentes activités de l'établissement. Néanmoins, leur regroupement, même s'il est envisagé, ne pourra se faire que par étapes. Il sera fonction des différents programmes de construction à venir, qui permettront ainsi une réorganisation des SLD.

La première étape consiste donc à recenser les besoins au niveau architectural, telles que les constructions permettant la déambulation des personnes âgées démentes ou

offrant des capacités d'accueil adaptées aux soins de longue durée. Elle permettra ainsi d'élaborer plusieurs scénarii selon les possibilités de regroupement à partir du bâti.

B) Le « trio de pôle » comme l'interlocuteur direct pour la mise en œuvre de la politique d'établissement

Si la réglementation recommande, dans les grands centres hospitaliers, qu'un « personnel de direction » soit en charge des USLD, la structuration du pôle répond en partie à cette recommandation.

Dans la mesure où l'ensemble des USLD de Charles Foix représente un pôle à lui seul, le trio constitue le relais direct de la direction, notamment par la présence du cadre administratif détaché de la direction. Ainsi, cette organisation est une étape primordiale dans le processus d'identification des SLD. De plus, elle permet une meilleure réactivité dans la mise en œuvre des objectifs spécifiques fixés pour les USLD.

C) Un plan de formation théorique et pratique spécifique aux USLD

L'établissement a développé une politique active de formation, notamment pour l'accueil des nouveaux arrivants. Elle permet ainsi de faciliter la prise de fonctions des agents, dans un établissement entièrement gériatrique. Néanmoins, le statut gériatrique de l'hôpital ne doit pas faire oublier le particularisme des différentes offres de prise en charge de la personne (court, moyen et long séjour).

C'est pourquoi, le plan de formation pour les USLD doit prendre en compte leur spécificité. Sur le plan théorique, il doit alors offrir des formations relatives à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et/ ou démentes, ainsi que les pathologies liées à la l'âge. De plus, la prévention de la maltraitance trouve ici tout son sens.

Par ailleurs, sur le plan pratique, une première expérience de formation sur le principe de l' « Humanité » a déjà eu lieu. Les premiers résultats ont montré un bénéfice au niveau des équipes soignantes. Néanmoins, cette thématique ne doit pas être exclusive. En effet, il convient également de privilégier les sessions préconisant les bonnes pratiques, notamment en matière d'ergonomie, et ce en relais avec la médecine du travail. Ce type de formation peut effectivement participer à réduire ou prévenir les troubles liés à la prise en charge de personnes âgées dépendantes ; tels que les troubles musculo-squelettiques.

D) Le particularisme des USLD assis sur une organisation adaptée

L'organisation des USLD doit pouvoir se distinguer des autres unités de l'établissement, notamment pour respecter le rythme de vie des personnes accueillies. Cela repose entre autre sur une réflexion quant au fonctionnement des unités et sur la répartition des tâches. Il convient donc de rompre avec un certains nombre d'habitus hospitaliers. En d'autres termes, l'organisation doit faire abstraction du fonctionnement généralement calqué sur un fonctionnement hospitalier. Elle doit donc être recentrée sur l'usager et non pas uniquement sur le soin. Les USLD doivent être des lieux de vie où le personnel prend soin des personnes accueillies.

Ainsi, la première étape est la modification des horaires de repas, qui constituent un repère sur le déroulement de la journée. L'établissement a d'ailleurs engagé quelques modifications, qui restent à étendre. Désormais, l'heure du petit déjeuner est retardée pour rompre avec la tradition hospitalière du réveil matinal, qui ne se prête pas à l'activité en SLD. La réflexion doit donc être étendue au déjeuner et au dîner.

Ensuite, l'adaptation de l'organisation doit également tenir compte des impératifs inhérents à l'individualisation de la prise en charge, spécificité des SLD.

Enfin, un travail sur la répartition des tâches peut permettre de concilier les particularités des USLD au contexte local. En effet, il faut pouvoir accorder l'aspect hébergement associé aux soins. Cela peut notamment se traduire par une redéfinition des fonctions des différents membres de l'équipe soignants tendant à réduire la sectorisation des tâches. Le principe est de tendre vers une coordination des actes de chacun. Pour autant, il ne faut pas que cela évolue vers un glissement de tâches.

Le positionnement des USLD s'avère donc être dépendant d'un certain nombre de facteurs, comme mentionnés précédemment, Or ceux-ci peuvent avoir une incidence plus ou moins favorable selon la gestion qui en est faite. C'est alors que le directeur joue tout son rôle. Il doit tenir compte du contexte et de ces facteurs pour développer les stratégies permettant d'offrir à des personnes âgées dépendantes un hébergement, alliant une prise en charge sanitaire et médico-sociale, et ce dans un centre hospitalier.

Toutefois, la fragilité du statut des USLD associée aux récentes réformes pousse également à s'interroger sur l'avenir de l'offre d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement. Dès lors, il est possible de se demander si les politiques actuelles ne sont pas à l'aube d'une nouvelle évolution, qui viserait à tendre vers un équilibre sanitaire, social et médico-social.

3 Des pistes de réflexion pour un équilibre sanitaire, social et médico-social dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes

La prise en charge des personnes âgées en USLD se distingue de celle réalisée en EHPAD par le taux de médicalisation. Or il s'avère que dans les faits, l'équilibre sanitaire et médico-social de l'accueil en USLD reste fragile pour plusieurs raisons. Le directeur joue alors un rôle essentiel dans l'affirmation de ce particularisme dans un environnement sanitaire. En effet, la reconnaissance des SLD comme unité d'exception repose sur la conduite d'une stratégie managériale adaptée à cette spécificité. Pour autant, les moyens à disposition du directeur ne sont qu'une étape dans la réflexion menée sur les SLD. Les récentes réformes ont à nouveau pointé du doigt ces unités.

La partition ne semble être qu'une étape dans la réflexion sur la prise en charge de la personne âgée. De nouvelles modalités d'accueil, permettant de concilier les aspects sanitaires et médico-sociaux, seront peut être amenées à voir le jour.

3.1 Les moyens managériaux de tendre vers une prise en charge globale institutionnelle des personnes âgées en soins de longue durée

Cette partie aura pour objectif de faire des propositions d'amélioration visant à assurer une prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes accueillies en USLD. Elle offre la possibilité de faire une synthèse globale et générale, qui semblait plus complexe au vu du statut d'exception de l'hôpital Charles Foix. De plus, le fait que l'établissement soit un centre hospitalier gériatrique n'offrait pas la possibilité d'explorer les mêmes champs que pour un hôpital généraliste. Ainsi, cette partie permettra la mise en perspective de l'étude menée pour ce mémoire avec des éléments plus généraux, telles que la législation, les évolutions budgétaires, comportementales et démographiques.

Pour autant, ce chapitre n'a pas la prétention d'apporter toutes les réponses au problème posé. Il est surtout l'occasion de pouvoir poursuivre la réflexion par la confrontation d'expériences et par la soumission d'idées. Le propos se centrera alors sur les propositions permettant à une équipe de direction, aux professionnels médicaux et soignants d'être partie prenante dans la démarche. Celle-ci doit viser à intégrer les impératifs sanitaires et les spécificités relatives au secteur médico-social.

S'il est indiscutable que le directeur joue un rôle essentiel dans la reconnaissance de la spécificité des USLD, eu égard à l'impulsion stratégique qu'il conduit au travers la gestion de l'établissement. Il n'en demeure pas moins que la politique institutionnelle induite s'appuie sur des axes d'amélioration incontournables, garants de cette reconnaissance. Ainsi en premier lieu, l'importance du développement d'une culture gérontologique dans les centres hospitaliers sera développée, puis seront abordés les axes d'amélioration de la qualité de l'offre et les moyens de sa mise en œuvre.

3.1.1 Le développement d'une culture gérontologique au sein des centres hospitaliers

L'approche de la prise en charge des personnes âgées ne doit pas rester centrée sur l'approche gériatrique. En effet, il y a dans ce cas un risque d'omettre certaines dimensions du vieillissement. Or, le vieillissement ne se traduit pas uniquement par une altération des capacités physiques et psychologiques. Il faut également y ajouter une modification du comportement et l'impact du contexte social dans lequel la personne vieillie. Ces aspects sont d'autant plus importants que les personnes accueillies en USLD souffrent pour la plupart de troubles démentiels accompagnés ou non de troubles du comportement.

Cette approche permet alors de mesurer l'écart entre la culture sanitaire centrée sur la médecine et le soin, et la culture gérontologique prenant en compte la personne vieillissante dans sa globalité. Dès lors, le développement au sein des établissements de santé d'une telle culture passe par une politique dédiée. Elle s'appuie d'ailleurs sur le principe du prendre soin de la personne âgée. Le but est de tendre vers un équilibre entre les soins médicaux spécialisés et les actes de soins recentrés sur la personne âgée.

L'élaboration d'une telle politique peut d'ailleurs prendre appui sur plusieurs moyens.

A) Les équipes mobiles de gériatrie

Elles constituent un maillon essentiel dans cette démarche. Elles mettent à disposition des services des compétences spécifiques et jouent un rôle de liaison tant en interne qu'en externe. Ces équipes peuvent aussi jouer un rôle pivot au sein de l'établissement.

De plus, eu égard aux compétences des membres³⁰ qui la composent, elles constituent une ressource inestimable en termes de formation.

B) Les outils de l'organisation hospitalière avec notamment le pôle d'activité

Ce point sera peu développé dans la mesure où il a déjà fait l'objet d'un paragraphe précédemment. Cependant, il est important de rappeler que le projet de pôle pour la formalisation et le contrat de pôle pour le suivi et l'évaluation, sont deux outils permettant la formalisation de la politique gériatrique d'un établissement.

C) Le développement de collaborations avec le secteur médico-social

Le travail avec les composantes du secteur médico-social, que peuvent être les établissements ou les services à domicile, est un atout pour la politique institutionnelle. Il permet en effet une adaptation au contexte et de développer des orientations conformes aux besoins. De plus, les échanges dans le cadre de ces collaborations sont un moyen d'évaluer la pertinence et l'efficacité des stratégies engagées.

3.1.2 Les axes d'amélioration de la qualité de l'offre en USLD et leur mise en œuvre pour garantir une prise en charge sanitaire et sociale

L'accueil en SLD doit être de qualité tant dans la prise en charge soignante que dans l'offre d'hébergement. Pour ce faire, ces derniers critères doivent être concomitamment pris en considération, au risque sinon de privilégier l'un ou l'autre.

La recherche d'une amélioration passe alors par :

- une réelle distinction entre les différentes activités de l'établissement, et tout particulièrement pour les USLD,
- une politique de gestion des ressources humaines spécifiques et adaptées,
- le recours aux nouvelles technologies, tant pour la personne accueillie que pour le personnel,
- l'ouverture sur l'extérieur pour rompre avec l'hospitalo-centrisme et favoriser le lien avec le secteur médico-social.

³⁰ Une unité mobile se compose au minimum d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant un gériatre, un infirmier et un secrétariat. Une collaboration avec un ergothérapeute et un psychologue est également nécessaire pour les évaluations fonctionnelles et psychométriques.

Le développement de ces différents points passe alors par différentes composantes.

A) Une implication de la direction

Cela est d'ailleurs conseillé dans la circulaire de 2007. En effet, celle-ci recommande la nomination d'un directeur adjoint ou d'un AAH (Attaché d'Administration Hospitalière) pour la gestion des USLD dans les grands centres hospitaliers. Ce rapprochement de la direction au plus près des unités permet alors un suivi de la mise en œuvre de la politique institutionnelle pour ces unités, mais il permet surtout d'appliquer une gestion adaptée au particularisme des USLD dans un environnement sanitaire.

B) Une réflexion sur le cadre bâti

La démarche d'amélioration de la qualité de l'hébergement ne peut effectivement pas faire abstraction de ce point. En effet, si la localisation des USLD trouve sa légitimité dans les centres hospitaliers, notamment pour les moyens techniques qu'ils offrent permettant ainsi la surveillance médicale. L'architecture hospitalière, quant à elle, ne se prête pas ou peu à l'hébergement.

Il faut alors tendre vers une réorganisation des unités permettant la création de lieux de vie et d'espaces adaptés pour les personnes qui déambulent. Cependant, cet aspect de la démarche qualité se trouve rapidement confronté au principe de réalité, que constitue la problématique budgétaire. Pour autant, ce point ne doit pas être un frein dans l'aménagement des unités. Il est effectivement possible de tendre vers une amélioration de l'hébergement sans pour autant engager des frais importants.

La première étape peut être une réflexion sur la répartition des USLD au sein même de l'établissement. Une délocalisation dans des bâtiments plus vastes peut être une possibilité de réponse. Puis, des aménagements minimaux peuvent être faits pour rompre avec l'uniformité hospitalière et ainsi tendre vers un cadre de vie individualisé. Les services peuvent être divisés pour créer des unités à taille humaines d'une vingtaine de lits.

C) Une mobilisation des différents acteurs par le renfort de l'attractivité des USLD

Comme cela a été présenté précédemment, les USLD souffrent de leur manque d'attractivité, notamment pour le corps médical.

Concernant le personnel soignant, le positionnement est différent. Il attache une importance sincère à l'exercice de leurs fonctions en USLD. Néanmoins, ceci ne suffit pas pour dynamiser le travail en USLD.

C'est pourquoi, tous les professionnels exerçant en SLD doivent être impliqués dans l'élaboration du projet pour les USLD. Cela permet une meilleure appropriation et participe également à la reconnaissance de leur expertise de la prise en charge de la personne âgée dépendante. La reconnaissance est également un point essentiel pour la mobilisation des professionnels. En effet, le travail en gériatrie souffre toujours d'une représentation négative surtout pour les soignants. Or, prendre soin d'une personne âgée réclame une expérience et des compétences particulières, au même titre qu'une prise en charge technique en chirurgie ou en réanimation. L'accent doit donc être mis sur le recrutement et la formation professionnelle. En effet, les agents recrutés en soins de longue durée doivent y travailler par choix et non par obligation. De plus, la formation est un moyen de renforcer la spécificité de leur travail, et ainsi revaloriser leurs fonctions.

D) Une organisation spécifique permettant de développer l'aspect social des USLD

Il n'est pas question ici de revenir sur l'aspect pratique permettant de respecter le rythme de vie. Il s'agit plutôt de pointer les moyens à mettre en œuvre pour le maintien du lien social. En effet, l'altération de l'état de santé des personnes âgées en USLD ne leur permet pas toujours de sortir de l'enceinte de l'hôpital. Dès lors, il faut que l'extérieur vienne à eux. Pour ce faire, l'équipe d'animation joue un rôle essentiel. En effet, elle doit pouvoir proposer des activités adaptées à la situation de chaque personne âgée, notamment au lit du résident.

Par ailleurs le maintien du lien repose également sur la place faite aux familles. Il peut donc être intéressant de créer un espace de parole à leur attention, équivalent du conseil de la vie sociale.

Enfin, pour les établissements qui ont dans leur enceinte une crèche ou un centre de loisirs, ce peut être l'opportunité de travailler sur l'intergénérationnalité.

E) Une participation à la démarche d'évaluation sociale et médico-sociale

La réforme de 2002 a intégré l'obligation de procéder à l'évaluation des établissements et services. Celle-ci doit ensuite être reprise pour la signature de la convention tripartite.

Il est vrai que les établissements de santé sont déjà inscrits dans une démarche d'évaluation avec la certification piloté par l'HAS (Haute Autorité de Santé), à laquelle les USLD participent du fait de leur statut hospitalier. Pour autant, cela ne permet pas d'évaluer les aspects sociaux et médico-sociaux de la prise en charge. C'est pourquoi, bien que le référentiel ne soit pas encore arrêté, il semble pertinent que les SLD s'inscrivent dans cette démarche impulsée par l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Ce peut également l'opportunité et le moyen de confirmer la spécificité des USLD.

F) Une communication claire et adaptée

Les modalités de la communication ne doivent pas être laissées au hasard, au risque d'aller à l'encontre du but recherché. Ainsi, elles doivent s'inscrire dans un plan de communication réfléchi et piloté par la direction, afin de ne pas dénaturer les informations à diffuser. La communication permet de porter la politique gérontologique de l'établissement et de fait participer à la reconnaissance de la spécificité des USLD. Il convient alors d'avoir recours aux outils et supports de communication classique, tels que le journal interne, les instances, les notes de service ou encore la création de plaquettes spécifiques. Le but étant de diffuser une information précise à l'ensemble des acteurs de l'institution.

Ces différentes propositions, bien que non exhaustives, montre la nécessité d'une démarche active pour garantir la reconnaissance des USLD dans un centre hospitalier. Cependant, cela ne constitue pas réellement un rempart face à la remise en cause de ces unités au cours des dernières années. En effet, les dernières réformes posent la question du maintien de structures d'accueil pour personnes âgées relativement proches, que sont les USLD et les EHPAD. Ces interrogations conduisent donc à envisager les perspectives à venir dans l'offre d'hébergement.

3.2 La nécessaire réflexion sur l'offre, les perspectives envisageables au regard des besoins d'une population vieillissante

En 2000, la France comptait 12 millions de personnes âgées de plus de 60 ans. Selon les prévisions ce chiffre ne cessera de croître au cours des prochaines années.

Cette progression démographique a rapidement posé la question de l'offre de prise charge des personnes âgées. L'interrogation s'est d'ailleurs complétée avec la problématique du financement, eu égard au déficit des régimes de protection sociale et à la croissance constante des budgets d'aide sociale.

Ces problématiques ne restent pas circonscrites au territoire national. Elles sont de plus en plus pressantes au niveau international, obligeant alors les pouvoirs publics à mener une réflexion sur les politiques du vieillissement.

3.2.1 La difficile gestion des soins de longue durée dans les pays occidentaux

La combinaison de facteurs comme les générations du « baby boom », l'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la fécondité, a pour conséquence le vieillissement des populations³¹. Cette évolution démographique mondiale constitue un défi pour le XXIème siècle. En effet, l'augmentation du nombre de personnes âgées a rapidement posé la question des capacités d'accueil ou de prise en charge pour répondre à leurs besoins.

De plus, l'allongement de l'espérance de vie et son corollaire, à savoir l'augmentation du risque de développement de pathologies liées à l'âge, a pour conséquence une croissance des soins de santé.

Cet état de fait conduit alors à s'interroger sur les formes que peuvent prendre les soins de longue durée. Or sur ce point, il est avant tout nécessaire s'entendre sur les termes. En effet, il ne faut pas uniquement prendre le terme de soins de longue durée au sens de prise en charge en établissement, mais plutôt au sens du prendre soins des personnes vieillissantes au long cours, et ce quelles que soient les modalités de dispensation des soins (à domicile ou en établissement).

Cette acception a d'ailleurs été clairement définie comme « divers services sociaux et de santé fournis à des individus qui ont besoin d'une aide continue en raison d'une incapacité physique ou mentale. Les services peuvent être dispensés dans une institution, à la maison ou dans un centre communal. Ils comprennent aussi bien les services

³¹ Cf. annexe V.

informels rendus par des membres de la famille ou des amis que les services formels par des professionnels ou des organismes »³².

Cette définition permet de prendre la mesure de la problématique des soins de longue durée, dans la mesure où ils entraînent l'intervention des secteurs sanitaire, social, ainsi que celui du logement.

Par ailleurs, la dimension économique inhérente aux soins de longue durée doit également être prise en compte, eu égard aux coûts que cela entraîne et à la mobilisation de ressources financières.

Enfin, il convient également de s'interroger sur le partage des responsabilités, entre ce qui relève de la sphère publique, et ce qui relève de la sphère privée. Toutefois, au nom du principe d'équité, il semble inévitable qu'il revienne aux pouvoirs publics, la charge de développer un système standardisé de soins de longue durée.

Pour tenter de répondre à cette vaste problématique, qui concerne une majorité de pays occidentaux, qui comme la France, connaissent ces évolutions, l'OCDE³³ et la Commission Européenne se sont penchées sur la question.

A) La réflexion de l'OCDE sur les soins de longue durée :

L'enquête qui a été menée, a tenté de trouver des réponses à la question des modalités de l'offre des soins de longue durée, ainsi que des sources de financement qu'elles soient publiques ou privées.

Une étude a alors été conduite sur 19 pays ayant déjà engagés des réformes au cours des dix dernières années. Elle a permis d'apporter plusieurs éléments de réponse.

Tout d'abord, concernant le coût des soins de longue durée, il est incontestable qu'il y a un impact réel sur les budgets. Par contre, deux sources de financement ont été identifiées.

La principale, qui concerne la majorité des pays, est l'impôt. Toutefois, certains pays, comme l'Allemagne, le Japon, le Luxembourg et les Pays-Bas, ont choisi de mettre en place un système d'assurance sociale. Par ailleurs, il s'avère que la variation du niveau des dépenses dépende de deux facteurs, que sont l'étendue de l'offre de services publics

³² Définition donnée par l'institut de médecine de Washington D.C.

³³ Rapport OCDE « Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées », 2005.

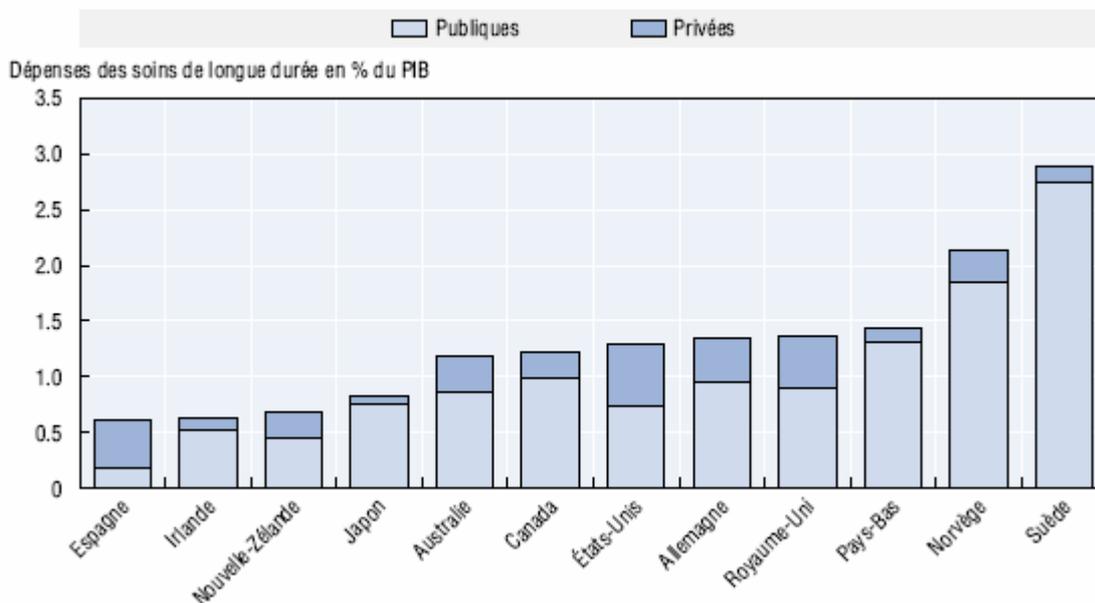
et la qualité des soins de longue durée. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes du quatrième âge entraîne nécessairement plus de ressources, tant publiques que privées.

L'étude a également permis de répertorier les différentes solutions qui ont été expérimentées. Elles se distinguent sous deux formes de soutien :

- *un soutien pour le maintien à domicile*. Il a le double avantage d'apporter des améliorations pour la personne âgée qui en bénéficie et surtout permet de répondre à la volonté de la personne. De plus, il s'avère que cette modalité coûte moins cher qu'une prise en charge en établissement. Une nuance doit toutefois être apportée. En effet, ces avantages sont dépendants de dispositifs permettant de soulager les aidants familiaux, tels que le droit à pension ou l'accueil temporaire.
- *un soutien financier pour la rémunération des soins*, qui peut prendre plusieurs formes : des budgets personnels pour l'emploi par la personne âgée dépendante, de professionnels ; des paiements directs à la personne âgée en lui laissant toute latitude pour leur utilisation ou des paiements directs aux soignants familiaux sous forme de garantie de revenu.

Par ailleurs, au vu d'un certain retard, notamment au niveau des établissements et des soins de proximité, il apparaît qu'une politique d'amélioration de la qualité des soins de longue durée doit être engagée. Il est même conseillé de communiquer les résultats d'évaluation, ce qui permettrait d'améliorer la protection du consommateur, ainsi que de créer, sur le plan de la qualité, une certaine concurrence. Cette politique qualité devra également comprendre une revalorisation des ratios de personnels.

Enfin, l'étude a exploré les divers moyens de maîtrise des dépenses publiques. Les possibilités évoquées comportent la participation des patients aux coûts, la limitation de la couverture publique pour les personnes à faibles revenus ou l'exclusion de la couverture publique pour les personnes qui ne souffrent que d'incapacités légères. De plus, la maîtrise des coûts doit aussi être conjuguée à des stratégies de santé publique, dont le but est la prévention ou le retard de la survenue de l'incapacité. Une dernière piste de réflexion fait état du rôle possible des assurances privées complémentaires. Celles-ci prendraient en charge les frais devant être supportés par les usagers.



- **Dépenses publiques et privées en soins de longue durée, 2000 (Source OCDE) -**

Ainsi, la réflexion sur les soins de longue durée conduit à repenser l'offre et les sources de financement. Les pouvoirs publics qui souhaiteraient donc réformer leur politique de soins de longue durée devront prendre ses éléments en considération, sans oublier d'y associer une démarche qualité.

B) Les conclusions de la Commission européenne :

La Commission européenne s'est également prononcée sur la question de la progression démographique des personnes âgées. Elle a d'ailleurs précisée à plusieurs reprises, qu'une prise de conscience était indispensable et que la coopération internationale pouvait être un élément décisif dans la gestion de la problématique.

Par ailleurs, elle considère que le vieillissement n'est pas une question distincte, traitée indépendamment d'autres aspects. En effet, elle précise que « la réponse de l'Union européenne au vieillissement s'inscrit donc dans le cadre de la stratégie globale composée de politiques se renforçant mutuellement³⁴ ».

³⁴ Communication de la Commission au conseil et au parlement européen « La réponse de l'Europe au vieillissement de la population mondiale. Promouvoir le progrès économique et social dans un monde vieillissant. Contribution de la Commission européenne à la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. » Mars 2002

De plus, elle ajoute que le principal enjeu des politiques concernant les soins de longue durée, consiste d'une part à garantir l'accès à des services de qualité. D'autre part, ces services doivent avoir des financements viables.

En conclusion, il est nécessaire d'avoir des moyens efficaces et peu coûteux. De plus, il faut favoriser l'offre de soins informels et étendre l'offre de services formels de santé et de soins. Toutefois, cela exige de développer des technologies d'aide et d'assistance.

Par conséquent, la réflexion sur les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes, notamment les soins de longue durée, n'est pas anodine. Elle doit comporter une politique globale prenant en compte les conséquences liées au vieillissement, les modalités de l'offre et les moyens financiers alloués. De plus, l'ensemble doit s'adosser à une démarche de qualité des soins.

Enfin, ces réflexions, de l'OCDE et de la Commission européenne, montrent à quel point la question des soins de longue durée est une préoccupation internationale. Néanmoins, la partie qui va suivre tentera d'explorer les pistes d'évolution possibles des soins de longue durée en France.

3.2.2 Une offre à remodeler pour une meilleure adaptabilité des évolutions démographiques et sociétales

Les problématiques liées au vieillissement et au grand âgé, soulignées précédemment sont au cœur des préoccupations des pouvoirs publics français. Ces interrogations sont légitimes au vu des évolutions démographiques des dernières années et des prévisions à venir.

De plus, l'allongement de la durée de la vie et les complications inhérentes posent la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour autant, il semble que des réponses existent déjà. En effet, pour favoriser le maintien à domicile, le développement de services a fortement été encouragé. Par ailleurs, la création des EHPAD et la persistance des USLD sont des réponses institutionnelles adaptées à la situation de la personne âgée. Pour autant, la question se pose de savoir si ces modalités de prise en charge correspondent aux besoins futurs.

Une réflexion sur l'offre de prise en charge des personnes âgées doit rapidement être conduite pour envisager l'avenir, comme l'illustre d'ailleurs la réforme sur la partition des soins de longue durée. Cependant, elle doit aller au-delà de modalités de prise en charge possibles. En effet, elle doit prendre en considération la qualité et le financement.

Ces deux items sont d'ailleurs des sujets incontournables de l'actualité, tant pour le secteur sanitaire que social.

D'ailleurs, ces remarques renvoient à la problématique soulevée dans ce travail. En effet, les USLD constitue une réponse dans l'éventail de l'offre de prise en charge. Mais il leur est difficile d'atteindre un objectif qualité basé sur une prise en charge sanitaire et médico-sociale, notamment par leur inclusion dans le secteur sanitaire. Ce point peut d'ailleurs constituer un élément de départ de la réflexion qui va suivre. En effet, la photographie de l'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, montre qu'elle est plurielle. Elle peut se faire à domicile ou en institution. Mais concernant l'accueil en institution, elle est partagée entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Ce partage s'explique notamment par la distinction qui est faite dans l'approche de la dépendance. Lorsqu'elle nécessite des soins de santé, elle est prise en charge par l'hôpital, en USLD. Par contre, si elle empêche le maintien à domicile, elle entraîne un accueil en EHPAD. Cette distinction semble répondre aux besoins des personnes âgées. Or, elle pose la question de la pertinence du maintien de deux formes d'hébergement qui ont une même mission de prise en charge globale de la personne âgée, mais qui se distinguent par le taux de médicalisation. Cette interrogation a d'ailleurs été amorcée par la réforme de la partition des USLD.

Dès lors, il pourrait être envisagé de ne maintenir qu'une forme d'hébergement permettant d'accueillir les personnes âgées dépendantes nécessitant des soins constants, et ce accompagné d'un renforcement de coopération entre le sanitaire et le médico-social. Toutefois, si cette solution offre l'opportunité de conjuguer l'aspect sanitaire et l'aspect médico-social, cette forme d'hébergement doit pouvoir garantir des soins de qualité. Cela passe notamment par une revalorisation des ratios de personnel, ainsi qu'une réflexion sur les technologies participant à la démarche qualité. Par exemple, la gérontotechnologie a pour avantage de développer des projets adaptés à la personne âgée, mais elle peut également contribuer à l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

Néanmoins, il faut nuancer ces propos, dans la mesure où cette réflexion s'établit sur une expertise de la situation actuelle. Or l'offre existante, notamment centrée sur la dépendance, s'est développée en réponse à des besoins qui ne correspondent peut être plus tout à fait à ceux d'aujourd'hui. De plus, le développement récent de service à domicile aura peut-être des conséquences sur les besoins de prise en charge en institution.

Par ailleurs, la qualité de l'offre ne peut pas faire abstraction des transformations morphologiques des populations âgées. En effet, l'état de dépendance mise à part, les aspirations des aînés d'aujourd'hui sont différentes de ceux d'il y a dix ans.

Tout ceci conduit à penser que la réflexion sur la prise en charge ou l'accompagnement des personnes âgées ne doit pas rester centrée sur l'approche exclusive de la dépendance. Mais elle doit aborder plus l'angle du vieillissement.

De plus, ces évolutions ne peuvent être envisagées sans tenir compte de la problématique du financement. Le débat est d'ailleurs actuellement lancé avec deux discussions majeures. Il s'agit d'une part de la création d'un cinquième risque dépendance, et, d'autre part la convergence handicap-dépendance.

Dans le premier cas, cela signifie l'émergence d'un nouveau risque social pour le système de sécurité social, à ajouter à la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail. La question des ressources est alors soulevée. La réflexion actuelle doit pouvoir conduire au partage entre plusieurs possibilités que sont le recours à la solidarité nationale, la prévoyance individuelle et collective, et la responsabilité individuelle.

Dans le second cas, il est alors fait référence aux budgets de l'action sociale, qui eux dépendent des départements. L'idée de la convergence des politiques du handicap et des politiques des personnes âgées dépendantes se basent notamment sur les disparités entre la PCH (Prestation Compensatrice du Handicap) et l'APA.

La réflexion sur la politique de prise en charge des personnes âgées dans notre société est une réalité et sera primordiale pour les années à venir. S'il est incontestable que des travaux sont en cours pour tenter de trouver des pistes de réponses. Il n'en demeure pas moins que les propositions retenues devront prendre en compte les différentes dimensions concernées par cette problématique. De plus, elles devront tenter d'apporter des réponses aux besoins des populations vieillissantes actuelles et futures, grâce à une flexibilité permettant une adaptabilité aux évolutions sociétales.

Conclusion

Les USLD sont des unités hospitalières accueillant des personnes âgées polypathologiques en perte d'autonomie. Eu égard aux différentes réglementations, elles doivent assurer une prise en charge permettant d'allier les impératifs sanitaires et les impératifs médico-sociaux. Ces données conduisent alors les USLD à être à la jonction entre le sanitaire et le médico-social.

Cependant, bien que ce positionnement soit issu des textes, la réalité montre des limites, quant à pouvoir garantir cette spécificité. En effet, la réglementation ne suffit pas à assurer ce statut. La spécificité des USLD, et par conséquent, la qualité de prise en charge qui en découle, dépend d'un management institutionnel. L'étude menée pour ce travail a d'ailleurs permis de le démontrer.

Dans ces conditions, le directeur en charge des USLD dans un établissement de santé joue un rôle essentiel dans la garantie de ce particularisme. Il doit effectivement développer une gestion adaptée à ces unités. Il doit prendre en considération des facteurs favorisant, tels qu'une gestion particulière des ressources humaines, une organisation distincte de celle du reste de l'hôpital et un cadre bâti spécifique.

Par ailleurs, la communication constitue un atout majeur. Elle permet de délivrer des informations claires et adaptées. Toutefois, elle doit répondre à un plan de communication particulier.

Pour autant, les évolutions démographiques et les dernières réformes semblent indiquer que la question du maintien des USLD pourrait une nouvelle fois être remise en cause.

En effet, tant la France que l'Europe s'interroge sur la pertinence de l'offre de prise en charge actuelle des personnes âgées dans nos sociétés. Le souhait est de tendre vers une approche la plus globale possible de la personne âgée. Ainsi, les pouvoirs publics doivent mener une évaluation des politiques du vieillissement, afin de conduire une réflexion permettant de développer une offre associant les aspects sanitaire, social et médico-social. Elle doit également explorer les différentes sources de financement pouvant être mobilisées.

En d'autres termes, la réflexion doit s'étendre à une prise en charge non plus centrée sur la dépendance, mais sur la vieillesse et son accompagnement dans notre société.

D'ailleurs à ce propos, Georges Blein³⁵ écrit :

« Il nous semble [...] qu'il faut redouter que cet objet (la vieillesse) ne soit accaparé que par les seules pratiques médicales et les discours qui les accompagnent, stigmatisé dès lors. Laisser au seul champ médical vieillesse et vieillissement, c'est aussi ramener l'une et l'autre à la maladie, ce que ni l'une ni l'autre ne sont, faut-il le rappeler, et en conséquence dresser un obstacle à « autres formes de gestion des rapports entre vieillesse et société ». »

³⁵ Georges Blein, psychologue, « Gériatrie et dépendance », *Pratiques. Les Cahiers de la médecine utopique*, n°19, octobre 2002.

Bibliographie

➤ **Les ouvrages**

Ouvrage collectif. *Voyage au pays de Gérousie. Le grand âge en institution*. Paris : Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2007. 212 p.

BELMIN J. *Gérontologie pour le praticien*. Paris : Masson, 2003. 672 p. Pour le praticien.

LARCHER G., LENOIR H., VINCENT G., LESTIENNE A., CAUSSE D., PREVOST P., KUNTZMANN F., LUISSIER M-D, DENORMANDIE P., GAUDON P., LACHNAYE LLANAS C., RAUCOURT M., MORIN M-P., LANG G., LAROQUE G. *L'avenir des unités de soins de longue durée*. Technologie et santé, Paris, 2003. 56 p.

SALAUN F. *Accueillir et soigner*. Paris : Dion éditeurs, 1999. 274 p.

➤ **Les revues et périodiques**

BERTEZENE S. « L'articulation entre démarche qualité et stratégie de l'organisation : les impacts de la loi du 26 avril 1999 et du 2 février 2002 sur les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée. ». *Droit déontologie et soins*, Septembre 2004, n°4-3, pp.337-344.

DAVID J-P., PASQUIERS-NAGA F., DIMENZA C. « Les patients actuellement hospitalisés en soins de longue durée relèvent-ils du secteur sanitaire ? ». *La revue de gériatrie*, 2002, n°27-5, 313-318.

MOULIAS R. « Le personnel. Rôle des soignants en soins de longue durée. » *Gérontologie et société*, Mars 2003, n°104, pp. 23-34.

MOULIAS R., OLLIVET C. « Lits de soins de suite "identifiés" et lits de Soins de Longue Durée "redéfinis". Où situer le malade ? ». *Gérontologie*, 2006, n°139, pp. 18-20.

NOIREZ R. « Le personnel. Dans un service de soins de longue durée. Témoignage. » *Gérontologie et société*, Mars 2003, volume 104, pp. 91-95.

RAVAUDET C., HARDY J-P., SCHWEITZER Y., HYCULE A., BOURQUIN M., TOUSSAINT H. « Personnes âgées : où en sont les réformes ? ». *IASS la revue*, Décembre 2004, n°45, pp.49-78.

SUN WOO D. « La politique des soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie en République de Corée. » *Revue internationale de sécurité sociale*, Avril-Juin 2004, n°57-2, pp. 61-81.

TOURMENTE D. « Les unités de soins de longue durée : gros plan sur une réforme ». *Droit déontologie et soins*, Septembre 2007, n°3, pp. 338-3342.

➤ **Les textes législatifs et réglementaires**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Loi n° 2005-102 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, 124.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1978. – Loi n°78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et portant dérogation à titre dérogatoire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. – Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1970. – Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1958. - Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007. – Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2006. – Circulaire n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2006. - Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

➤ **Les rapports**

Rapport « Un programme pour la gériatrie », Claude JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER, Philippe VIGOUROUX. 2006

Rapport « Pour des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées », OCDE, Collection Synthèses. 2005

➤ **Document de conférence, communications**

Symposium Européen « Vers une société pour tous les âges. Emploi, Santé, Retraites et Solidarités Intergénérationnelle. ». Commission Européenne-Emploi et Affaires Sociales.

Communication de la commission au conseil et au parlement, « La réponse de l'Europe au vieillissement de la population mondiale. Promouvoir le progrès économique et social dans un monde vieillissant. Contribution de la Commission européenne à la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. », Commission des communautés européennes, Bruxelles, 18/03/2002.

➤ **Plan**

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

Liste des annexes

Annexe I : Plan de l'hôpital Charles Foix

Annexe II : Exemple de questionnaire

Annexe III : Résultats du questionnaire

Annexe IV : Entretiens

Annexe V : Changements démographiques à travers le monde

Annexe II : Exemple d'un questionnaire

Questionnaire

Madame, Monsieur,

Je suis élève directrice et dans le cadre de notre formation, nous devons réaliser un mémoire de fin d'études. Par conséquent, je viens vous solliciter en vous demandant de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Je vous informe par ailleurs que ce document est anonyme et que les informations contenues ne seront en aucun cas divulguées.

Je vous remercie par avance d'avoir pris quelques minutes pour répondre à ces quelques questions.

Céline Montigny-Frapy,

Directrice stagiaire filière D3S

(Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux).

1. Vous êtes : AS ASH IDE Autre :

2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans les unités de soins de longue durée (semaines, mois, années) ? :

3. Dans l'exercice de vos fonctions,
 vous êtes en poste fixe dans une unité de SLD
 vous êtes en poste fixe en SLD, mais vous exercez sur plusieurs unités
 vous exercez alternativement en SLD et en court séjour ou SSR

4. Selon vous les unités de soins de longue durée (SLD) sont-elles des unités comme n'importe quelle autre unité de l'hôpital :
 oui
 non, elles se distinguent au niveau de l'organisation du travail
 la prise en charge
 des personnes accueillies
 autre :

5. Comment définiriez-vous les soins de longue durée :

une prise en charge hospitalière pour des personnes âgées polypathologiques, nécessitant des soins importants

un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

un hébergement hospitalier pour des personnes âgées en perte d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des traitements d'entretien

définition personnelle :

.....
.....

6. Quel statut donneriez-vous aux personnes accueillies :

patient

résident

patient-résident

7. Selon vous, quelles sont les principales difficultés rencontrées en SLD :

le taux de dépendance

l'altération de l'état de santé de la personne accueillie, notamment les troubles cognitifs

la fin de vie

autre :

8. Selon vous, le projet de vie est :

une nécessité pour les personnes accueillies en SLD

un projet supplémentaire difficile à mettre en place

inutile

9. Le confort de vie, notamment le respect du rythme de vie de la personne est-il une préoccupation importante :

oui

non

difficile de s'y tenir

Annexe III : tableau récapitulatif de l'analyse des questionnaires

* SO : sans objet

Questions	Réponses	Total	Répartition par catégorie professionnelle		
			IDE et CSS	AS et ASH	EIDE
Ancienneté dans les USLD		SO*	De 1 à 31 ans	De 1 à 28 ans	SO
Modalités d'exercice des fonctions	<i>En poste fixe dans une unité de SLD</i>	27,8%	14,3%	50%	SO
	<i>En poste fixe en SLD, mais exercice dans plusieurs unités</i>	33,3%	42,9%	37,5%	SO
	<i>Alternance entre SLD et SSR</i>	22,2%	42,9%	12,5%	SO
USLD : une unité comme n'importe quelle autre unité de l'hôpital	<i>Oui</i>	27,8%	14,3%	37,5%	33,3%
	<i>Non</i>	72,2%	85,7%	62,5%	66,7%
Choix de définition des SLD	Une prise en charge hospitalière pour des personnes âgées polypathologiques, nécessitant des soins importants	44,4%	28,6%	62,5%	33,3%
	Un EHPAD	0%	0%	0%	0%
	Un hébergement hospitalier pour des personnes âgées en perte d'autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des traitements d'entretien	77,8%	85,7%	75%	66,7%

Questions	Réponses	Total	Répartition par catégorie professionnelle		
			IDE et CSS	AS et ASH	EIDE
Statut des personnes accueillies	<i>Patient</i>	33,3%	28,6%	50%	0%
	<i>Résident</i>	5,6%	14,3%	0%	0%
	<i>Patient-résident</i>	61,1%	57,1%	50%	100%
Principales difficultés en SLD	<i>Le taux de dépendance</i>	44,4%	28,6%	62,5%	33,3%
	<i>L'altération de l'état de santé de la personne accueillie, notamment les troubles cognitifs</i>	55,6%	14,3%	62,5%	66,7%
	<i>La fin de vie</i>	38,9%	28,6%	50%	33,3%
	<i>Autre</i>	38,9%³⁶	42,9%	25%	66,7%
Le projet de vie	<i>Une nécessité pour les personnes accueillies en SLD</i>	94,4%	85,7%	100%	100%
	<i>Un projet supplémentaire difficile à mettre en place</i>	22,2%	42,9%	12,5%	0%
	<i>Inutile</i>	0%	0%	0%	0%
Le confort de vie (respect du rythme de vie) : une préoccupation importante	<i>Oui</i>	88,9%	85,7%	87,5%	100%
	<i>Non</i>	0%	0%	0%	0%
	<i>Difficile de s'y tenir</i>	27,8%	42,9%	25%	0%
La chambre	<i>Un lieu privé</i>	77,8%	85,7%	62,5%	100%
	<i>Une chambre d'hôpital comme les autres</i>	33,3%	28,6%	50%	0%
	<i>Autre</i>	5,6%	14,3%	0%	0%

³⁶ Dans la majorité des cas, la difficulté invoquée est le manque de personnel, au sens de d'insuffisance de professionnel au lit de la personne.

Annexe IV : Entretiens

Pour cette étude, j'ai rencontré :

- Le Docteur L., responsable du pôle de SLD à l'hôpital Charles Foix
- Le Directeur, le Directeur des soins et le médecin du travail en cours de validation de la capacité de gériatrie, de l'établissement B
- La Directrice (Directrice d'établissement sanitaire et social) en charge de la politique gériatrique au siège de l'AP-HP

Eu égard à la disparité des fonctions des différents interlocuteurs, j'ai adapté mes questions pour chaque entretien. Néanmoins, un socle commun de questions peut être repris ici :

- Définition et caractéristiques des SLD dans le sanitaire
- Difficultés rencontrées dans ce type d'unités
- Gestion des ressources humaines : recrutement, spécificité de la qualification des personnels de SLD, formation
- Organisation des unités
- La distinction entre court et long séjour doit-elle être marquée ?
- Quelle répartition géographique ?
- Limites et perspectives pour les USLD

Les particularités abordées selon l'interlocuteur portaient sur :

- Le rôle du directeur
- La politique institutionnelle

Annexe V : Changements démographiques à travers le monde : part de la tranche d'âge de 60 ans et plus

