



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2002 - 2003**

---

**La mise en place d'une filière  
gériatrique aux Hôpitaux Civils de  
Colmar.**

**Illustration de la complémentarité des politiques  
sanitaires et médico sociales sur un territoire de santé.**

---

**Frédérique LABRO -GOUBY**

---

# Remerciements

---

*Je voudrais adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes ayant accepté de me recevoir durant cette étude et dont l'expérience et les réflexions ont nourri ce travail.*

*Plus particulièrement, mes remerciements vont au Docteur Hild, chef de service du Centre pour Personnes Agées aux HCC et à Mr Fouchet, Directeur des Etablissements, de la Clientèle et du Patrimoine, qui m'ont facilité les contacts avec nos partenaires extérieurs et ont témoigné d'une attention particulière à ce travail, tout au long de sa réalisation*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

<b>CHAPITRE I. ETAT DES LIEUX CRITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE AUX HCC .....</b>	<b>7</b>
--	----------

<b>A. La «consolidation des filières gériatriques» dans les Hôpitaux généraux : apport de la circulaire du 18 mars 2002.....</b>	<b>8</b>
--	----------

1. Définition des filières de soins.....	8
2. La circulaire du 18 mars 2002 : le « Plan d'urgence » attendu par la gériatrie française ?.....	11
3. Evaluation de l'offre de prise en charge gériatrique des Hôpitaux Civils de Colmar au regard des axes d'amélioration définis par la Circulaire du 18 mars 2002.....	15

<b>B. Les atouts de la prise en charge gériatrique aux HCC : le développement de dispositifs innovants 18</b>	
---	--

1. L'hôpital de jour de gériatrie .....	18
2. L'hospitalisation à Domicile du Centre Alsace, un nouveau service pour la population âgée du secteur sanitaire n° 3.....	22

<b>C. Les déficiences de la prise en charge gériatrique aux HCC.....</b>	<b>27</b>
--	-----------

1. Les déficiences structurelles : .....	28
2. Les déficiences médico – organisationnelles .....	33

<b>CHAPITRE II : LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DANS LE SECTEUR SANITAIRE N°3 : ATOUTS ET CONTRAINTES D'UN TERRITOIRE DE SANTE.....</b>	<b>37</b>
---	-----------

<b>A. Une politique régionale à « l'avant-garde » en matière de prise en charge des personnes âgées....</b>	<b>38</b>
---	-----------

1. Le volet du SROSS consacré aux personnes âgées, un document de « référence » au plan national..	38
2. Le Schéma gérontologique du Haut Rhin : un dispositif précurseur des CLIC ? .....	43
3. Une coordination embryonnaire entre les documents stratégiques : le conventionnement des EHPAD : un rendez vous manqué ?.....	48

<b>B. Des établissements aux offres de prise en charge diverses et complémentaires .....</b>	<b>52</b>
--	-----------

1. Les établissements de santé colmariens : synergies ou concurrences ? .....	52
2. Le potentiel des hôpitaux locaux. ....	56

**CHAPITRE 3 : RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UNE  
FILIERE GERIATRIQUE AUX HCC, HOPITAL DE REFERENCE DU SECTEUR  
SANITAIRE N° 3 .....59**

**A.Le paradoxe de la création d'un EHPAD aux HCC : une conjoncture favorable au renforcement du  
rôle de l'hôpital général dans la prise en charge sanitaire des personnes âgées.....60**

**Recommandation n°1 : Créer un Centre d'Accueil et d'Evaluation Gériatrique (court séjour  
gériatrique).....63**

**Recommandation n°2 : Créer une instance de coordination et d'animation de la filière de gérontologie  
clinique .....67**

**Recommandation n°3 : Proposer une politique homogène de lutte contre la dépendance des personnes  
âgées dans les services MCO .....70**

**Recommandation n°4 : Soutenir les EHPAD relevant du secteur sanitaire n°3 dans la structuration de  
leur politique médicale.....72**

**Recommandation n°5 : Répondre aux demandes de prise en charge de patients atteints de maladie  
d'Alzheimer en s'appuyant sur les hôpitaux locaux.....73**

**CONCLUSION .....77**

**BIBLIOGRAPHIE .....79**

**LISTE DES ANNEXES.....89**

---

## Liste des sigles utilisés

---

AHDCA	:	Association d'hospitalisation à domicile du Centre Alsace
ARH	:	Agence régionale d'hospitalisation
AS	:	Aide soignante
AURAL	:	Association des urémiques de la région Alsace
CDRS	:	Centre départemental de repos et de soins
CHG	:	Centre hospitalier général
CLIC	:	Comité local d'information et de coordination
CME	:	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	:	Caisse nationale d'assurances maladies des travailleurs salariés
CRAM	:	Caisse régionale d'assurance maladie
CROSS	:	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CSP	:	Code de la Santé Publique
EHPAD	:	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPS	:	Etablissement public de santé
ETP	:	Equivalent temps plein
GHPCA	:	Groupement hospitalier privé de Centre Alsace
GIR	:	Groupe iso - ressources
HAD	:	Hospitalisation à domicile
HCC	:	Hôpitaux Civils de Colmar
HDJ	:	Hôpital de jour
IDE	:	Infirmière diplômée d'Etat
MCO	:	Médecine, chirurgie, obstétrique
MR	:	Maison de retraite
PH	:	Praticien Hospitalier
PSPH	:	Participant au service public hospitalier
SAU	:	Service d'accueil des urgences
SROS	:	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	:	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	:	Soins de suite et de réadaptation
USLD	:	Unité de soins de longue durée

## INTRODUCTION

Le vieillissement de la population va modifier à court et à moyen terme les caractéristiques contemporaines de l'activité hospitalière<sup>1</sup>. Certes, les tendances lourdes aujourd'hui relevées, telles que le développement des alternatives à l'hospitalisation et celui de la chirurgie ambulatoire se verront confirmer. Mais, l'évolution des besoins de santé des personnes âgées va elle aussi exercer un magistère d'influence non négligeable, qui sera pris en compte dès la phase d'élaboration des outils de la stratégie hospitalière (que ce soient le SROS<sup>2</sup>, le projet d'établissement ou encore le contrat d'objectifs et de moyens ; outils qui s'élargissent aujourd'hui, pour certains EPS, à la convention tripartite les liant, pour leur EHPAD, avec le Conseil Général et l'Assurance Maladie).

L'intervention de l'institution hospitalière dans la prise en charge des personnes âgées s'enracine dans son passé<sup>3</sup>. Dès le début du vingtième siècle, l'évolution de ces structures rend compte de leur volonté de s'émanciper de ce rôle historique. Ainsi, une des conséquences inattendues de la réforme hospitalière de 1958 fut « l'exclusion des vieillards de l'hôpital relégués dans l'hospice annexé. [...] Leur présence devient alors indésirable, elle est même censée mettre à mal la crédibilité nouvelle de l'hôpital<sup>4</sup>».

Cette évolution de l'activité hospitalière, vers une prise en charge focalisée sur le recours au plateau technique, garantie de la qualité des soins, devient la culture dominante dans les établissements. La substitution du secteur médico social au secteur sanitaire dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, qui aurait du se traduire dès les années 50 et 60 par la multiplication de nouveaux acteurs de cette prise en charge, n'aurait ainsi laissé aux EPS qu'un rôle résiduel, en la matière. Or, l'évaluation de la mise en œuvre de la réforme du financement des EHPAD a révélé que le nombre de

---

<sup>1</sup> Etude menée par le COTRIM Alsace, en cours de validation par le DARH. Titre provisoire : «Les effets attendus du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière en Alsace». On doit cependant pondérer cette affirmation, si l'activité hospitalière est particulièrement sensible à la structure par âge de la population et à son évolution, elle dépend également de l'évolution de l'état de santé de la population, du comportement vis-à-vis du système de soins, des techniques et pratiques médicales ou encore des alternatives à l'hospitalisation.

<sup>2</sup> APM. *Bretagne : le SROS personnes âgées met l'accent sur le développement de filières gériatriques de proximité*. 10/07/03.

<sup>3</sup> Lellouch A. *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*. Editions Payot, 1992. 335p. Bibliothèque scientifique Payot

maisons de retraite ou de sections de cure médicales rattachées juridiquement à un EPS restait majoritaire<sup>5</sup>.

Ainsi, les Hôpitaux Civils de Colmar, hôpital de référence du secteur sanitaire n°3 d'Alsace, disposent ils d'un établissement annexe, le Centre Pour Personnes Agées, dédié à cette prise en charge. Le Centre pour Personnes Agées, avec ses 80 lits de moyen séjour (SSR à orientation gériatrique), ses 166 lits de long séjour et ses 192 lits de maison de retraite<sup>6</sup> assume une mission importante dans la prise en charge des patients âgés, pour l'ensemble du secteur. Or, l'accueil et le soin des personnes âgées dans l'établissement ne sont plus aujourd'hui limités à ces services. L'amélioration de l'état de santé de la population conduit à ce que des patients de plus en plus âgés soient accueillis dans les services de médecine ou de chirurgie<sup>7</sup> à l'hôpital Pasteur.

Cette question de l'âge du patient et de son appartenance corollaire à une clientèle spécifique est aujourd'hui très discutée en gérontologie<sup>8</sup> En effet, on ne saurait réduire, en l'état des connaissances, la prise en charge des personnes âgées à la simple notion d'âge des personnes soignées. Pour le Professeur Marc Berthel<sup>9</sup>, «ce sont les problèmes et les caractéristiques spécifiques de certaines personnes âgées qui suscitent la nécessité d'une prise en charge gériatrique». Aussi, ces problèmes et ces caractéristiques peuvent ils tout aussi bien être présents chez un patient accueilli dans un service de médecine ou chirurgie, que dans un service classique. L'ampleur de ce phénomène, qui met à jour de nouvelles contingences, dont la dépendance de ces patients, remet en question tant le fonctionnement de l'organisation hospitalière (avec le cloisonnement des services autour d'une discipline médicale) que ses interactions avec les acteurs externes et sa stratégie à long terme.

---

<sup>4</sup>Bourdelaïs P. La vieillesse : un regard historique et démographique. In *Handicap et vieillissement. Politiques publiques et pratiques sociales*. Les Editions INSERM. Chapitre 2. pp.29-41

<sup>5</sup> La Lettre de la FHF. *Réforme de la tarification des EHPAD*. Numéro 5 - Mai 2002.

<sup>6</sup>La capacité d'accueil théorique de l'établissement est de 438 lits sans compter les 12 places d'HDJ. Les lits sont les lits autorisés. (Programme d'établissement, mis à jour par délibération du CA du 25 Avril 2003).

<sup>7</sup>Le Projet médical (Tome 2, p. 10) détache comme une des caractéristiques majeures de l'activité des HCC, l'âge de la population hospitalisée en court séjour. 13% des patients hospitalisés (hors pédiatrie) sont âgés de 75 ans et +, et 44,02 % de 60 ans et +.

<sup>8</sup>CARADEC V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Nathan Université, 2001. 127p. Sociologie 128.

<sup>9</sup>Entretien avec le Professeur Marc Berthel, CHU de Strasbourg.

Le Projet Médical des HCC, partie intégrante du projet d'établissement 2000–2005 s'appuie dès 1999, sur un constat partagé par l'ensemble des praticiens : «les particularités des patients âgés poly pathologiques dictent des prises en charge spécialisées et pluridisciplinaires. Dans le domaine gériatrique, l'offre de soins est nécessairement protéiforme». Ainsi, tirant les conclusions de ce constat, les instances qui entérinent le projet d'établissement ont consacré comme thématique transversale prioritaire, la gériatrie. La nouvelle nature et les nouveaux impératifs de cette discipline médicale ont donc été intégrés en interne, dès l'élaboration de ces documents. Mais, ils n'ont pas alors conduit l'établissement à décider d'une stratégie précise à moyen terme, pour redéployer ses moyens en fonction de ce nouveau constat.

Or, depuis 1999, au même titre que d'autres EPS<sup>10</sup> gestionnaires d'une maison de retraite ou de lits de soins de longue durée<sup>11</sup>, les HCC ont été durablement affectés par la dizaine de textes majeurs qui ont restructuré ce secteur<sup>12</sup>. Actuellement, l'établissement est en train de négocier avec les tutelles la signature de la convention tripartite, pour la transformation, par fusion de ses budgets annexes de ses unités de soins longue durée et de sa maison de retraite, en EHPAD. La situation actuelle des Hôpitaux Civils de Colmar quant à la restructuration de son offre à orientation gériatrique illustre la difficulté du positionnement d'un établissement de prise en charge sanitaire stricto sensu (EPS) par rapport à un secteur d'hébergement aujourd'hui représenté par l'EHPAD, dans un territoire de santé donné. La diversité des statuts juridiques et des projets portés par chacune de ces structures impose au directeur d'adopter au plan local un statut «d'intégrateur des politiques nationales<sup>13</sup>», au profit d'une amélioration globale de la qualité de la prise en charge des patients. Cette démarche de structuration de la prise en charge des personnes âgées aux HCC a conduit à la présentation en Juin 2002, au Conseil d'Administration d'un document institutionnel<sup>14</sup> baptisé «Schéma Directeur de gériatrie des Hôpitaux Civils de Colmar». Or, ce document est encore imparfait, il n'a pas intégré l'ensemble des éléments nouveaux apparus dans le domaine réglementaire

---

<sup>10</sup> GAUDILLIER M. *La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD au Centre Hospitalier William Morey de Chalon sur Saône*. Mémoire de l'ENSP. Décembre 2002.

<sup>11</sup> La Loi du 18 janvier 1994 introduit dans la loi hospitalière une disposition selon laquelle les établissements de santé peuvent créer et gérer des établissements pour personnes âgées.

<sup>12</sup> LUTZLER P, BIZIEN A, REINGEWIRTZ S, BERTRAND A, JAMOT M, CAUSEE D. Bref Panorama des réformes dans le domaine gérontologique socio sanitaire. *La revue de gériatrie*, 2002, N° 27, pp. 799-801

<sup>13</sup> SCHWEYER FX. Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des Affaires sociales*, N° 4. Octobre - décembre 2001, pp. 115-121.

<sup>14</sup> Le document en question n'est pas encore validé par la tutelle.



gériatrique en 2002, ainsi que les changements qui sont intervenus dans le contexte local ou dans le comportement de certains acteurs importants de la filière gériatrique.

Ce mémoire professionnel nous permet donc de reprendre et d'articuler l'ensemble des éléments du diagnostic stratégique qui conduisent à privilégier aujourd'hui le scénario du repositionnement de l'offre de l'établissement sur la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

Nous nous attacherons à démontrer que l'organisation de la gériatrie aux HCC, malgré son aptitude à s'adapter aux besoins de la population (HAD et consultations en Hôpital de Jour) présente encore des carences en terme de qualité du service rendu au patient et ce, malgré la diversité des trajectoires qui sont proposées en son sein (**1ere Partie**). Il nous appartiendra ensuite de mesurer l'influence qu'exercent sur les scénarios potentiels, le cadre réglementaire national et local, ainsi que l'offre des établissements du secteur sanitaire n°3 (**2eme partie**). Puis, dans une optique professionnelle, nous émettrons des propositions concrètes et présenterons les mesures qui ont été mises en place avec les acteurs, pendant la durée du stage, dans ce domaine. (**3eme partie**).

## **Méthodologie**

Ce mémoire professionnel vise à acquérir grâce à un travail de terrain une meilleure connaissance des modes de fonctionnement des établissements publics de santé et des EHPAD, des contraintes de leur activité et de leur organisation.

Son sujet correspond à l'une des principales préoccupations de l'établissement durant mes deux stages. Ma première année de stage (2002) fut marquée par les négociations sur le financement de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes et par l'adoption en Conseil d'Administration du Schéma Directeur de Gériatrie. Durant ma seconde année (2003), je pus grâce aux dossiers qui m'avaient été confiés (Note sur l'autorisation de l'activité de court séjour gériatrique, Synthèse de la mise en œuvre du programme de valorisation des Emplois au Centre Pour Personnes Agées, Projet de création de la Fédération de Gérontologie Clinique), rencontrer dans un cadre professionnel, les acteurs de ce projet et participer à sa formulation, lors de la conclusion des négociations avec les autorités de tutelle. Cette observation participante a été le terrain le plus riche d'enseignements, pour nourrir ce mémoire.

Des méthodes de recueil des informations plus classiques ont, cependant, été mises en œuvre :

- la recherche documentaire : celle-ci concerne les documents internes (PE, PM, Schéma d'organisation de la gériatrie, courriers des directeurs) et les documents des tutelles ou courriers de négociation qui ont pu être échangés. Les sources légales représentent une part importante de ce travail, en raison de la diversité des activités médicales qui sont visées dans ce mémoire. Leur étude est complétée par la lecture de la littérature spécialisée.

- Les entretiens avec les acteurs du projet au sein de l'établissement ainsi qu'avec les représentants du secteur de la prise en charge des personnes âgées<sup>15</sup>. Un questionnaire type avait été établi initialement, or rapidement, il a fait l'objet d'une adaptation propre au domaine de compétence de chaque interlocuteur.

- Les réunions avec ces mêmes acteurs, notamment avec le chef de service de gériatrie pour approfondir les perspectives d'évolution de l'offre et mettre en forme les différents projets (court séjour gériatrique, développement de l'hospitalisation de jour) et avec les chefs de service des urgences et de médecine E, concernant le projet de fédération de gérontologie clinique.

---

<sup>15</sup> Liste des entretiens p.6.

### Programme de travail :

Avril à Juin	<ul style="list-style-type: none"><li>- Programmation et début des entretiens avec les acteurs de prise en charge gériatrique, sur le secteur sanitaire n° 3</li><li>- Lecture de la bibliographie</li><li>- Réunions de travail, pour la préparation des travaux aux Lilas</li></ul>
Juillet et Août	<ul style="list-style-type: none"><li>- Poursuite du programme d'entretiens</li><li>- Rédaction du mémoire</li></ul>
Septembre à Novembre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Poursuite de la réalisation des projets liés au sujet de mémoire (Valorisation des emplois au CPA, présentation en CTE)</li><li>- Réunions de travail avec l'ARH, sur le Schéma Directeur de gérontologie</li></ul>

### **Entretiens réalisés dans le cadre du mémoire et visites sur site**

#### Entretiens en interne :

- Mr Marchand. *Directeur de la Stratégie et du développement, Directeur de l'Association pour l'Hospitalisation à Domicile du Centre Alsace*
- Mr le Docteur Doerfler. *Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Chef de Service en chirurgie vasculaire, coordonnateur de la Fédération de chirurgie.*
- Mme Boiron. *Directrice des Soins*
- Mme Aller. *Cadre supérieur de santé du Centre pour Personnes Agées*
- Mme Franck. *Cadre supérieur de santé des services de médecine D et E*
- Mme le Docteur Fourrière. *Chef de Service de l'Information médicale*
- Mr le Docteur Hild. *Chef de service du Centre pour Personnes Agées*

- Mr le Docteur Michel. *PH, gériatre, Membre du bureau de la CME, Centre pour Personnes Agées*
- Mr le Docteur Thiébault. *PH, gériatre, Centre pour Personnes Agées*
- Mr le Docteur Simon. *PH, gériatre, Centre pour Personnes Agées*
- Mr le Docteur Blaison. *Chef de service de médecine E, médecin – coordonnateur de l'AHDC*
- Mr le Docteur Dr Haeguy. *Chef de service des urgences*

#### **Autres établissements :**

- Professeur Berthel, *Chef de service de médecine gériatrique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*
- Docteur Niederberger, *Chef de service de médecine gériatrique, Groupement Privé de Haute Alsace (GPHCA) Colmar*
- Mr Lorange *Directeur du CDRS, Centre Départemental de Repos et de Soins, Colmar (visite du site)*

#### **Institutionnels :**

- Mr Fischer, *Sous – Directeur Personnes Agées – Personnes Handicapées, Conseil Général du Haut Rhin*
- Docteur Odile Blanchard, *Médecin Conseil de la CNAMTS – Service Médical d'Alsace Lorraine*
- Mr Dumoulin, *Directeur de l'hôpital local de Molsheim, représentant du délégué de l'UHNE Alsace, Mr Pierre Gustin, Directeur des Hôpitaux Civils de Colmar*

## **CHAPITRE I. ETAT DES LIEUX CRITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE AUX HCC**

La réforme du financement des EHPAD conduit actuellement la Direction des Hôpitaux Civils de Colmar à mener un diagnostic d'ordre stratégique quant à l'orientation de l'ensemble des moyens dédiés à l'accueil des personnes âgées<sup>16</sup> (long séjour, maison de retraite et moyens séjour gériatrique) et à leurs articulations potentielles avec l'implantation de nouvelles activités sanitaires dans ce domaine. Une circulaire du 18 mars 2002 dédiée à l'amélioration de la filière de soins gériatriques apporte un éclairage nouveau sur le rôle des hôpitaux généraux dans la mise en place de filière gériatrique (A).

L'analyse des pratiques et des activités des HCC, élaborée à partir d'une grille de lecture inspirée de la circulaire, nous permettra de détacher les atouts (B) et les déficiences de la prise en charge gériatrique aux HCC (C).

## **A. La «consolidation des filières gériatriques» dans les Hôpitaux généraux : apport de la circulaire du 18 mars 2002**

### **1. Définition des filières de soins**

La réforme hospitalière, issue de la loi du 31 juillet 1991<sup>17</sup>, prévoit la mise en place d'un régime expérimental de filières et de réseaux. Ce sont des dispositifs de coordination susceptibles d'apporter des innovations, à un moindre coût, dans la prise en charge des patients. Ces deux modalités d'organisation se caractérisent non pas par leur formalisme<sup>18</sup> mais par les objectifs qui leur sont donnés dans l'organisation sanitaire. Elles doivent veiller à rationaliser la prise en charge du patient Cette définition a minima confère aux acteurs du système de santé des marges de manœuvre appréciables, pour la mise en place de ces organisations. Si ces deux concepts de «filières de soins» et de «réseaux de soins» procèdent de la même réflexion critique sur le primat de la structure hospitalière dans le système de santé français, il faut cependant les distinguer : la notion de filière désigne les «regroupements de trajectoires<sup>19</sup>typiques et/ou fréquentes des patients et, de ce fait, susceptibles d'une certaine forme de modélisation<sup>20</sup> ». Elle procède de l'analyse des itinéraires des patients en extra, trans. et/ou inter hospitalier.

---

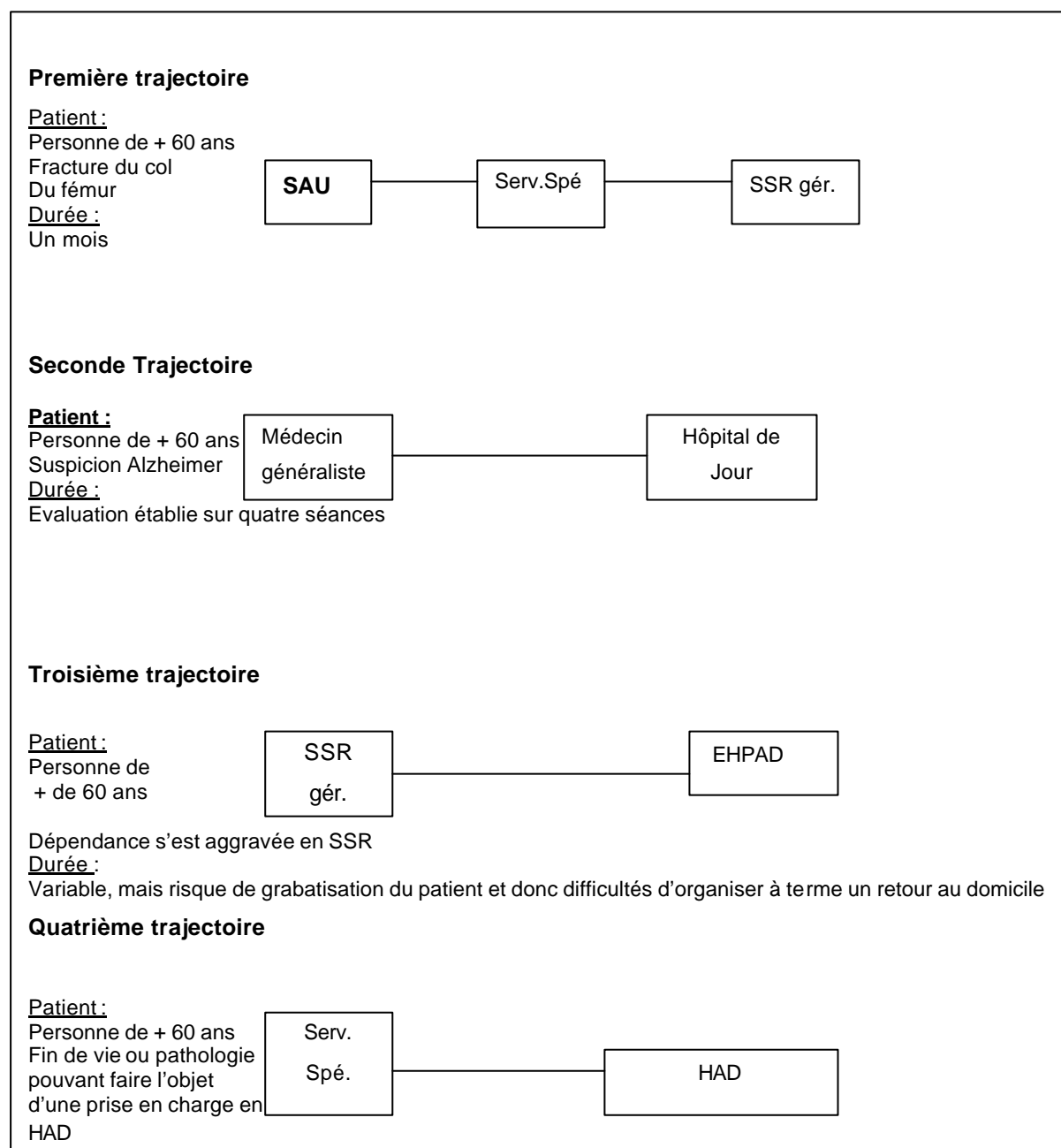
<sup>16</sup>Annexe II: Présentation du Centre pour Personnes Agées des HCC

<sup>17</sup>L'article 1<sup>er</sup>-III créait alors au CSP un article L.710-4 «Les établissements de santé, publics ou privés, développent [...] des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité ». L'article 2-II créait au CSP un article L.711-1 2eme alinéa : « Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico- sociales coordonnées ».

<sup>18</sup>La création et le fonctionnement des réseaux relèvent aujourd'hui d'un cadre plus strict, défini par le Décret n° 2002-1463 du 17 Décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article. L6321 du CSP.

<sup>19</sup>A chaque niveau de soins continus requis par la pathologie, il faut des lieux de prise en charge adaptés, cela signifie que l'hôpital doit non seulement avoir des lieux de soins adaptés mais qu'en plus la circulation entre ces différents pôles devra être assez rapide de façon à éviter la dépendance.

<sup>20</sup>PRADEAU F et M-C, Intérêt des concepts « filières de soins » et « réseaux de soins » pour les établissements hospitaliers. *Gestions Hospitalières*. Octobre 1998, pp. 617-621.



**Tableau n° 1 : Exemples de trajectoires de patients gériatriques aux HCC, à partir des données du PMSI.**

La notion de réseaux, elle, rend compte de la multiplicité des acteurs (médecine de ville, secteur médico social, caisses) qui interviennent de façon coordonnée auprès du patient, afin de favoriser la continuité des soins qui lui sont délivrés. Cette fonction de coordination, au centre de chaque dispositif offre une valeur ajoutée à la prise en charge hospitalière classique, sur plusieurs plans :

- Cette coordination est un outil de rationalisation des dépenses de santé. Elle permet de garantir au patient qu'il recevra des «soins adaptés», au coût le plus juste pour la collectivité (en évitant les redondances d'examens cliniques et de prescriptions, notamment). Elle participe de la réflexion sur la fongibilité des enveloppes financières au niveau régional, et plus largement d'une remise en question d'une gestion sectorielle de la pathologie au profit d'un forfait global par patient (qui inspire aujourd'hui, dans une certaine mesure, la Tarification à l'Activité dans le secteur hospitalier).

- Cette coordination développe une approche centrée sur le patient, et non plus sur l'organe, la maladie ou l'outil. La prise en charge du patient au sein du réseau ou de la filière s'inscrit dans le temps, elle permet l'instauration d'une relation de confiance avec les soignants, ancrée dans la durée.

- La coordination, en apportant à la fois la continuité et la régularité répond à des critères de qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources<sup>21</sup> Elle encourage l'échange d'expériences et d'informations entre les professionnels du réseau ou de la filière, et permet ainsi l'optimisation du devenir du patient.

La filière de soins, expression de cette coordination est avant tout « l'outil qui permet de raisonner en terme d'individus traités et non plus en terme de séjours hospitaliers. Elle offre la possibilité de décrire d'évaluer et de planifier les soins des patients hospitalisés »<sup>22</sup>. Cette organisation se révèle particulièrement pertinente pour la prise en charge des personnes âgées fragiles,<sup>23</sup> car la diversité de ses segments de prise en charge rend possible une réponse adaptée à chacun des besoins du patient.

---

<sup>21</sup>PATTE D. Les enjeux de la coordination. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n° 24, pp. 16-17.

<sup>22</sup>DRUNAT O., FARALDI O., BESSEY D., LUTZLER P. Les filières de soins gériatriques. *La Revue de gériatrie*. Juin 1998, n° 6, pp. 527-531.

<sup>23</sup>Programme de Prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002 – 2005. Ministère de la santé.

## 2. La circulaire du 18 mars 2002 : le « Plan d'urgence <sup>24</sup> » attendu par la gériatrie française ?

La circulaire ministérielle du 7 décembre 1987 relative au programme d'établissement où, pour la première fois sont citées les filières de soins, ne définissait pas limitativement le champ des activités médicales dans lesquelles celles-ci pouvaient être formalisées. La gériatrie, en raison de son approche globale du patient (sanitaire et sociale) sera une des premières disciplines à trouver dans cette nouvelle modalité d'organisation, un moyen de potentialiser ses pratiques. Bien que sur le terrain de nombreux progrès aient été accomplis, la pauvreté relative de ces dispositifs et leur absence de généralisation au plan national<sup>25</sup> a conduit le Ministère à réinvestir ce champ dès 2002, dans la lignée du Rapport « Guinchard Kunstler<sup>26</sup> ». En effet, un « véritable plan pour le développement de la gériatrie » est présenté dans la Circulaire du 18 mars 2002<sup>27</sup> relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Or, alors que la gériatrie connaît une de ses plus grandes réformes contemporaines, avec la mise en oeuvre de la tarification ternaire et l'instauration corollaire du tarif dépendance, la circulaire n'aborde que l'aspect hospitalier et sanitaire de la prise en charge gériatrique. Paradoxalement, elle consacre le cloisonnement des prises en charge au moment même où les complémentarités sur le terrain sont préconisées.

La formulation de cette circulaire nous renseigne sur son absence d'ambition normative. En effet, elle ne vise qu'à « tracer des voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques ». Sa mise en oeuvre est conditionnée aux moyens budgétaires qui devraient lui être affectés<sup>28</sup> d'une part, d'autre part à la volonté des acteurs de la gériatrie au plan local de travailler sur des nouvelles modalités de prise en charge, le plus souvent à moyens constants.

---

<sup>24</sup>PAQUET M. Plan d'urgence pour la gériatrie. *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp. 21-24.

<sup>25</sup>Sciences et Avenir. Avril 2003, spécial Seniors « Des urgences aux maisons de retraite : les meilleurs hôpitaux » pp. 38-63.

<sup>26</sup>Rapport de Mme Guinchard Kunstler remis au premier Ministre – Septembre 1999. *Vieillir en France : Pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie* »

<sup>27</sup>Circulaire DHOS/0 2/ DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

<sup>28</sup>Des moyens nouveaux sont accordés à ce Plan dès 2002, dans la perspective d'une montée en puissance progressive sur cinq ans. Pour l'année 2002, 8,23 M d'euros ont été inscrits dans la Loi



Cette circulaire s'inspire en grande partie du dispositif mis en place au CHU de Strasbourg, auquel s'ajoute un autre maillon : l'Hospitalisation à Domicile (en projet actuellement à Strasbourg en lien avec l'Association des Urémiques de la Région Alsace). Trois axes y sont privilégiés:

- Le renforcement de l'accès aux soins dits de proximité (Hôpital local, médecine de ville)
- Le développement des courts séjours et des admissions de courtes durées en service de gériatrie
- L'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour

Nous privilégierons dans l'analyse de la circulaire, les axes où l'établissement hospitalier (CHG) peut agir de façon « autonome », soit en créant une activité, soit en améliorant l'organisation existante. La valeur ajoutée du travail en réseau avec d'autres acteurs n'est pas remise en question, mais son analyse impliquerait un diagnostic partagé, sur lequel on ne peut s'engager. Nous tenterons donc de définir la mission qui incombe à l'hôpital général dans ce dispositif pour chacun des axes d'amélioration.

a. le renforcement de l'accès à des soins de proximité :

L'hôpital général n'intervient qu'en seconde intention, dans l'évaluation du patient; les acteurs de proximité y jouent par contre un rôle déterminant (médecins de ville et hôpital local). L'hôpital général peut par l'intermédiaire des gériatres qui exercent dans l'établissement apporter son expertise et ses compétences, lors de la mise en place des consultations et des pôles d'évaluation gériatrique. Ces structures s'inscrivent dans le dispositif global des Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC<sup>29</sup>), pierre angulaire, aujourd'hui, de la prise en charge globale des personnes âgées dépendantes.

---

de Financement de la Sécurité sociale au titre de la gériatrie pour créer ou renforcer environ 35 services de gériatrie dans cette année.

<sup>29</sup>Circulaire DAS - RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001 - 2005.

L'hôpital général joue souvent un rôle d'animateur du réseau (même s'il n'en est pas forcément l'animateur, il est par contre, le plus souvent, contributeur net de moyens). Il met à la disposition de ses membres soit du temps médical pour coordonner les actions et organiser des formations<sup>30</sup>, et du temps non – médical, soit des locaux, quand il est le siège du Pôle d'évaluation gériatrique.

- b. Le développement des courts séjours et des admissions de courtes durées en service de gériatrie

La circulaire relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques valorise des modalités différentes mais complémentaires de prise en charge des urgences des patients gériatriques<sup>31</sup>. L'accueil des patients sera réalisé, quand leur pathologie ne relève pas d'une prise en charge dans un service de spécialité, dans une unité individualisée de MCO. Ce service de court séjour gériatrique met en place une prise en charge du patient empêchant la survenue du risque de dépendance qu'il soit physique, psychique ou sociale. Son admission en court séjour peut être soit prononcée après un passage au SAU, soit directement tel que le promeut la circulaire, si le service fonctionne 24h/24. La circulaire met l'accent sur «le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique et les EHPAD, afin de faciliter la continuité de la prise en charge des personnes âgées». Ce partenariat avec les médecins coordonnateurs de ces structures sera fondamental dans une réflexion à l'échelon d'un territoire de santé, il devrait avoir un impact non négligeable sur l'admission de personnes âgées au SAU et donc sur la qualité de fonctionnement de ce même service.

Un autre dispositif est proposé pour compléter le court séjour gériatrique, il vise particulièrement les CHU et CHR (mais aussi des établissements de la taille des Hôpitaux Civils de Colmar<sup>32</sup>, par déduction) : il s'agit de l'équipe mobile de gériatrie. Celle-ci est chargée de dispenser un avis nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée dans l'ensemble des services de l'établissement, elle rejoint dans ses modes de fonctionnement les équipes transversales déjà présentes dans les établissements<sup>33</sup> &é(équipe mobile de soins palliatifs, équipe d'hygiène hospitalière). On peut cependant

---

<sup>30</sup>Les praticiens du CPA ont animé ainsi des séminaires de formation de la Formation Médicale Continue et de la Société Gérontologique de l'Est, sur les escarres et sur la maladie d'Alzheimer

<sup>31</sup>Ce dispositif est aussi mis en valeur par la Circulaire DH0S/01 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

<sup>32</sup>Centre hospitalier à forte capacité, le CH de Colmar est aussi grand que le CHR d'Orléans, cf. Annexe I: Présentation générale des HCC.

s'interroger sur la pertinence de la constitution de telles équipes. D'une part, elle suppose un certain nombre de moyens dont un personnel formé spécifiquement à la gériatrie (or aujourd'hui, peu d'Universités sont dotées de telles formations, ce qui explique les difficultés à trouver un personnel compétent), d'autre part, elle risque de faire de l'évaluation gériatrique et de la prévention de la dépendance, un domaine exclusif, alors qu'en MCO apparaît l'exigence que cette compétence devienne une responsabilité partagée de tous les praticiens quelque soit leur spécialité.

L'hôpital est le seul responsable du volet de l'hospitalisation à temps plein de la circulaire. A ce titre, il doit soit redéployer<sup>34</sup>, soit requérir en nom propre l'ensemble des moyens qui lui seront nécessaires pour pouvoir mettre en place un service de court séjour gériatrique ou encore une équipe mobile de gériatrie.

#### c. L'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour

L'objectif principal de la circulaire est d'aménager la filière gériatrique afin qu'à terme le patient âgé puisse regagner son domicile, soit seul, soit avec le soutien d'une structure extra hospitalière (SSIAD, par exemple). La filière doit donc offrir des solutions alternatives à la poursuite de l'hospitalisation continue du patient, dès qu'elle peut être évitée. Or, l'implantation de dispositifs d'hospitalisation à domicile ou de soins de suite et de réadaptation<sup>35</sup> ne relève pas de la seule initiative d'un établissement hospitalier. Elle s'appuie sur une concertation entre les acteurs associatifs et institutionnels (établissements médico sociaux) et les autorités de tutelle d'un secteur sanitaire, voir d'une région sanitaire.

Cette démarche doit mener à la constitution d'un réseau ou à l'instauration de mécanismes de coopération non formalisés mais fonctionnels. Le dispositif de la mise en place d'une filière en intra hospitalier est voué à l'échec, sans la mise en place de ces dispositifs complémentaires Or l'hôpital doit veiller à promouvoir de tels types de prise en charge, s'il n'en est pas le maître d'œuvre, il peut en être a minima l'initiateur<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup>PAQUET M. Equipes mobiles de gériatrie, les nomades de l'hôpital. *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp. 26-28.

<sup>34</sup>L'ensemble des articles analysés et des expériences réunies renvoie à des redéploiements de lits de médecine et non à des créations nettes.

<sup>35</sup>Article R 712-7 du CSP.

<sup>36</sup>Cf. : Première partie B.2 : « L'HAD du Centre Alsace : un nouveau service pour la population âgée du secteur sanitaire n°3 ».

### **3. Evaluation de l'offre de prise en charge gériatrique des Hôpitaux Civils de Colmar au regard des axes d'amélioration définis par la Circulaire du 18 mars 2002.**

La modélisation de la filière de soins gériatriques telle que proposée par la Circulaire du 18 mars 2002 interroge l'organisation actuelle de cette prise en charge aux Hôpitaux Civils de Colmar<sup>37</sup> sur deux points :

- L'hôpital dispose t'il en l'état, d'une filière gériatrique, c'est-à-dire de cet ensemble de trajectoires potentielles que nous avons défini précédemment ? (Tableau n°1, p 8.)
- Quels maillons, dispositifs (aux urgences ou entre ses services de MCO), ou type de transfert d'informations l'établissement doit il renforcer voir développer, pour s'adapter aux besoins de la population, soit par le conventionnement, soit par la mise en réseau ?

Nous proposons d'aborder l'ensemble de ces éléments à travers un tableau synthétique, qui permet d'avoir une information exhaustive et prospective sur l'offre des HCC. (Tableau N°2, p.15). Cette analyse n'a pas été dicté par la volonté de faire correspondre exactement l'architecture de la prise en charge gériatrique des HCC avec les recommandations ministérielles, « dans une stricte démarche de mise en conformité » mais, comme nous le développerons ultérieurement un certain nombre d'opportunités nées lors de l'opération de conventionnement tripartite ont permis d'accélérer la mise en œuvre de projets « structurants » pour la prise en charge gériatrique aux HCC.

Axes de la Circulaire du 18 Mars	Maillon inexistant	En fonctionnement	En projet
<p>• <b>Renforcer l'accès à des soins de proximité</b></p> <p>Consultations gériatrique avancées ou Pôle d'évaluation gériatrique (Critères établis par le cahier des charges annexé à la circulaire)</p>		<p>Pôle d'évaluation gériatrique (non labellisé au sens de la circulaire) Il recouvre les activités de l'Hôpital de Jour de l'établissement, qui comprend 12 places et les consultations qui sont organisées en son sein. Equipe pluridisciplinaire</p>	<p>Extension de l'hôpital de jour de 12 à 20 places Mesure inscrite au ROB pour BP 2004</p>
<p>Travail en réseau avec les acteurs de proximité (Hôpital local, médecine de ville)</p>	<p>Certaines thématiques sont privilégiées pour ce travail en réseau, notamment le recours au plateau de rééducation fonctionnelle</p>	<p>Administrativement, fusion des directions entre Hôpitaux Civils de Colmar et Hôpital de Guebwiller Collaboration importante<sup>38</sup> avec certains médecins libéraux Qui sont ils ? peut on en dresser une cartographie ? Chaque établissement a visiblement ses propres médecins adresseurs. Les médecins généralistes dirigent leurs patients vers le Pôle d'évaluation, ce qui explique en grande partie, l'explosion de son activité</p>	<p>Faut il structurer ce réseau (avec les HL) au plan institutionnel ou s'appuyer sur notre position d'hôpital de référence ? Quel devenir pour les hôpitaux locaux et corollairement comment se devenir doit il pris en compte dans nos projets ?</p>
<p>Prise en charge spécialisée : Centre de la mémoire</p>		<p>Au sein de l'Hôpital de jour, se déroulent de nombreuses consultations mémoire, avec le Dr Michel et le Dr Hild.</p>	<p>Qu'est ce qui manque pour être labellisé Centre de la Mémoire ? Un certain type de personnel ? Des moyens plus importants ?</p>
<p>• <b>Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique</b></p> <p>Service de « court</p>	<p>Absence de</p>		<p>Création d'un court</p>

<sup>37</sup> Annexe II : Présentation de la prise en charge gériatrique aux HCC.

<sup>38</sup> Entretien avec le Dr Hild, médecin chef du Centre pour Personnes Agées

<p>séjour gériatrique »</p> <p>Sans admission directe</p> <p>Avec admission directe</p>	service identifié		<p>séjour gériatrique, à l'issue des travaux dans le bâtiment des Lilas au Centre pour Personnes Agées. Les conditions de réalisation de ce projet ont été définies en 2003. D'autre part, ce projet figure dans le Schéma Directeur de gériatrie</p>
Equipes Mobiles de gériatrie			Il en est porté mention dans le Schéma Directeur de gériatrie
<p>• Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour</p> <p>L'HAD</p>		L'HAD ne relève pas juridiquement des HCC. L'activité vient de se mettre en place.	Potentiel important. Risque que l'HAD soit gérontophobe (problème de la définition des pathologies prise en charge)
Le Service de Soins de suite et de réadaptation gériatrique		80 lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique, ils sont localisés sur le même site que l'EHPAD et le futur court séjour	Initiative « Un lit pour tous » menée au niveau de la conférence sanitaire de Secteur. Difficultés récurrentes pour placer des patients en SSR, alors même que les HCC appartiennent et structurent un réseau en la matière <sup>39</sup>
Liens avec les EHPAD et avec leurs médecins coordonnateurs		Collaboration avec les gériatres	Projet : mettre à disposition du temps gériatre dans ces structures, pour renforcer les liens

<sup>39</sup>MULLER A. *Un réseau en devenir. La coopération entre le court et le moyen séjour dans le Haut Rhin*. Mémoire d'élève Directeur d'hôpital. Décembre 2002

**Tableau n° 2: Examen des différents maillons du dispositif de prise en charge des patients gériatriques des HCC au regard des axes mentionnés dans la Circulaire N°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques**

## **B. Les atouts de la prise en charge gériatrique aux HCC : le développement de dispositifs innovants**

### **1. L'hôpital de jour de gériatrie**

Dès le milieu des années 90, l'état<sup>40</sup> se resserre autour des pouvoirs publics quant à la prise en charge des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer. Des enquêtes sur les dispositifs d'accueil existants combinées aux premiers résultats de l'étude Paquid<sup>41</sup> soulignent l'absence complète d'adéquation de nos structures sanitaires aux besoins prévisibles en terme d'évaluation, de prise en charge et d'accompagnement<sup>42</sup> de cette pathologie. Le gouvernement réagira à l'injonction des spécialistes<sup>43</sup> en adoptant en 2001 un Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, complété par une circulaire<sup>44</sup> qui dotait alors l'ONDAM d'une participation financière.

L'implantation d'un Hôpital de jour de médecine gériatrique de 12 places au Centre pour Personnes Agées en 2000 a procédé du projet de service de prise en charge des patients âgés élaboré par l'équipe médicale de cette structure. Ce projet au-delà de son intérêt en terme de santé publique revêtait aussi un intérêt médico – économique, non négligeable alors, dans la conjoncture budgétaire de l'établissement. La conjonction de ces deux facteurs explique, en partie, la rapidité de la mise en œuvre de ce projet.

---

<sup>40</sup>En 1988, naissance de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées (APHJPA). On ne dénombrait alors qu'une vingtaine d'hôpitaux de jour, en France, dont quelques uns à visée uniquement psycho- gériatrique.

<sup>41</sup>NEHJJARI C, DARTIGUES JF, Cohorte Paquid : approche épidémiologique du vieillissement cérébral et fonctionnel, in *Vieillesse, santé, société*. Editions INSERM, 1996, pp.79-99.

<sup>42</sup>Jusqu'alors le terme de «traitement » n'est que très peu utilisé en la matière, même si de nombreuses molécules apparaissent aujourd'hui sur le marché, comme l'EBIXA, par exemple .Leur action retarde le développement de la maladie, elle ne le freine pas.

<sup>43</sup>POCH B., VETEL J-M, Le malade d'Alzheimer et les structures de jour, *Techniques hospitalières*, Septembre 2000, n° 649, pp. 45-48

<sup>44</sup>Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/n° 2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

a. La création de l'Hôpital de jour<sup>45</sup> et le développement de consultations pluridisciplinaires gériatriques.

L'hôpital de jour de médecine gériatrique s'est structuré en 2000, autour de ses consultations pluridisciplinaires gériatriques (somatique, rééducative, évaluation des fonctions cognitives, prise en charge géronto psychiatrique et aide au maintien à domicile) Celles-ci font appel soit aux compétences d'un praticien spécialiste en psycho gériatrie, initiateur du projet de création du Centre mémoire, soit aux compétences d'un praticien spécialiste en rééducation fonctionnelle et de façon plus transversale à l'intervention du chef de service. Les praticiens intervenant manifestent tous à propos de l'implantation de l'hôpital de jour, une satisfaction certaine quant au service médical rendu aux patients. L'hôpital de jour leur a permis de développer à titre personnel une pluri activité enrichissante présentée comme une « bouffée d'air frais<sup>46</sup> » par rapport à leur mode d'exercice antérieur de la gériatrie et à titre collectif un travail d'équipe important, basé sur une coordination déterminante pour la prise en charge des patients. Le principe qui préside au fonctionnement de l'équipe médicale est celui de l'intervention de chaque praticien dans a minima deux segments de l'offre de prise en charge gériatrique (par exemple le Dr Thiebault intervient dans une des unités de SSR gériatrique et à l'hôpital de jour). Ce mode de fonctionnement leur permet d'enrichir leurs compétences et de les cultiver en assumant la prise en charge de pathologies à des degrés d'évolution différents. La continuité des soins et la présence « au lit du patient » du personnel soignant est dès lors assurée essentiellement par le personnel infirmier.<sup>47</sup>

Ce mode de fonctionnement souvent propre aux équipes de gériatres se justifie par la spécificité de cette prise en charge mais aussi par la volonté d'optimiser les interventions des médecins, en raison de leur nombre réduit.

Une analyse précise des apports médico économiques de ces consultations en hôpital de jour avait été effectuée en amont de la demande d'autorisation de cette activité, par la Direction de la Stratégie et du Développement de l'établissement. En effet, le point ISA de l'établissement était alors le second point ISA le plus élevé de la Région Alsace. La Direction de l'établissement entreprenait une démarche exigeante de

---

<sup>45</sup> Arrêté N° SGARE 97/36 en date du 25 février 1997 portant autorisation de création au centre Hospitalier de Colmar d'une structure d'hospitalisation de jour de 12 places de médecin gériatrique.

<sup>46</sup> Entretien avec le Dr Thiébault, PH de gériatrie

<sup>47</sup> Entretien avec Mme Aller ; cadre supérieur de santé.



contractualisation interne<sup>48</sup> et ne pouvait envisager de créer des activités nouvelles, dont l'exploitation pèserait sur un budget déjà resserré sans mesurer a priori la valorisation attendue de ces activités.

La problématique financière est en effet récurrente dans la prise en charge gériatrique, la complexité que des modes de financements différents introduisent dans une filière qui se voudrait globale pourrait expliquer aujourd'hui en grande partie les difficultés de structuration d'une offre de prise en charge de qualité. Le financement est ainsi un facteur de non – qualité de ce système de prise en charge. Ainsi, pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, le bilan sera fait par une consultation en Hôpital de jour, pris en charge par l'Assurance Maladie. Son suivi, lui, sera assuré par une structure sociale, d'Accueil à temps partiel, il fera l'objet d'une facturation au résident ou à sa famille. Or, alors même que ces deux types de prise en charge sont indissociables l'une de l'autre aucune cohérence n'est donnée à leur financement.

- L'analyse de l'activité de l'hôpital de jour : les perspectives

Avec un nombre de patients entrants de 728, et 121 patients constituant au 31 Octobre 2002 sa file active, l'hôpital de jour a réalisé 20 % de plus d'activité que les prévisions initiales n'avaient permis de l'envisager. Les facteurs clés de son succès sont la nature même de l'activité, globalement placée au service des médecins de ville qui rapidement en ont été les principaux acteurs, l'approche globale grâce à des compétences multidisciplinaires, une facilité d'accès au Plateau technique et une qualité de l'installation architecturale (dans le volet, hôpital de jour, seulement). Or cette structure doit aujourd'hui faire face à une demande croissante et à une charge de travail de plus en plus importante en raison du degré de dépendance élevé des patients et du nombre significatif de cas de démences qui apparaissent dans son Rapport d'activités (cotés soit en Diagnostic Principal, soit en Diagnostic Associé).

L'importance de ce type de prise en charge a conduit l'établissement dès 2000 à solliciter la création d'un Centre mémoire de premier niveau, en accord avec le Programme de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. En l'occurrence, il s'agissait plus alors de reconnaître une activité

---

<sup>48</sup>FOURRIERE M-J, MARCHAND P, SCHAFF D, GUSTIN P, Contractualiser pour responsabiliser, *Gestions hospitalières*, Novembre 2002, pp. 738-741

déjà existante, donc d'acquiescer une « labellisation », que de requiescer une création nette et les moyens afférents. La priorité mise en avant dans ce dossier concernait l'augmentation du temps de psychologue pour la réalisation des examens neuropsychologiques nécessaires. En effet, jusqu'alors, un praticien hospitalier supervisait la réalisation de ces tests alors que cette mission pouvait relever de la compétence d'un psychologue. L'acquisition de ce poste aurait permis le redéploiement du temps médical sur les diagnostics les plus délicats.

La structure fonctionne aujourd'hui à moyens constants depuis son ouverture et ce, malgré une explosion de son activité. Elle joue un rôle important dans la filière de prise en charge gériatrique, car elle permet de prévenir la venue inopinée de patients au SAU de l'établissement. Cette prévention de l'hospitalisation d'urgence, avec tout ce qu'elle peut avoir de traumatique pour une personne âgée, se manifeste de deux façons :

- Les médecins de la structure ont décelé chez un patient, les signes avant-coureurs d'une décompensation (anémie, aphasie, entre autres.), au cours d'une consultation à l'hôpital de jour. Ces troubles, associés à une pathologie déjà connue et suivie, auraient pu être le facteur de causalité d'une hospitalisation d'urgence de la personne âgée. Dans ce cas précis, le travail conjoint du médecin de ville et du médecin hospitalier permettra : soit d'éviter une hospitalisation injustifiée pour le patient en définissant une stratégie thérapeutique mise en œuvre par le médecin de ville et un accompagnement par des structures extérieures, soit de procéder à une admission temporaire qui pourra être réalisée dans le service le plus adapté (selon les disponibilités) réduisant a priori ainsi d'autant les risques d'une prise en charge postérieure aux urgences.

- Les praticiens des urgences dirigent vers l'hôpital de jour, les patients âgés qui se présentent aux urgences et dont l'état de santé ne requiert pas a priori d'hospitalisation. L'accueil aux urgences est alors le révélateur de la situation médicale et psycho sociale du patient, elle permet de déceler chez un patient les risques potentiels et de tenter de les contrôler en s'appuyant sur le service social de l'établissement mais aussi sur les structures locales, investies dans ce secteur, tels que les Pôles de coordination gériatrique.

Cet ensemble de mécanismes informels de régulation de l'accueil des patients âgés gagnerait en lisibilité pour tous les acteurs mais aussi pour les patients, grâce à la structuration d'un Pôle d'accueil et d'orientation de ces urgences<sup>49</sup>.

## **2. L'hospitalisation à Domicile du Centre Alsace, un nouveau service pour la population âgée du secteur sanitaire n° 3<sup>50</sup>**

L'Hospitalisation à Domicile est une alternative à l'hospitalisation complète, prévue aux articles R. 712-35 du CSP et dont les conditions techniques de fonctionnement sont décrites dans le Décret n° 92-1102 du 2 Octobre 1992. Elle demeure donc un mode d'hospitalisation et à ce titre, l'admission d'un patient y est prononcée conjointement par un médecin coordonnateur, le plus souvent praticien hospitalier, et un directeur administratif. Cette association d'HAD de 20 places offre, à moyen terme, des perspectives importantes en matière de prise en charge de patients gériatriques. Seule, la nature de l'information qui sera adressée aux médecins et aux infirmiers libéraux<sup>51</sup>, ainsi qu'aux praticiens hospitaliers permettra d'orienter le choix des médecins prescripteurs, vers ce type de prise en charge, pour leurs patients âgés.

### **a. la genèse d'un projet.**

Le projet de service de la médecine B (oncologie et hématologie) a inspiré la création d'une structure d'HAD aux HCC. Ce service portait ce projet dès 1990, lors de l'humanisation de ses locaux ; en effet, les prévisions d'augmentation du recrutement de patients dans le secteur sanitaire (augmentation du nombre de cas de 45 % chez l'homme et 25 % chez la femme entre 1990 et 2010) avait conduit très tôt cette équipe médicale à s'interroger sur les alternatives à l'hospitalisation classique. La cancérologie,

---

<sup>49</sup>Cf. 3eme Partie, Recommandation N° 1 Création d'un Centre d'Accueil et d'Evaluation gériatrique

<sup>50</sup>Article 1.01 du Règlement Intérieur de l'AHDC : Aire géographique d'intervention « l'AHDC est une structure partagée concernant l'ensemble des patients relevant d'une prise en charge en hospitalisation à domicile, aux termes de la circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 et dont l'état de santé aurait justifié une hospitalisation complète dans l'un des services des établissements de santé MCO du secteur sanitaire 3 »

de par la nature même de la pathologie qu'elle se donne pour ambition de traiter, par sa chronicité et par les thérapeutiques qui y sont dispensées apparaissait donc comme un champ pertinent pour développer une prise en charge à domicile, avec les garanties de qualité et de sécurité d'une hospitalisation. Or, lorsqu'un premier projet de structure d'HAD axé sur la cancérologie et juridiquement rattaché aux Hôpitaux Civils de Colmar est présenté à l'ARH, il est rejeté. La tutelle formule à cette occasion différentes recommandations, qui seront intégrées dans le nouveau projet, approuvé, lui, en CROSS, en septembre 2002:

- l'HAD doit être une structure polyvalente, qui prend en charge un volant de pathologies, et non uniquement des patients atteints du cancer<sup>52</sup>.
- l'HAD doit être une structure associative, dissociée juridiquement des HCC<sup>53</sup>. Elle prendra la forme d'un établissement de santé privé sans but lucratif et son financement sera donc assuré par un prix de journée qui aura été négocié avec la CPAM.

L'autorisation de l'activité permet au Comité plénier, constitué de médecins hospitaliers (publics ou privés) et libéraux (notamment un représentant de l'URML très engagé dans la FMC) de débiter le travail de rédaction et de négociation autour des documents fondamentaux de la structure, ceux là même qui fixeront l'ensemble des règles nécessaires à son bon fonctionnement (le règlement intérieur, les conventions cadre pour infirmiers libéraux ou pour les médecins prescripteurs). Ce travail qui a débuté en 2002, s'achève début 2003, il laisse place alors à un travail plus spécifiquement médical : la définition des critères d'admission.

Celui-ci a ceci de particulier qu'il tente de normaliser des critères le plus souvent d'ordre médicaux mais qui dans un travail d'HAD sont pondérés par des contingences de divers ordres : le matériel disponible, le type de surveillance assurée, la présence de personnels formés, la technicité des gestes qui peuvent ou non être mis en œuvre hors du cadre hospitalier. L'indice de Karnofsky et les trois catégories de soins visées par la

---

<sup>51</sup> Réunion de présentation de l'Association pour l'Hospitalisation à Domicile du Centre Alsace aux infirmiers libéraux, Jeudi 10 avril 2003, IFSI des HCC.

<sup>52</sup> « Toutes les pathologies sont compatibles avec la prise en charge en HAD, sauf les pathologies psychiatriques ou les pathologies nécessitant uniquement une suppléance des fonctions rénales ou respiratoire ou bien encore une nutrition entérale ou parentérale », extrait de la Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

circulaire<sup>54</sup> (soins ponctuels, soins continus et soins de réadaptation au domicile) participent de la définition de ces critères. Chaque structure d' HAD s'oriente vers la prise en charge de pathologies spécifiques, cette orientation tient à sa genèse, au choix du médecin coordonnateur, à l'intérêt qu'elle a fait naître chez les praticiens de telle ou telle spécialité. L'AHDCa veut a priori favoriser la prise en charge des pathologies suivantes : oncologie, soins palliatifs, neurologie, affections cardio – respiratoire, polyopathologies de la personne âgée, suites d'interventions chirurgicales.

Il apparaît délicat après seulement trois mois de fonctionnement de tirer des conclusions sur l'orientation qu'adoptera définitivement l'AHDCa, par contre, on peut souligner que très rapidement, des praticiens et des familles ont sollicité des prises en charge par ce nouveau dispositif et ce en dépit d'une campagne d'information encore minime.

### b. L'AHDCa et la prise en charge des personnes âgées dans le secteur sanitaire n°3.

Le dispositif d'hospitalisation à domicile va-t-il être mis au service des patients âgés visés par notre étude, et ainsi s'inscrire parmi les nouveaux modes de prise en charge de la filière gériatrique ?

La multiplication d'indices en faveur de cette hypothèse que ce soit dans la genèse de ce projet ou encore dans les compétences qu'il réunit nous conduit à répondre positivement à cette question, bien que l'on ne puisse pas imaginer a priori le comportement des médecins prescripteurs. Par contre, on peut tenter de les influencer et veiller à ce qu'ils fassent de l'hospitalisation à domicile, un dispositif ouvert à tous.

Le premier indice s'appuie sur la composition du Comité Plénier, instance de préparation de la mise en œuvre du projet. Or celui-ci a associé à ses travaux deux médecins gériatres du secteur sanitaire : le Dr Michel, du Centre Pour Personnes Agées, qui intervient aussi en neurologie aux HCC et peut donc se prévaloir d'une double compétence et le Dr Niederberger, chef de service de gériatrie au GHPCA (PSPH)<sup>55</sup>. Ce

---

<sup>53</sup>L'HAD dans le secteur sanitaire n° 4 est une structure hospitalière, elle constitue un service du CH de Mulhouse.

<sup>54</sup>Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

<sup>55</sup>Cf. 2ème Partie. B. Des établissements aux offres de prise en charge diverses et complémentaires

dernier, peu convaincu initialement par les enjeux du projet a vaincu au fur et à mesure des réunions de travail ses réticences, pour à la fin s'y investir complètement et en devenir l'un des principaux soutiens<sup>56</sup> sur le secteur. La présence de ces deux praticiens au sein du Comité plénier a offert d'importantes garanties à ce projet : d'une part, la caution morale de deux médecins gériatres, dont les compétences sont reconnues par les médecins de ville sur le secteur sanitaire pour leur travail en Hôpital de jour<sup>57</sup>, et d'autre part des perspectives de recrutement de clientèle tant auprès des médecins prescripteurs<sup>58</sup> travaillant avec les HCC qu'avec ceux qui travaillent préférentiellement avec le GHPCA.

Le second indice de cette ouverture possible du dispositif aux personnes âgées relevant jusqu'alors de l'hospitalisation classique est la désignation du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur joue un rôle fondamental dans ce dispositif, il en est le référent médical et à ce titre émet un avis médical pour toute admission ou sortie d'un patient. Il travaille en lien avec les médecins prescripteurs en intégrant leur projet thérapeutique, il participe à l'élaboration de bonnes pratiques qui seront largement diffusées auprès des soignants, et enfin il évalue la qualité du service. Or le médecin coordonnateur, choisi pour ce projet, est un praticien hospitalier<sup>59</sup>, chef de service de la médecine E<sup>60</sup>. Le champ d'intervention de la Médecine E aux HCC est vaste, il recouvre deux grands domaines d'intervention : la médecine interne et la rhumatologie. En 1998, le nombre de séjours où étaient pris en charge des patients polypathologiques ( signe caractéristique de la gériatrie aigue) constituait la moitié du nombre total de séjours du service (833 séjours de patients de plus de 75 ans<sup>61</sup>). Ce constat amena le service à adopté des options claires dans son projet de service<sup>62</sup>, ce qui en fait aujourd'hui un des

---

<sup>56</sup>Entretien avec Philippe Marchand, directeur de l'AHDC

<sup>57</sup>En effet, le GHPCA comprend aussi une structure labellisée Hôpital de jour.

<sup>58</sup>Le médecin prescripteur dans le cas du HAD peut être un médecin de ville, mais aussi un médecin hospitalier.

<sup>59</sup> Article 1.02 du règlement Intérieur de l'AHDC consacré au médecin coordonnateur : « le médecin coordonnateur est un praticien de l'un des établissements de santé du secteur sanitaire 3 ».

<sup>60</sup>La coordination implique une mise à disposition des HCC à l'AHDC d'un mi temps de PH

<sup>61</sup>Chiffres qui datent de l'élaboration du projet d'établissement et qui figurent dans l'analyse de l'existant.

<sup>62</sup> « L'organisation des HCC a amené le service à assumer une part prépondérante de l'activité de gériatrie aigue au cours de dernières années. L'objectif est de maintenir et de renforcer ce champ d'activité en intensifiant les actions de formation des soignants et des médecins, en renforçant une collaboration étroite avec le Centre pour Personnes Agées et en participant activement au réseau gériatrique existant ou en voie de formation », Projet de service de la Médecine E.

acteurs principal de la prise en charge gériatrique aux HCC. Ses projets se heurtent aujourd'hui à une réalité : l'augmentation de la DMS sur les deux dernières années, celle-ci ne manquant pas d'inquiéter les médecins et soignants du service<sup>63</sup>.

L'augmentation d'une DMS peut être liée soit à la lourdeur des cas traités, soit à la difficulté d'accéder à des lits d'aval. En l'occurrence, la difficulté d'accéder aux lits d'aval est récurrente pour l'établissement, et la situation actuelle du service de médecine E n'est qu'une des représentations multiples de cette difficulté dans l'établissement<sup>64</sup>. Or cette situation peut expliquer la sensibilité particulière de ce chef de ce service aux problématiques du développement des alternatives à l'hospitalisation complète des patients. Ce praticien dispose de deux atouts pour mener un projet d'hospitalisation à domicile : il a des solides compétences en gériatrie, d'une part, et d'autre part, une expérience significative, de par son activité, des difficultés et contraintes qui existent pour organiser le retour d'un patient âgé à domicile. Or, en tant que coordonnateur, il doit mettre en forme les bonnes pratiques, et les diffuser auprès des médecins libéraux qui sont conventionnés par la structure. Ces protocoles s'inspirent des contraintes des deux types d'hospitalisation, ils vont permettre d'assurer au bénéfice des patients, une véritable continuité des soins.

Hospitaliser à domicile des personnes âgées nécessite un dispositif très performant car les contraintes sont plus lourdes que dans les autres cas, en raison de la perte d'autonomie. Aussi, une contrainte qui pèse sur tous les patients accueillis dans le dispositif, telle que l'obligation d'avoir quelqu'un de son entourage présent au domicile, pendant toute la durée de l'hospitalisation, n'aura pas les mêmes implications pour une personnes âgée, isolée que pour un couple ou une famille. Ces conditions standards d'admission dans le dispositif d'HAD, deviennent pour ces patients, socialement isolés, des motifs d'exclusion du dispositif.

Le dernier facteur pouvant permettre d'influencer l'ouverture du dispositif aux patients âgés sera la nature de l'information transmise aux médecins prescripteurs du secteur sanitaire (hospitalier ou libéraux), sur le fonctionnement du dispositif. Chaque nouvelle structure mise à la disposition des praticiens, pour améliorer l'accueil des

---

<sup>63</sup> Réunion sur les budgets de service

<sup>64</sup> MULLER A. *Un réseau en devenir. La coopération entre le court et le moyen séjour dans le Haut Rhin*. Mémoire d'élève Directeur d'hôpital. Décembre 2002

patients doit conduire l'établissement promoteur du projet, à en assurer la « publicité ». Les HCC ont déjà des expériences significatives en la matière, notamment pour l'équipe inter- hospitalière d'hygiène et pour l'équipe mobile de soins palliatifs. Pour cette dernière structure, le coordonnateur Mr Boschetti avait largement présenté son équipe et ses objectifs, aux différentes CME du secteur, ce qui semble, aujourd'hui, au vu du nombre de ses interventions, lui avoir assuré une assise territoriale d'intervention très large. La même démarche sera suivie pour l'AHDCa, les actions de communication seront même étendues à des communications lors de sessions de la Formation médicale continue, à des réunions de l'URML, ainsi qu'à l'organisation de réunions publiques avec des médecins libéraux dans certains bassins de population.

Si ces communications font une large place au rôle dont pourrait être investie la structure dans le retour à domicile des personnes âgées, on peut imaginer que les résultats ne se feront pas atteindre. Ce dispositif pourra aussi permettre l'intervention d'équipes déjà existantes, telle que l'équipe mobile de soins palliatifs par exemple, qui pourra ajouter ses compétences à celles des autres intervenants.

### **C. Les déficiences de la prise en charge gériatrique aux HCC**

L'analyse de ces déficiences, entendues comme l'ensemble des éléments ne permettant pas d'assurer une adéquation optimale entre les besoins des personnes âgées lors de leur admission et les moyens dont l'établissement dispose, nous conduit à les scinder en deux groupes homogènes. Ces groupes se définissent en fonction, soit de leur caractère structurel soit de leur caractère médico- organisationnel.

Les déficiences d'ordre structurel sont liées à des impondérables architecturaux ou à des constantes en terme de mobilisation des personnels, auxquels l'établissement et sa direction ne peuvent offrir des solutions qu'à long terme (a.) Les déficiences d'ordre médico organisationnel recouvrent, elles, l'ensemble des maillons inexistantes ou à perfectionner du dispositif de prise en charge des patients gériatriques, telle que l'organisation des relations entre les urgences et les services de soins, mais aussi les carences liées au système même de valorisation de l'activité en court séjour, qui ne prend pas en compte les efforts réalisés par les personnels, pour améliorer leur service auprès des personnes âgées (b.)



## 1 Les déficiences structurelles :

- i. Une architecture inadaptée à l'accueil des personnes âgées dépendantes<sup>65</sup>

Le site du CPA est composé d'un ensemble d'immeubles, localisés sur un site autonome et non mis en relation (absence de souterrains ou de tunnels extérieurs, qui pourraient faciliter la circulation de personnels). Chaque immeuble a une fonction définie dans l'accueil des patients gériatriques. Or aujourd'hui, la vétusté de certains de ces locaux a une incidence significative sur la qualité de l'accueil, offerte aux clients des HCC. La dégradation des conditions hôtelières et des conditions de sécurité a conduit la direction en relation avec l'équipe médicale et soignante du CPA a envisagé la réalisation de travaux importants sur ce site.

- Une structure pavillonnaire<sup>66</sup>

Le Centre pour Personnes Agées, bien que de style pavillonnaire comprend trois Pôles très cohérents en terme de fonctionnalité. Le site, ancienne propriété d'un industriel allemand est acheté par l'établissement dans les années 70. L'ancienne villa dénommée les Hortensias, construite en 1900, constitue alors le Pôle Central autour duquel vont se structurer les activités. Actuellement, cet ensemble Hortensia – Frésia<sup>67</sup> accueille en ses murs l'Hôpital de Jour. Il a fait l'objet d'une opération d'humanisation en 1979, sur un projet de l'architecte des HCC, Mr Jean Jacques Bollack.

Les Lilas<sup>68</sup> constituent un ensemble homogène dédié aux unités de Soins de Suite et de Réadaptation à orientation gériatrique. Ce bâtiment mis en service en 1977 doit être aujourd'hui réhabilité. Il est au cœur du Programme de travaux du Centre pour Personnes Agées, qui apparaît comme un des axes majeurs du Schéma Directeur de Gériatrie.

Les IRIS<sup>69</sup> fédèrent l'ensemble des services de soins de longue durée de l'établissement. Même si leur architecture s'inspire en partie des modèles standardisés de V120, leur mise en service en 1994 garantit la prise en compte, alors, des impératifs de

---

<sup>65</sup>Entretien avec Mr Jean Jacques Bollack, architecte des Hôpitaux Civils de Colmar

<sup>66</sup>Annexe III. Programme Architectural du Centre pour Personnes Agées.

<sup>67</sup>N° 105 à 107, Annexe III, Document n° 2. Plan d'ensemble du Centre pour Personnes Agées

<sup>68</sup>N° 102, Annexe III, Document n°2. Plan d'ensemble du Centre pour Personnes Agées

<sup>69</sup>N° 103, Annexe III, Document n°2. Plan d'ensemble du Centre pour Personnes Agées

l'humanisation (en effet, le bâtiment ne compte que des chambres à 1 voir à 2 lits). Enfin, un ensemble de trois bâtiments (Les Eglantines, Les Dahlias et les Cyclamens<sup>70</sup>) constitue la maison de retraite de l'établissement. Conçu il y a quinze ans pour des patients autonomes, souhaitant rejoindre une structure institutionnelle, leurs aménagements ne sont plus adaptés et se transforment en contraintes pour le personnel soignant qui exerce dans ce Pôle, notamment pour des actions quotidiennes, telles que la distribution des médicaments.

La proximité géographique de ces différents maillons de la prise en charge gériatrique a généré certaines pratiques, atypiques hors secteur hospitalier. Rapidement, des habitudes s'instaurèrent : les patients de la maison de retraite qui rencontraient des problèmes de santé recouraient au service des médecins hospitaliers, rattachés aux services de soins de suite et de réadaptation, ou aux services de soins de longue durée<sup>71</sup>. Le DDASS du Haut Rhin présenta à plusieurs reprises des critiques aux praticiens de l'établissement, quant à leur non respect du libre choix des patients (acté pour les maisons de retraite) et corollairement à leur non respect de la concurrence. Aujourd'hui selon les dires des praticiens et alors que se prépare le conventionnement tripartite, le principe de l'intervention des praticiens hospitaliers dans ces structures est acquis entre les partenaires, il est même aujourd'hui en partie recommandé par la DDASS.

La sécurité du patient, ses conditions de vie, et son confort militent aujourd'hui, pour la réhabilitation du Bâtiment des Lilas, dont les travaux débiteront en janvier 2004 ; et demain peut être pour la construction d'un nouveau bâtiment dédié à l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Le financement des travaux de reconstruction ou de réhabilitation de ces différents bâtiments constitue un enjeu de taille, depuis la réforme de la tarification. En effet, il ne ressort pas du même financeur, selon la destination qui sera donnée aux bâtiments et il imposera à l'établissement, dans l'hypothèse d'un double financement ( Conseil Général et Assurance Maladie), de définir des clés de répartition précises par mètre carré construit, si le bâtiment accueille à la fois des missions sanitaires et des missions médico sociales.

---

<sup>70</sup>N° 111 à 113, Annexe III, Document N°2. Plan d'ensemble du Centre pour Personnes Agées.

<sup>71</sup>Entretien avec le Docteur Simon et avec le Docteur Thiébault

- La réhabilitation des Lilas, une opération d'envergure réduisant la capacité d'accueil des HCC

Le projet de réhabilitation des Lilas<sup>72</sup> prévoit principalement la réduction du nombre de chambres à deux lits, ce qui correspond à la demande de la clientèle et aux besoins en matière d'amélioration de la qualité de l'hébergement des personnes âgées et des conditions de travail du personnel. L'amélioration des conditions de vie des patients participe en effet directement à l'amélioration des conditions de travail des personnels.

Les chambres disposeront d'une surface double et d'un cabinet de toilette lui aussi agrandi, dont l'accessibilité et l'aménagement faciliteront la prise en charge des patients. La taille des unités sera elle-même réduite, passant de 38 lits actuellement à 25 lits, et diminuant donc corollairement la charge de travail des personnels. Cette opération permettra d'offrir plus de surfaces pour la salle des soins infirmiers et pour la logistique hôtelière est favorisera donc l'amélioration des conditions de travail des agents par une meilleure rationalisation de l'organisation de travail.

Cette opération représente un investissement de 4,3 millions d'euros en travaux et de 480 000 euros en équipements immobiliers. Au terme des travaux, les Lilas comporteront trois unités de soins de 25 lits chacune, deux dédiées au moyen séjour et une unité de 25 lits de court séjour de médecine gériatrique. Ces travaux, vont être réalisés alors même que des patients sont accueillis dans ses locaux, la baisse de capacité et les nuisances occasionnées par ces travaux ont conduit à un travail important de phasages et d'opérations tiroirs, ainsi qu'à une démarche parallèle de redéploiement des personnels.

Cette adaptation de l'architecture générale du site aux besoins des patients (CPA) ne sera pas achevée, sans qu'une reconstruction ou une rénovation ne soit envisagée pour les bâtiments actuels de la maison de retraite (Projet de reconstruction d'un bâtiment pour l'EHPAD, en 2008).

---

<sup>72</sup>Présentation du Projet technique détaillé, en Conseil d'Administration du 16 mai 2003.

## ii. La « démotivation » du personnel du Centre Pour Personnes Agées

La pénibilité du travail auprès des personnes âgées résulte à la fois d'une charge physique : la manutention des patients et d'une charge psychique : la détérioration intellectuelle et physique des patients et la multiplication des situations de fin de vie. Malgré la reconnaissance de cette pénibilité par l'ensemble des acteurs de l'établissement<sup>73</sup>, pénibilité liée à la dépendance des personnes accueillies, les services de long séjour et de SSR ne furent pas inclus dans l'étude PRN<sup>74</sup>, que mena l'établissement avant la mise en œuvre de la RTT et ce, alors même que le service était demandeur. Le CPA n'en bénéficia pas moins prioritairement des postes attribués par l'ARH dans le cadre de la mise en œuvre de la RTT<sup>75</sup>.

Or, en raison de cette même pénibilité et d'autres facteurs qui ont été analysés précédemment, le Centre pour Personnes Agées se trouva face à une situation critique en 2000, en terme de couverture de son activité en personnel qualifié. Cette situation, commune à différents Pôles gériatriques<sup>76</sup> inspira à l'initiative conjointe des représentants du personnel et de la Direction, un Programme d'actions pour une mise en valeur du travail au CPA.

Ce Programme d'actions recouvre le plus large champ possible de mesures qui peuvent être mises en œuvre pour améliorer les conditions de travail des agents. Outre l'aspect architectural (abordé dans le point précédent), les actions s'étendent aussi, sur le plan matériel, aux acquisitions d'équipements. Une attention particulière est portée au renforcement des effectifs et/ou à leur maintien à un niveau constant par des remplacements d'absence, prioritaires sur l'établissement, et par des aides ponctuelles apportées par des collègues de service fermés durant l'été<sup>77</sup>.

---

<sup>73</sup>Entretien avec Mme Franck, Cadre supérieure de santé de Médecine D et Mr Doerfler, Président de la CME

<sup>74</sup>Projet de Recherche en Nursing

<sup>75</sup>1ere année de mise en œuvre de la RTT : 4 postes d'AS attribués en EHPAD et 4 postes d'AS en SSR.

2eme année de mise en œuvre de la RTT : 4 postes en moyen séjour (2 IDE et 2 AS).

<sup>76</sup>Circulaire DH/FH3 124 du 20 février 1996 relative à la définition d'interventions visant à renforcer la motivation du personnel des EPS qui travaillent auprès des personnes âgées, à valoriser ce secteur et à le rendre plus attractif.

<sup>77</sup>Cf. Annexe V : Document de suivi de la mise en œuvre du programme d'actions pour une mise en valeur du travail au CPA.

Le Programme prévoit des mesures dérogatoires aux règles de fonctionnement internes en terme d'organisation du travail et en terme d'accès à la formation professionnelle. Il envisage également des mesures de ce type pour la carrière des agents affectés au CPA, bien que le projet initial qui comportait un volet sur la notation ait été suspendu par le Directeur d'établissement et la Direction des Ressources Humaines et des Ecoles, à la demande des syndicats.

La position de ceux-ci est ambiguë face à la réalisation de ce Programme. En valorisant le travail auprès des personnes âgées, ils devinent que l'on pourrait valoriser aussi le travail d'agents dans d'autres services qu'au CPA c'est-à-dire dans l'ensemble de ces services de médecine ou de chirurgie devenus eux aussi géronto sensibles<sup>78</sup>.

Ce Programme, défini en 2002, fera l'objet en Octobre 2003, d'une évaluation, dont il sera rendu compte en CTE. En l'état, pour le cadre supérieur de santé du CPA, « il n'a pas donné un résultat très probant ». Il est en effet difficile de lutter contre des poncifs véhiculés par les agents du type : « si tu vas là bas, tu ne peux plus en sortir », malgré des efforts et des garanties importantes accordées quant à la mobilité.

La préparation du redéploiement de personnel qui devra être opéré au moment des travaux aux Lilas a mis en lumière un fait inattendu : l'ensemble du personnel dont les postes seront déplacés en MCO pendant les travaux ont demandé leur retour sur le site du CPA, à l'issue de ceux-ci. Si cela ne constitue pas un indicateur indiscutable des effets que commencent à produire l'action conjuguée : de la mise en œuvre du Programme de valorisation, des refontes architecturales, de la transformation en EHPAD et de la gestation de nouveaux projets, mais on peut tout de moins considérer qu'il s'agit d'un indice d'une amélioration progressive des conditions de travail sur ce site.

---

<sup>78</sup>Les pathologies géronto sensibles sont entre autres la cardiologie, l'oncologie hématologie et la chirurgie vasculaire.

## 2.. Les déficiences médico – organisationnelles

- Une filière, marquée par l'absence d'un accueil des urgences gériatriques structuré.

Alors même que les HCC ont développé en interne des dispositifs de prise en charge « alternatifs » pour les patients gériatriques (HAD, HDJ) qui pourraient les inscrire a priori dans le cadre de la Circulaire du 18 mai 2002, l'absence de dispositif spécifique lors de l'accueil aux urgences, à Pasteur, risque d'annihiler l'ensemble des efforts d'amélioration de prise en charge des patients gériatriques, réalisés au CPA.

Cette étape, dont le caractère fondamental a déjà été souligné dans l'analyse de la circulaire focalise aujourd'hui l'attention des gériatres et des urgentistes de l'établissement. Or, ceux-ci n'expriment pas en l'état, les mêmes besoins ni ne formulent les mêmes projets pour réguler cette situation. Arriver à un consensus entre ces deux parties voire des tiers « impliqués » sera un des objectifs de ce travail. Or, la couverture médiatique assurée autour de l'enquête « Des urgences aux maisons de retraite » du magazine « Sciences et Avenir <sup>79</sup> » a généré des réactions notamment de la part des administrateurs de l'établissement<sup>80</sup>. Ceux-ci ont insisté (et notamment le Président du CA, Mr le Député Maire) sur le rôle et les obligations qui incombaient aux Hôpitaux Civils de Colmar, et sur la qualité des prestations qui devaient être offertes « à nos aînés » (sic.). Les critères retenus pas l'enquête ont été présentés et discutés<sup>81</sup> . Or, s'il est en l'état indiscutable que l'établissement en réunissant ses Urgences, à améliorer considérablement la qualité de l'accueil, les ratio d'effectifs soignants restent eux minimaux. L'absence de gériatre aux urgences combinée à l'absence d'Unité Gériatrique Aiguë<sup>82</sup> présentées comme le véritable talon d'Achille de l'établissement ont conduit le Directeur à s'engager à développer un dispositif de ce type, comme cela avait été précédemment acté dans le Schéma Directeur de gériatrie.

---

<sup>79</sup>Revue Sciences et Avenir. Spécial Seniors. *Des urgences aux maisons de retraite*. Avril 2003.

<sup>80</sup>Présentation des résultats de l'enquête Sciences et Avenir, en Conseil d'Administration, Mai 2003.

<sup>81</sup>Il est intéressant de souligner que les informations présentées dans ce type d'enquête font toujours l'objet d'un retraitement en Conseil d'Administration. En effet, la Direction privilégie la transparence et la discussion avec les administrateurs sur tous les sujets abordés de façon médiatique.

Ce diagnostic d'une absence de prise en charge adaptée ne s'appuie pas sur une analyse des pratiques soignantes et médicales aux urgences, mais sur un faisceau d'indices organisationnels, qui compte :

- L'absence de court séjour gériatrique
- L'absence de gériatres aux urgences. Les médecins urgentistes ne sollicitent jamais l'expertise d'un médecin gériatre aux Urgences, alors même que ces praticiens sont soumis à une astreinte opérationnelle, organisée sur le CPA et qu'ils se sont toujours déclarés disposés à faire de l'évaluation gériatrique aux urgences, en cas de besoin. Cette absence d'évaluation n'induit pas forcément une mauvaise orientation des patients.
- L'absence de contrat de liaison entre les urgences et le CPA. Ces contrats répondent aux critères d'accréditation, aux propositions du projet d'établissement et à une des exigences du SROS 1999-2003 Volet Urgences qui recommande la rédaction d'un guide de procédures précisant notamment les relations du SAU avec les autres services de l'établissement. Ces contrats sont élaborés au sein du Conseil de l'Urgence, dans le respect des règles de déontologie médicale. Ils s'attachent à définir les devoirs du SAU par rapport au service concerné, les devoirs de ce service vis-à-vis du SAU, les modalités d'hospitalisation des patients issus du SAU dans ce service et les modalités de saisie du service par le SAU, pour un avis ou pour un conseil spécialisé. L'absence de contrat de liaison SAU- CPA se justifie en partie par l'absence d'admission au CPA la nuit, ce qui ôte toute efficacité au dispositif, mais aussi par la nature même de ces services (SSR et USLD), peu propices en raison de leur fonction médicale à donner lieu à une hospitalisation d'urgence. Une réflexion partagée sur le thème du recours à l'avis gériatrique pourrait cependant mener à la formalisation d'un contrat de liaison au sein duquel les différents types de demande qui pourraient être adressées aux gériatres seraient entérinés. Cette proposition ne rencontre pas d'écho favorable auprès du service des Urgences<sup>83</sup>, aussi apparaît-il inutile en l'état d'impliquer des acteurs réticents dans une procédure de ce type.

---

<sup>82</sup>Le nom d'Unité Gériatrique Aigue fut la dénomination de l'unité de court séjour gériatrique, retenue à l'Hôpital Bichat. Sans que cela ait le moindre fondement sur le plan légal ou réglementaire, c'est aussi la dénomination retenue dans l'article de Sciences et Avenir.

<sup>83</sup>Entretien avec Mr Haeguy, chef de service des Urgences

- L'absence de réflexion sur le degré de dépendance d'un patient lors de son placement dans un service par les Urgences. Tous les services, liés par un contrat de liaison s'engagent à « réserver » un certain nombre de lits aux urgences. Or, quand l'UHCD est saturée et que les Urgences recourent à des placements de personnes dépendantes dans les services, on peut imaginer qu'un échange sera réalisé en amont entre les chefs de service impliqués, afin d'éviter, dans un service dont la charge de travail pour les soignants est déjà importante, que celle-ci soit amplifiée<sup>84</sup>. Cette concertation, menée en amont, entre les services garantira au patient une plus grande attention à son égard dans le service, facteur d'une meilleure prévention de la dépendance. Cette mesure pourrait être généralisée aux situations hors urgences, en tenant compte des pathologies multiples des patients et de son placement le plus adéquat.

- L'impact du vieillissement sur l'hospitalisation : des réponses hétérogènes des services

Le vieillissement des patients a des conséquences différentes sur l'hospitalisation selon les pathologies. En effet, les études détachent des indices de géronto sensibilité plus ou moins importants selon les spécialités. En Alsace, cette géronto sensibilité est importante pour les Pôles « Cardiologie », « Hématologie », « Systèmes nerveux », « Pneumologie » et « Ophtalmologie » pour lesquels les taux de séjours des personnes de 75 ans ou plus sont de 5 à 12 fois plus élevés que pour les moins de 75 ans. De plus, les prises en charges lourdes sont elles aussi particulièrement sensibles au vieillissement de la population, avec pour les séjours lourds un taux de géronto sensibilité de 5,1 à 75 ans contre 2,7 pour les séjours non lourds<sup>85</sup>.

Cet état de fait n'a pas dicté une politique homogène de prise en charge dans les services de court séjour. Chaque service décide de prendre ou non en compte cette préoccupation dans son projet de service et de s'y préparer, par exemple, en accordant la priorité dans la formation de ses soignants à des sujets tels que « la prise en charge des personnes âgées dans un service aigue ». Les patients dépendants ont de nouveaux besoins qui ne relèvent pas nécessairement d'une prise en charge infirmière aussi, des

---

<sup>84</sup>Entretien avec le Dr Doerfler, chirurgien vasculaire, Coordonnateur médical de la fédération de chirurgie et Président de la CME.

<sup>85</sup>Données empruntées à l'étude sur « Les effets attendus du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière en Alsace », précitée.



surveillants chefs ont-ils déjà mis en place une réflexion commune, dans les services géronto sensibles<sup>86</sup>, sur l'évolution des besoins en personnel (en proposant un renforcement des équipes en Aides Soignantes voir une substitution, par exemple).

Les services «géronto sensibles », dont la lourdeur des prises en charge s'est aggravée, ces dernières années, rencontrent aussi aujourd'hui des problèmes de recrutement : Ainsi en néphrologie, comme le constate Mme Franck «les infirmières veulent certes travailler dans des services techniques, mais pas à n'importe quel prix<sup>87</sup> ». Il y a donc différents types de prise en charge proposés selon les services aux personnes âgées, certains services faisant appel à tous les moyens à leur disposition pour multiplier les chances de retour à domicile des patients (recours à un kinésithérapeute pour des bilans d'orientation ou des bilans de chute, complété par un bilan social) ; d'autres, a contrario n'y recourant pas, en raison de l'accumulation de tâches auxiliaires, qui les empêchent de mettre en place de vrais plans de « retour à domicile » des patients âgés.

Aussi, l'homogénéisation de ces pratiques doit devenir une des priorités du prochain projet d'établissement, en s'accompagnant d'une valorisation de la prise en charge de ces personnes, dans les services.

Les outils médico économiques (PMSI) ou statistiques (PRN) aujourd'hui à notre disposition, ne nous permettent pas encore de réaliser une analyse exhaustive de la charge en soins que représentent des patients âgés lourdement dépendants (GIR 1 et 2), dans les services de MCO. La multiplication prévisible de ces situations implique dès à présent, en interne, une réflexion sur ces outils et/ou sur leur potentielle mise en relation (PMSI pondéré par la grille AGGIR, par exemple ; ou encore mise en œuvre systématique de Pathos, dans certains services).

---

<sup>86</sup>Entretien avec Mme Frank, Cadre supérieure de santé des services de dermatologie, dialyse-néphrologie, et endocrinologie.

<sup>87</sup>Ce service est marqué par un vieillissement de la population qu'il accueille. Les patients les moins lourds en hémodialyse étant maintenant pris en charge par une association « hors les murs » (l'AURAL), le service hospitalier n'accueille plus, lui, que les cas les plus lourds.

## **CHAPITRE II : LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DANS LE SECTEUR SANITAIRE N°3 : ATOUTS ET CONTRAINTES D'UN TERRITOIRE DE SANTE**

Après avoir affiné notre connaissance du potentiel des HCC en matière de prise en charge des personnes âgées dans une première partie, notre analyse va à présent porter sur l'environnement de cette prise en charge. Or la définition de l'échelon territorial pertinent pour l'analyse de la politique de prise en charge des personnes âgées constitue un préalable. A priori, la proximité étant le facteur clé de succès d'une prise en charge de qualité en matière de soins en gériatrie et ce dans l'ensemble des politiques, qu'elles soient sanitaires ou médico sociales, l'échelon d'analyse naturel pourrait donc être le bassin de vie, voir le canton. Or la compétence partagée de l'Etat et du Conseil Général en la matière rend cette définition plus complexe. L'autorité sanitaire définit aujourd'hui une politique au niveau régional (SROS), alors que les Conseils Généraux inscrivent, eux leur action à un échelon départemental (Schéma gérontologique). La diversité des cadres de référence au moment où est planifiée l'offre de prise en charge contribue à la difficulté de proposer un dispositif global et homogène aux patients. Cette diversité constitue un facteur de non – qualité de la prise en charge au même titre que les modes disparates de financement (A). Aussi avons-nous choisi, le «territoire de santé », comme échelon pertinent, pour analyser l'environnement de l'hôpital. L'absence de définition exhaustive de ce terme introduit dans le Plan Hôpital 2007, conjuguée aux réflexions menées depuis quelques années sur les territoires de la politique sanitaire<sup>88</sup> nous conduit à privilégier un terme jusqu'alors neutre. L'échelon territorial pertinent sera donc tout à la fois le secteur sanitaire, la région, le département, et le bassin de vie, pour l'analyse des offres complémentaires par exemple. Mais, ce constat ne peut pas nous empêcher de considérer cette absence d'articulation entre les niveaux de mise en œuvre comme une défaillance même de l'organisation du système.

---

<sup>88</sup> Rapport remis au Ministre de la Santé par le groupe de travail « Territoire et Accès aux soins »- Avril 2003.

## **A. Une politique régionale à « l'avant-garde » en matière de prise en charge des personnes âgées**

Le caractère novateur de la prise en charge des personnes âgées, dans le Haut Rhin, repose sur deux piliers : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (1999-2004), véritable document de référence au plan national en la matière, (1) et le Schéma Gérontologique, précurseur dans le domaine de la coordination gérontologique (2).

### **1. Le volet du SROSS consacré aux personnes âgées, un document de « référence<sup>89</sup> » au plan national<sup>90</sup>**

#### **a. Le choix d'un volet exclusivement consacré à la prise en charge hospitalière des personnes âgées : une demande du corps médical.**

Les SROS de 2<sup>nd</sup>e génération ont été rédigés dans un contexte politique délicat. Leur processus d'élaboration débute après la mise en œuvre des Ordonnances Juppé et notamment après la mise en place des nouvelles autorités régulatrices en matière sanitaire : les ARH<sup>91</sup>. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire constituera donc à la fois la première manifestation tangible de la dévolution des compétences, mais aussi la première épreuve pour la crédibilité des agences. L'objectif fixé au SROS (art. L 6121 – 3 du CSP) « susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé », devait en effet, conduire inexorablement les agences à opposer ce document aux velléités de développement anarchique de certains établissements. Le changement de nature juridique des SROS leur a conféré une nouvelle portée, indiscutable au moment de l'allocation des ressources.

---

<sup>89</sup>Propos de Laurent Tardif, animateur avec Mme Lemoine- Le Pape du groupe qui a élaboré pour l'ARH Bretagne, le volet complémentaire relatif à la prise en charge sanitaire des personnes âgées. Site ARH Bretagne. La région Alsace a été largement sollicitée par d'autres régions qui se sont penchées plus tardivement sur ce thème.

<sup>90</sup>Entretien avec le Docteur Odile Blanchard, Médecin Conseil de la CNAMTS – Service Médical d'Alsace Moselle, coordonnatrice de la rédaction des volets « Urgences » et « Prise en charge hospitalière des personnes âgées » du SROS Alsace 1999-2004.

<sup>91</sup> BELLANGER M., JOURDAIN A. Le rôle des ARH dans le cycle décisionnel. *ADSP* Décembre 2001,n°37, pp.32-39.

La circulaire du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire<sup>92</sup> présente les principes généraux devant présider aux modalités d'élaboration de ces documents et à leur rédaction. Elle insiste sur le choix de « quelques priorités » seulement, pour ne pas ôter son efficacité à la démarche.

En Alsace, en 1998, le choix de la prise en charge hospitalière des personnes âgées comme priorité du SROS trouve ses racines dans la rencontre d'une culture gériatrique forte et des préoccupations de la CRAM Alsace – Moselle en la matière. Celle-ci constatait, en effet, une inflation des demandes de création de lits de MR ou de SCM, en CROSS. Le Directeur de l'Agence désigne, alors, comme pilote de ce volet Mme le Docteur Blanchard, médecin conseil de la CNAMTS. Par ailleurs, elle fut conduite en 1999, à assumer l'élaboration du Volet Urgences du SROS, suite à la défection de son animateur. Cette responsabilité d'un acteur unique pour ces deux volets du SROS a permis de multiplier et de renforcer les liens entre ces deux problématiques et de créer des interfaces, d'autant que l'élément majeur relevé de dysfonctionnement de cette prise en charge était l'accueil des personnes âgées aux urgences et plus largement le traitement dont leur situation gériatrique faisait l'objet dans les services traditionnels de court séjour des établissements de santé.

Cette priorité accordée à la prise en charge hospitalière des personnes âgées dans le SROS<sup>93</sup> répond à la demande du corps médical et notamment des gériatres. La présence de quatre d'entre eux (un par secteur sanitaire) et du Professeur Kuntzmann, à titre d'expert, dans le groupe de travail explique le caractère très médical de l'approche privilégiée dans ce volet. La qualité des analyses proposées en fait un des textes de référence de la gériatrie moderne. Les autres membres désignés pour participer à ce groupe de travail sont eux aussi des médecins ou des soignants : une infirmière de SIAD un psychiatre (en raison du lien essentiel entre les deux disciplines), un urgentiste, un médecin libéral, représentant de l'URML, au titre des actions de « réseau », et un cardiologue, au titre de ces médecins représentant ces nouveaux secteurs gérontosensibles). A contrario, seul un directeur siégea au sein de ce groupe de travail. On ne peut pas pour autant, en conclure, que les directeurs n'ont pas été intéressés par

---

<sup>92</sup>Circulaire N° DH/ EO/98/192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

<sup>93</sup>Document de la Direction des Hôpitaux. *La révision des Schémas Régionaux d'organisation sanitaire*. Novembre 1999.

cette problématique. Mme Blanchard affirme que cet état de fait résulte plus de sa volonté à un moment donné de restreindre le nombre de membres du groupe, pour fournir un travail efficace, que de l'absence d'intérêt pour la question des directeurs d'établissement. On peut se demander si cet état de fait n'explique pas pour autant les difficultés qu'a connu ce volet dans sa mise en œuvre et le peu moyens qui y ont été alloués.

b. L'adéquation des moyens à la politique : la naissance d'une gériatrie de l'urgence

Le volet consacré à la prise en charge hospitalière des personnes âgées met en exergue les moyens qui devraient être mobilisés, afin d'empêcher la survenance de trois types de risques encourus, en l'absence d'avis gériatrique précoce, lors d'un passage aux urgences : le risque de perte d'autonomie, celui de la surmédicalisation et enfin la non prise en compte de la polyopathie.

Un dispositif organisationnel innovant : l'Equipe Mobile de Gériatrie promu par le SROS s'inspire d'autres dispositifs nés dans des domaines traités traditionnellement de façon transversale dans les établissements, voir entre les établissements : la douleur et les soins palliatifs, notamment. Il prend acte de la fin d'une organisation monolithique de la gériatrie Les personnes âgées ne sont plus seulement dans des services dédiés à l'extérieur des sites de court séjour, elles sont aussi aujourd'hui, dans le court séjour; à ce titre l'organisation traditionnelle ne serait plus être satisfaisante L' Unité Mobile de Gériatrie mise en place au CHU de Strasbourg depuis un certain nombre d'années, inspiratrice du projet, a déjà démontré toute sa pertinence<sup>94</sup>, par son impact sur l'amélioration de la qualité des soins gériatriques. Aussi le groupe de travail a t'il souhaité généraliser au moins dans les plus grands établissements de la région, ce dispositif.

L'Equipe Mobile de Gériatrie<sup>95</sup> délivre un avis gériatrique dans les services d'hospitalisation classique. Son action constitue le pendant pour des patients qui sont

---

<sup>94</sup>Revue de la FHF. Filières gériatriques et coordination gérontologique. Assises du secteur social et médico social. Colloque « Les personnes âgées, trait d'union entre sanitaire et social. ». N°485-Mars – Avril 2002. pp.96-98.

<sup>95</sup>PAQUET M. Equipes mobiles de gériatrie, les nomades de l'hôpital. *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp. 26-28.

entrés « en programmé », de l'avis gériatrique précoce dressé par les urgentistes pour des patients accueillis au SAU. Les rencontres quotidiennes entre le responsable de cette unité et les urgentistes permettent une connaissance réciproque de ces acteurs et encouragent la formation d'une culture de «réduction des pertes de chance» lors de l'hospitalisation des personnes âgées. L'Equipe Mobile de gériatrie dresse une typologie quotidienne des patients accueillis, qui va permettre si ceux-ci doivent rester hospitalisés, de les orienter vers le maillon de la prise en charge le plus adéquat. Elle fait œuvre, selon les termes même du Professeur Berthel, de « pédagogie auprès des urgentistes<sup>96</sup> ». Or alors même que ces orientations émanent du Volet personnes âgées, elles vont être reprises de façon croisée dans le volet « Urgences », ce qui renforce leur portée.

Mais, un facteur de nature politique va freiner le développement de ce dispositif, dans les premières années de mise en œuvre du SROS. Les établissements privilégient de 1999 à 2002<sup>97</sup> la restructuration et le renforcement des urgences hospitalières, qui constitue alors la priorité régionale absolue<sup>98</sup>. En effet, un diagnostic désastreux ayant été dressé en 1998, les hôpitaux ne pouvaient continuer à accueillir les patients dans ces conditions, que ce soient en raison de locaux inadaptés voir vétustes ; d'organisations inefficaces, urgences tripolaires aux HCC, par exemple, et d'un manque de personnels qualifié (absence de séniorisation pour certaines urgences).

L'allocation importante de moyens à ce volet a servi en quelque sorte « indirectement » à l'amélioration de la prise en charge des urgences gériatriques, bien que l'amélioration soit d'ordre général : plus de personnel, donc a priori plus de temps à consacrer aux patients. Or, dans de nombreuses situations, cette augmentation du personnel a été compensée intégralement par l'augmentation de l'activité. Certains établissements ont tout de même saisi cette opportunité liée à la restructuration de leurs urgences pour aménager un accueil spécialisé pour les patients gériatriques (CH de Mulhouse, avec travail effectué entre le chef de service des urgences et le chef de service de gériatrie). Les établissements qui n'en disposent pas font figure aujourd'hui d'exception, leur organisation étant plus le résultat d'une opposition de principe à une

---

<sup>96</sup>Entretien avec le Professeur Berthel

<sup>97</sup>Ce qui est le cas des HCC, qui ont mis en fonctionnement un nouveau Pôle et de nouvelles urgences, en avril 2002.

<sup>98</sup>Revue Sciences et Avenir « le 1<sup>er</sup> Palmarès des urgences en Alsace : il est vital de bien choisir » Octobre 2000.

« intervention des gériatres » dans le domaine de l'urgence que d'une absence de moyens à dédier à cette problématique<sup>99</sup>.

c. L'évaluation du SROS de 2<sup>nd</sup>e génération : premières pistes pour le SROS de 3eme génération<sup>100</sup>?

En l'état, aucun document officiel ne nous livre une synthèse des actions réalisées dans le cadre du volet « Prise en charge hospitalière des personnes âgées » du SROS. Le retard pris dans la mise en œuvre de ce volet au profit de la réalisation du volet « Urgences », le changement de Directeur d'Agence à mi parcours et la mise en œuvre de la réforme EHPAD expliquent en partie cette situation. Nous pouvons cependant détacher, dès à présent, de grandes tendances quant à la réalisation de ce volet :

- La démarche d'évaluation prévue dans le SROS fait appel à des indicateurs de qualité, adaptés au secteur gériatrique, qui s'attachent à la fois, à l'activité et aux procédures. Elle s'appuie sur une démarche d'autoévaluation, que se sont appropriées ces structures, d'une part, avec l'accréditation (pour les services de SSR) d'autre part, avec la mise en œuvre du référentiel Angélique. Aucune consolidation de ces données ne sera opérée pour l'évaluation, au niveau régional, aussi ne disposerons nous que de données quantitatives, sur la réalisation de telle ou telle action, et non une analyse de l'amélioration globale de la qualité dans ces structures. Une fois de plus, l'autorité sanitaire ne procède qu'à une évaluation quantitative, en s'appuyant sur le lien hypothétique augmentation de moyens = amélioration de la qualité, sans mettre l'accent sur la partie de l'amélioration de la qualité naît de nouvelles modalités d'organisation et de nouvelles procédures.

- Les réalisations en matière d'Hôpital de Jour (CH de Colmar et de Sélestat) ont répondu à des besoins importants, notamment, dans le secteur sanitaire n° 3. Un certain nombre d'établissements de petite taille se sont positionnés auprès de l'ARH pour obtenir en leur sein la création prochaine d'un HDJ. Aussi, si tous les projets en cours (Sarre Union, Wissembourg, Ribeauvillé et Guebwiller) sont réalisés à moyen terme, on pourra parler en Alsace d'une véritable amélioration de l'accès aux soins gériatriques, intégrant la notion de proximité, et ce malgré le développement restreint des coopérations.

---

<sup>99</sup>On peut citer le CHG de Colmar, comme appartenant à cette catégorie, voir même comme en étant le principal exemple, sur la région.

- Hormis ce point sur l'hospitalisation de jour, les résultats quantitatifs sont peu probants. A contrario, on relève une multiplication des projets portés par les établissements, qui s'inscrivent dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire <sup>101</sup>

La rédaction d'un volet dédié aux personnes âgées et à leur hospitalisation dans le SROS aura permis aux établissements de développer une réflexion autonome sur la question, en intégrant dans leur projet d'établissement, un volet spécifique <sup>102</sup> Or ce SROS n'intègre pas l'impact qu'aurait sur le secteur sanitaire et médico-social alsacien, la réforme du financement des EHPAD. De fait, la planification sanitaire perd en qualité, à son insu, car elle n'intègre pas tous les enjeux du secteur.

Le 3eme SROS devrait donc permettre idéalement de concilier ces deux volets, le sanitaire et le médico social, soit en son sein, soit au sein d'un autre document, pour ne pas entériner les conflits de compétences des acteurs (Conseil général et ARH) mais au contraire privilégier une prise en charge globale des patients Le second axe de ce 3eme SROS sera l'intégration et la mise en œuvre de la circulaire du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local, hôpitaux locaux qui restent nombreux en Alsace et notamment dans le secteur sanitaire n° 3 ( Tableau n° 4p.55).

## **2. Le Schéma gérontologique du Haut Rhin : un dispositif précurseur des CLIC<sup>103</sup> ?**

Le Conseil Général du Haut Rhin est depuis vingt ans, un interlocuteur privilégié des Hôpitaux Civils de Colmar dans leur mission de prise en charge des personnes âgées. Cette collaboration se trouve renforcée par la négociation de la réforme du financement des EHPAD. L'établissement aujourd'hui tente d'interagir sur la planification gérontologique. En informant le Conseil Général sur les scénarios potentiels d'évolution de ses structures de prise en charge des personnes âgées (par la transmission du Schéma Directeur de Gériatrie), l'établissement tente de concilier en interne les deux politiques : sanitaire et médico sociale.

---

<sup>100</sup>Entretien avec Mme Blanchard

<sup>101</sup>« La prévention secondaire consiste à éviter le développement de la maladie par des interventions efficaces en temps utile. L'hospitalisation peut alors être révélatrice d'intervention trop tardive. La prévention tertiaire vise à éviter les complications de maladies, spécialement la passage à la dépendance. Les ré hospitalisations précoces peuvent, dans certains cas, constituer un indicateur d'aggravation induite. » SROS Alsace, 1999-2004.

<sup>102</sup>Exemple du Schéma Directeur de Gériatrie des Hôpitaux Civils de Colmar



a. Le Rôle d'un Schéma gérontologique dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées

La Loi du 22 juillet 1983 portant transfert de compétences entre les Communes, les Régions et l'Etat et la Loi du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé ont confié au Conseil Général la mission d'arrêter le Schéma départemental des établissements et services sociaux et médicaux- sociaux<sup>104</sup> Il remplace le plan gérontologique initié par la circulaire ministérielle du 7 avril 1982. Ce schéma départemental intègre les notions de « territoire », de bassin de vie et de « secteur » pour appréhender les besoins en équipements et en services.

Le dernier Schéma gérontologique en date du Haut Rhin, présenté en 1998 par le Conseil Général<sup>105</sup> est aujourd'hui remis en question à la fois par le dispositif d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie<sup>106</sup> et par la réforme du financement des EHPAD, non pas quant aux priorités qu'y étaient définies mais quant à la pérennité de leur financement. L'institution, première contributrice locale à la prise en charge des personnes âgées finance différents services : l'aide ménagère, les services de soins infirmiers à domicile, une partie de l'accueil de jour et de l'hébergement en logement foyer. Elle est aussi l'autorité de tarification pour la partie hébergement des Services de Soins de Longue Durée, pour l'hébergement temporaire, pour les Maisons de retraite et demain pour les EHPAD. La multiplicité des missions à financer conduit aujourd'hui le Conseil Général à dresser une évaluation financière de l'existant, dans la cadre du travail d'élaboration du nouveau Schéma gérontologique, en conformité avec la Loi du 2 janvier 2002. A titre d'exemple, certaines structures au taux d'occupation en baisse, font peser sur leurs pensionnaires des déficits importants, que le Conseil Général devra d'une façon ou d'une autre, à terme, solvabiliser. Aussi on peut imaginer qu'une restructuration de l'offre des équipements médico - sociaux dédiée à la gériatrie va être « proposée » aux établissements, voir une réorientation vers les dispositifs les moins coûteux dans les

---

<sup>103</sup>Entretien avec Mr Fisher, Sous Directeur Personnes Agées – Personnes Handicapées, Conseil Général du Haut Rhin

<sup>104</sup>Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico – sociales.

<sup>105</sup>Conseil général du Département du Haut Rhin et Préfecture, *Schéma Gérontologique Départemental : Bilan et perspectives de l'action gérontologique dans le Haut Rhin*, 1998.

<sup>106</sup>Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

mêmes termes, qu'ont pu le faire à un certain moment les SROS. Il ne s'agit plus, comme il y a vingt ans de privilégier une logique de multiplication d'équipements ou d'hébergement, mais face à la concurrence de travailler sur l'amélioration du service au sein des structures existantes, en s'appuyant sur des référentiels de qualité adaptés à ces domaines.

Le département du Haut Rhin dispose de nombreux atouts sur le plan de la prise en charge gériatrique, tant sanitaire que médico social :

**Tableau n° 3 : Taux d'équipement dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dans le Département du Haut Rhin**

	Moyenne régionale	Moyenne nationale
Nombre de lits / pour mille hab. de 75 ans et plus en USLD	40,5	22,79
Nombre de lits / pour mille hab. de 75 ans et plus en établissements d'hébergement	120,9	100,5
Nombre de places / pour mille hab. de 75 ans et plus en Services de SIAD pour personnes âgées	14,6	15,85

- Ce département dispose d'un taux d'équipement élevé, en raison des efforts d'investissement importants, accomplis dans les années 70 et 80. Sur le plan des services de maintien à domicile, on peut souligner qu'il existe une couverture territoriale intégrale, dans le Haut Rhin. De fait, aujourd'hui au niveau régional, lors de la répartition de l'enveloppe médico sociale, le Haut Rhin reçoit moins de fonds, en raison de sa politique d'investissement historique.

- Une Association, l'association haut rhinoise d'Aide aux Personnes Agées (créée en 1946, cofondée par des travailleurs sociaux) assure une certaine cohésion territoriale, en offrant des prise en charge innovantes sur les différents territoires (notamment la FANAL, garde itinérante de nuit).

- Un service social « gérontologique<sup>107</sup> » développé. A partir de 60 ans, les personnes doivent se tourner vers des services sociaux qui leur sont personnellement

dédiés et non vers les assistantes sociales polyvalentes. Ce service social, fondé en 1972, s'est implanté progressivement dans les différents cantons, à la demande des Conseillers Généraux (de 1993 à 2000). Ils sont aujourd'hui dénommés Pôle gérontologique et remplissent les mêmes missions que le dispositif de concertation gérontologique mis en place par la Circulaire du 6 juin 2000,<sup>108</sup> les CLICs.

#### b. La création des Pôles gérontologiques anticipe la mise en place des Centres Locaux d'Information et de Coordination

Les Pôles gérontologiques sont installés progressivement dans le Haut Rhin entre 1993 et 2000, dès 1993 dans le Haut – Sundgau, et en 1999 dans le canton de Wintzenheim. Dans les départements, seuls les cantons de Mulhouse et de Colmar Centre<sup>109</sup> ne comptent pas aujourd'hui de Pôle gérontologique. Leur mise en place suit toujours le même phasage : dans un premier temps, une étude du dispositif gérontologique local est menée, puis l'étude et l'avant projet de mise en oeuvre d'un Pôle sont envisagés à partir de données précises ( renforcement du personnel – AS et secrétaire ; recherche de locaux pour assurer un meilleur accueil du public ; approbation du projet de création et de financement du Pôle gérontologique par l'assemblée du Conseil général) puis dans un dernier temps, le projet est présenté dans le cadre de réunions d'information aux élus, aux membres du secteur associatif et aux professionnels médicaux sociaux. Les objectifs et les missions de ces Pôles correspondent exactement aux objectifs et aux missions fixées aujourd'hui aux Centres Locaux d'Information et de Coordination. Ils préfiguraient quelles seraient les missions d'un organe de coordination dans un réseau gérontologique<sup>110</sup>.

Le « dispositif institutionnel pour les personnes âgées caractérisé par la délivrance de services, par une multiplicité d'organismes administrés séparément avec différents statuts et différentes sources et modes de financement ainsi que par de multiples professionnels » avait besoin de procédures de coordination centralisées, de façon à mettre l'ensemble de ses moyens au service du patient, de manière efficace, et dans un

---

<sup>107</sup>Ce service social comprend 25 Assistante Sociale ETP et 8 secrétaires

<sup>108</sup>Circulaire DAS - RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

<sup>109</sup>C'est en grande partie en raison de l'absence de coordination des acteurs locaux que ces Pôles ne se sont pas formés. Mais Mulhouse devrait prochainement conformer son offre autour d'un CLIC, profitant ainsi des financements, issues de l'ONDAM

but bien défini : son maintien à domicile. La définition même des CLIC répond à celle des Pôles gérontologiques : les CLICS «recouvrent sous un même label la diversité des situations et des choix organisationnels différents ». « Ils assurent les missions d'information et d'orientation de la personne âgée, ils évaluent les besoins en tenant compte des préférences et de l'environnement de la personne... <sup>111</sup>»

Outre l'identité des dispositifs sur le plan organisationnel, on relève d'autres similarités, et notamment des objectifs communs :

- Faciliter le maintien à domicile de la personne âgée. Cet objectif sera atteint non pas en surajoutant aux dispositifs existants un échelon supplémentaire, mais en coordonnant l'ensemble des acteurs locaux. Cette initiative émerge dans le cas des Pôles sur le budget du Conseil Général pour le financement des postes d'Assistants Sociales ou de secrétaires. Pour celui - ci, la recherche d'économie est indirecte mais non négligeable, le coût d'un séjour en EHPAD est incomparable avec la somme de différentes prestations ménagères et/ ou l'intervention d'une infirmière libérale, payée à l'acte et effectuées au domicile du patient. En améliorant l'adéquation entre l'offre et la demande de prise en charge, l'institution diminuera les surcoûts liés à une mauvaise utilisation du dispositif.

- Encourager la coopération des acteurs autour de la personne prise en charge quelque soit son lieu de vie<sup>112</sup>, en leur en donnant les instruments : un coordonnateur, en la personne de l'Assistante Sociale, un guichet unique et un lieu accessible. Malheureusement, en l'état, ces structures n'ont pas encore travaillé sur un dossier commun, qui relève plus d'une « culture sanitaire ». Ces Pôles proposent en extra hospitalier, des filières de prise en charges diversifiées et complémentaires des filières de soins gériatriques, internes aux Etablissements Publics de Santé.

---

<sup>110</sup>Conseil Général, *Synthèse des actions réalisées Pôle par Pôle entre 1992-1999*, Direction de la Solidarité, Septembre 2000.

<sup>111</sup>Circulaire DAS - RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

<sup>112</sup>*Le Guide pratique d'informations pour les retraités*, émis par le Pôle Gérontologique du Canton de Wintzenheim est à cet égard figuratif. Il recense tous les services rendus au domicile, les professionnels de santé et de soins, les structures d'accueil et d'hébergement médico sociales, les structures sanitaires. L'accent est porté sur les actions de prévention et d'animation (prévention des chutes à domicile, prévention des troubles et entretien de la mémoire) et sur les procédures permettant de bénéficier des aides, délivrés par le Conseil général.

Cette mise en réseau des acteurs autour d'un Pôle, enraciné dans le paysage local profite a priori à l'ensemble des patients âgés, accueillis à un moment t. aux Hôpitaux Civils de Colmar et domiciliés dans le secteur sanitaire (Canton Sainte Marie aux Mines, Canton de Ribeauvillé, Canton de Munster). Or, l'absence de structure de ce type sur le canton même de Colmar, à ce titre, est paradoxale ; car, c'est le lieu où se trouve réuni la majorité des acteurs et notamment les acteurs sanitaires, les plus importants.

### **3. Une coordination embryonnaire entre les documents stratégiques : le conventionnement des EHPAD : un rendez vous manqué<sup>113</sup> ?**

La Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA<sup>114</sup> soumet en son article 4, l'accueil des personnes âgées remplissant des conditions de perte d'autonomie dans un établissement soit médico social, soit de santé, à la signature par celui-ci d'une convention pluriannuelle le liant au Conseil Général et à l'autorité compétente de l'Etat. Le principe du conventionnement des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes trouve juridiquement, dans ce texte, sa première expression, comme corollaire du droit à l'autonomie<sup>115</sup>. Ce conventionnement permet dans ses modalités d'interroger les forces et les faiblesses des structures médico sociales et sanitaires accueillant des personnes âgées dépendantes, en terme de qualité et de territoire (répartition adéquate dans l'espace géographique). Ce processus appuyé sur la démarche d'autoévaluation ( mise en œuvre du Référentiel ANGELIQUE) aurait pu mener à une réflexion conjointe des tutelles (a.) sur le devenir des structures (b), en s'appuyant sur les apports de cette démarche. L'analyse partielle de la démarche de conventionnement des HCC nous offre à ce sujet des exemples pertinents sur ces deux items et inspirera une partie des recommandations, formulées à l'issue de ce mémoire.

#### **a. Une illusion ? La réflexion conjointe des tutelles**

Les HCC gèrent un nombre significatif de lits de soins de longue durée et de lits de maison de retraite. A ce titre, comme l'ensemble des EPS, qui assurent ces missions ils

---

<sup>113</sup>La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après.. FHF, Mardi 21 mai 2002.

<sup>114</sup>Loi N° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>115</sup>Bien que le principe du conventionnement soit acté depuis la modification apportée par la Loi du 24 janvier 1997 à l'article 5-1 de la Loi du 30 juin 1975.

sont soumis à la réforme de la tarification<sup>116</sup>. Celle-ci, outre un volet prédominant qui est la refonte du financement, comprend un important volet « qualitatif » qui apporte des indications particulières sur un ensemble de problématiques de l'accueil des personnes âgées dépendantes. Ces indications sont dénommées recommandations par l'Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du Cahier des Charges de la convention pluriannuelle, à ce titre on peut donc se demander, si le conventionnement ne comprendrait pas deux dossiers certes complémentaires, mais dissociés, lors de l'examen par les tutelles : le dossier financier (qui pour les EPS, comprend un volet fondamental : l'opération sincérité des comptes) et le dossier « administratif » ( qui comprend des données de tous les types : stratégiques, architecturales, qualitatives, qui consolidées permettent de « positionner » l'établissement).

L'instruction du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites<sup>117</sup> confirme ce raisonnement. Le dossier financier retient toute l'attention des tutelles car en appliquant les modalités de calcul retenues aux imputations effectuées, le résultat peut être très discutable et à ce titre plus ou moins facile à entériner par la tutelle concernée, en raison des charges nouvelles qu'elles risquent de générer sur son budget. Ainsi, les négociations pour le conventionnement débutées en janvier 2002 pour les HCC n'ont pas encore trouvé de conclusions, en raison des discussions en cours sur l'imputation d'un certain nombre de postes d'AS sur le tarif soins, induite selon l'ARH<sup>118</sup>. Le volet administratif ne fait pas a priori l'objet d'un examen aussi poussé par les autorités de tutelle alors même qu'il permettrait d'anticiper l'évolution des besoins de la structure à moyen ou long terme, et son aptitude à prendre en charge des patients plus ou moins dépendants<sup>119</sup>. Le fait de disposer de l'ensemble de ces éléments à un moment t. pour tous les établissements du département constituerait un «tableau de bord pertinent » pour aider les autorités de tutelle à définir la politique gérontologique locale ou tout du moins ses priorités.

Or, en Alsace, les démarches de planification ont été toujours menées de façon parallèle. L'ARH conçoit une politique de prise en charge hospitalière des personnes âgées au niveau régional ; le Conseil Général du Haut Rhin veille, lui, de son côté au

---

<sup>116</sup>Circulaire DHOS-F 2/ MARTHE/DGAS n° 2001-276 du 21 juin 2001

<sup>117</sup>Instruction DGAS/DHOS/DSS/Marthe n°2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des EHPAD.

<sup>118</sup>Réunion EHPAD CPA des Hôpitaux Civils de Colmar du 8/08/ 2002 (DASS, ARH)

<sup>119</sup>L'ARH et le Conseil général ont requis des éléments sur l'évolution des effectifs nécessaires pour les 5 années à venir ; Réunion relative à la situation de l'EHPAD des HCC, 9 Septembre 2002.

niveau départemental à coordonner l'ensemble de l'offre médico-sociale. Même si de l'aveu de ces autorités, un effort de transmission et d'information a été déployé lors de la parution des derniers Schémas, il n'a jamais conduit jusqu'à une coordination sur des thèmes transversaux, lors de l'élaboration des projets<sup>120</sup>. Certes, ces politiques gérontologiques ne sont pas complètement déconnectées, elles identifient en partie, les mêmes référents sur les échelons territoriaux, désignés comme cadre de la planification. Mais, les Schémas gérontologiques auront toujours une propension à mettre en avant le rôle de tel hôpital local ou de telle structure « médicalisée » située dans des cantons précis, en raison de contingences politiques et électorales, et cela sans tenir compte de son apport réel à la prise en charge sanitaire. Le Schéma Gérontologique, compétence non partagée du Conseil Général est avant tout le résultat d'un compromis politique au sein de l'Assemblée délibérante. La réforme de la tarification représente dès lors un autre enjeu pour la politique gérontologique, elle devrait permettre au Conseil Général de rendre opposable aux acteurs médico- sociaux ses décisions ayant trait à la planification de l'offre, comme l'allocation de la dotation budgétaire offre en la matière un outil, à l'ARH.

Les recommandations relatives à la définition de la place de l'établissement au sein du Schéma Gérontologique Départemental constituent elles aussi de précieuses informations pour les deux autorités. Certes la charge de travail que représente l'agrément de ces conventions est très lourde, surtout pour une structure aux missions diversifiées comme le Conseil Général aussi l'effort fourni devrait être par la suite relayé<sup>121</sup>

Les autorités de tutelle adressent, en l'état, aujourd'hui aux HCC deux types de recommandations :

- Les tutelles prennent acte du fait que le CPA souhaite se médicaliser et servir d'établissement de référence du secteur sanitaire n°3, « en laissant à d'autres structures les prises en charge qui s'articulent plutôt autour de l'hébergement ». Mais elles demandent de mesurer l'impact sur la satisfaction des besoins, de la fermeture volontaire lors de cette opération de 123 lits de Maison De Retraite.

---

<sup>120</sup> Entretien avec Mme Blanchard, croisé avec l'entretien avec Mr Fisher

<sup>121</sup> FHF. *La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après*. Rencontres organisées le mardi 21 mai 2002.

- d'autre part, les tutelles invitent l'hôpital à s'engager auprès des EHPAD environnantes à recevoir leurs patients au SAU, par un engagement corollaire de ces établissements, qui serait d'accueillir de nouveau ces patients en leur sein, a posteriori.

b. Apport de la démarche de conventionnement à la réflexion interne

Cette démarche de conventionnement mise en œuvre à partir de janvier 2002 participe encore aujourd'hui de la définition de la stratégie des HCC pour le Centre Pour Personnes Agées. Pour autant, le Directeur d'établissement, Mr Gustin a décidé de disjoindre les deux dossiers : la réforme de la tarification et la Schéma Directeur de Gériatrie, afin de rendre en partie « autonomes » les deux dossiers (bien que les modes de financement du Schéma Directeur intègrent forcément les projections des résultats de la réforme de la tarification) et ainsi empêcher que les difficultés rencontrées dans un dossier remettent en cause tous les progrès accomplis dans l'autre. D'autant que la mise en œuvre de DOMINIC réduit rapidement à néant les espoirs que nourrissaient encore quelques établissements sur la priorité accordée à la qualité dans la réforme de la tarification.

Les HCC utilisent les dispositions de l'Arrêté portant Cahier des charges de la convention tripartite rappelant que les recommandations laissent aux contractants une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement, et initient une démarche stratégique.

De fait, plusieurs questions importantes peuvent faire l'objet d'un traitement stratégique, complètement différent, selon les options retenues. Nous reprenons les différentes questions qui se sont présentées, les réponses qui y ont été apportées seront développées dans la partie consacrée aux recommandations.

- Quel sera le devenir de l'USLD, dans la nouvelle structure ?
- Est-ce que la transformation de la maison de retraite en EHPAD, peut nous permettre de proposer une fermeture des lits et de réorienter notre activité au CPA ?
- Qui assurera la coordination médicale pour l'EHPAD et pourra t'on conserver les fonctionnements médicaux actuels ?
- Quelle attitude doit on avoir vis-à-vis d'interlocuteurs sanitaires locaux, dans cette démarche stratégique ? (art. 5.2 « les EHPAD doivent passer



des conventions avec au moins un établissement de santé public ou privé dispensant des soins en médecine et en chirurgie)

## **B. Des établissements aux offres de prise en charge diverses et complémentaires**

L'offre de soins colmarienne est bipolaire, depuis 1997, date du regroupement en une entité unique, le Groupement Hospitalier Privé de Centre Alsace (GHPCA) des trois cliniques privées (PSPH) de Colmar. En matière de prise en charge des personnes âgées, un 3ème acteur au statut particulier se détache : le Centre Départemental de Repos et de Soins (CDRS). Or, quelles sont les politiques menées par ces deux acteurs, actuellement et quels sont leurs projets ? Comment les Hôpitaux Civils devront ils intégrer leurs projets dans son plan stratégique pour le CPA: comme une invitation à la synergie ou au contraire comme un potentiel de concurrence ?

Par ailleurs, le secteur sanitaire n°3 dispose d'un maillage important d'hôpitaux locaux, qui focalisent aujourd'hui leurs interventions dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Or, quels rôles ces hôpitaux vont-ils avoir à moyen terme ou à court terme, dans ce domaine ?

### **1. Les établissements de santé colmariens : synergies ou concurrences ?**

#### **a. Le Groupement Hospitalier Privé de Haute Alsace<sup>122</sup> : un partenaire potentiel pour la prise en charge sanitaire des personnes âgées. ?**

Historiquement, les cliniques de Colmar (Ste Thérèse, St Joseph et Le Diaconat) accueillait les patients du Sud Alsace (vallée de Munster, Ried), selon la religion qu'ils professaient. Ainsi, le Diaconat était il un établissement protestant alors que Saint Joseph

---

<sup>122</sup>Entretien avec le Docteur Niederberger, médecin chef de service de gériatrie, au GHPCA.

et Sainte Thérèse étaient des établissements catholiques. Cette tradition aurait du disparaître lors du regroupement des sites et de la réorganisation des activités, mais selon les praticiens, elle reste toujours vive.

Les établissements public (HCC) et privé participant au service public (GHPCA) ont jusqu'alors développé peu de coopérations formalisées dans le domaine du MCO<sup>123</sup> mais ils n'en ont pas moins instauré au profit des colmariens, « une saine concurrence », sur les activités chirurgicales, notamment. La future construction de l'hôpital privé Schweitzer<sup>124</sup> (regroupant l'ensemble des activités chirurgicales et médicales de pointe du GHPCA) ne sera pas sans incidence sur la préparation du futur projet d'établissement des HCC.

En matière de prise en charge sanitaire des personnes âgées, le GHPCA dispose d'un Pôle identifié, le Diaconat, où ont très tôt été mis en place un service de médecine gériatrique et un hôpital de jour. L'hôpital de jour qui compte 10 places est spécialisé depuis 1992, au moment de sa fondation, dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Le service de médecine gériatrique de 30 lits, lui, ne correspond pas à un projet de type contemporain de « court séjour à orientation gériatrique » C'est avant tout historiquement un service de médecine interne<sup>125</sup>, qui couvrait donc toute la palette des pathologies de cette spécialité (rhumatologie, maladies infectieuses) et dont la moyenne d'âge des patients s'est peu à peu élevée, jusqu'à atteindre aujourd'hui 80,2 ans, avec une durée moyenne de séjour qui s'établit aux environs de 15 jours.

D'autre part, ce service n'accueille pas des urgences (au sens du PMSI, enregistré en amont par une consultation au SAU ou comme une sortie SMUR), bien que certains médecins traitants ou coordonnateurs d'EHPAD y adressent leurs patients qui traversent une phase aigüe de leur pathologie. En effet, le GHPCA a des liens privilégiés de coopération avec deux maisons de retraite appartenant à la FEHAP, ainsi qu'avec un ensemble de médecins traitants de Colmar. Le GHPCA ne remplit pas une mission d'accueil des urgences, qui sur le bassin de Colmar est confiée aux Hôpitaux Civils de Colmar (SAU) mais aussi au Centre Hospitalier de Guebwiller (UPATOU). Le Diaconat

---

<sup>123</sup>Coopération en matière cardio vasculaire, et dernièrement en matière de chirurgie vasculaire. (coopération porte sur l'organisation des astreintes, en la matière).

<sup>124</sup>Conférence mensuelle de la Direction des HCC, où le Directeur du GHPCA, Mr Dôle est venu présenté le futur projet de construction.

<sup>125</sup>Entretien avec le Docteur Niederberger, médecin chef de service de gériatrie, au GHPCA

comprend aussi une USLD de 40 lits, orientée, elle aussi, vers la prise en charge de patients Alzheimer.

A partir des éléments en notre connaissance, on peut détacher deux axes de concurrence et un axe possible de complémentarité, entre les HCC et le GHPCA que nous prendrons en compte dans la formulation des recommandations.

Facteurs de concurrence	Facteurs de complémentarités
<p>1. La labellisation comme Centre mémoire de niveau 1 : pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer</p> <p><u>Atouts</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le GHPCA va reconstruire le Diaconat selon une architecture adaptée intégralement aux patients déambulants<sup>126</sup></li> <li>• Le GHPCA va développer un service d'accueil temporaire, complémentaire de son offre d'Hôpital de Jour J</li> </ul> <p>2. La création d'un très court séjour gériatrique « qui recevra en urgence les personnes âgées victimes d'une lésion accidentelle »</p> <p>Atout : l'établissement dispose de l'ensemble des moyens nécessaires.</p>	<p>1. La mise en commun de moyens pour structurer les urgences gériatriques sur Colmar (participation aux astreintes opérationnelles des gériatres au SAU)</p> <p><u>Atouts</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le GHPCA a son propre réseau de médecins prescripteurs</li> <li>• il dispose d'une équipe médicale compétente et très mobilisée (« politique de main tendue » de Mr Gustin, vis-à-vis de Mr Dôle, le Directeur du GHPCA lors de sa visite des HCC, pour traiter l'organisation des urgences pour les personnes âgées, sous la forme d'une coopération, éventuellement.)</li> </ul>

b. Le Centre Départemental de Repos et de Soins : une non coopération historique<sup>127</sup>

Alors même que le CDRS bénéficie d'une proximité géographique, riche de potentialités avec les HCC (l'ensemble de ses locaux étant adjacent au Pôle mère enfant

<sup>126</sup> *L'autre chantier du GHPCA*, Les Dernières Nouvelles d'Alsace, le 12 avril 2003.

<sup>127</sup> Entretien avec Mr Jacques Lorange, Directeur du CDRS, et visite du site

des HCC), aucune coopération n'a jamais pu être établie entre les deux établissements, qu'elle soit d'ordre médical ou administratif (le CDRS n'appartient pas au réseau de soins de suite et de réadaptation, par exemple). Cette absence de dialogue ne tient pas tant à la différence de statut entre les établissements, qu'au rachat en 1987, du Parc, ancien sanatorium, par les HCC aux dépens du CDRS, ancien Hospice Départemental du Haut Rhin<sup>128</sup>. Celui-ci souhaitait à la fois, conserver son pouvoir de gestion sur cet établissement et acquérir une réserve foncière pour son extension.

Or, le CDRS est devenu un des acteurs principaux au plan local de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, en développant une offre importante. L'établissement compte aujourd'hui 120 lits de longue durée et 310 lits de maison de retraite, en cours de transformation en EHPAD. Il a réalisé durant ces 15 dernières années des investissements importants pour la réhabilitation de ses lieux d'accueil, aussi ses prestations hébergement sont elles aujourd'hui parmi les plus chères du secteur sanitaire (effet mécanique de l'augmentation des charges de groupe 4 en exploitation). A l'inverse, en nivelant les prix entre la maison de retraite et le long séjour, (décision prise à titre provisoire lors de la fusion de ses deux budgets annexes) les HCC ont obtenu malgré eux, un « avantage concurrentiel » non négligeable sur les autres offres du secteur (Forfait hébergement : HCC : 33 euros par jour ; CDRS : 58 euros par jour). Or, la prise en charge des personnes âgées en établissement représente souvent, pour les familles, une véritable problématique financière, l'APA ne couvrant pas le forfait hébergement. Ainsi actuellement, aux HCC, « les familles se ruent sur nos prestations, et cela multiplie les difficultés pour demander aux familles de placer leurs proches à l'extérieur<sup>129</sup> ». Ce lien entre l'investissement et l'inflation des forfaits d'hébergement ne manquera pas d'interférer à l'avenir, dans le choix des familles pour le recours aux EHPAD : le GHPCA et les HCC souhaitant aussi mettre à moyen terme en oeuvre des projets importants d'investissement. Il n'est aussi certainement pas neutre dans les relations qui existent aujourd'hui entre le CDRS et les HCC.

A l'aune des informations recueillies, on peut difficilement imaginer une évolution des relations entre les deux établissements, voire la mise place d'une coopération commune à moins que celle-ci ne soit impulsée par un tiers (en l'occurrence, la DDASS).

---

<sup>128</sup>Par Décret du 17 août 1961, l'Hospice a rejoint le droit commun des établissements d'assistance en obtenant le statut d'Etablissement Public Administratif. L'Hospice a été achevé en 1895, au moment de l'Annexion de l'Alsace Moselle. Pendant 21 ans (de 1938 à 1959), le CDRS a administré le Parc.

<sup>129</sup>Entretien avec Mme Aller, cadre supérieure de santé du CPA

On note cependant une plus grande attention de ces deux acteurs à leurs projets réciproques, Monsieur Gustin ayant été invité par la DDASS à la présentation du projet d'établissement du CDRS, et cet établissement ayant été invité par Mr Gustin et le Docteur Hild pour la présentation du Schéma Directeur de gériatrie des HCC.

## **2. Le potentiel des hôpitaux locaux<sup>130</sup>.**

Le secteur sanitaire n° 3 comprend 8 hôpitaux locaux dispersés sur tout le territoire. Ce nombre important s'explique historiquement par la densité de population de ce bassin (207 hab. / km<sup>2</sup>), il constitue aujourd'hui un atout majeur dans le cadre d'une politique de développement des prises en charge de proximité pour les personnes âgées. Seuls, ceux de ces établissements qui ont aujourd'hui une coopération privilégiée avec un Centre Hospitalier d'une taille critique (comme le CH de Guebwiller, qui dispose d'une convention de fusion de direction avec les HCC) exercent encore des activités de court séjour, l'immense majorité se consacrant à l'accueil de patients en soins de suite et de réadaptation, et/ ou à l'accueil des personnes âgées dans des unités de soins de longue durée ou des maisons de retraite annexes.

La Circulaire du 28 mai 2003<sup>131</sup> relative aux missions de l'hôpital local vient fixer des orientations concernant la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins, à la veille de l'élaboration des SROS de 3eme génération. Cette circulaire s'inscrit dans la continuité des Schémas Locaux de services publics, et de toutes les réflexions menées depuis vingt ans en matière d'aménagement du territoire. A contrario, en promouvant l'exercice de la médecine polyvalente en hôpital local, elle s'inscrit en porte à faux avec la politique de restructuration des établissements hospitaliers et avec toute la réglementation actuelle en matière de sécurité de soins et des processus (Décret sur la périnatalité, dispositions en matière d'hémovigilance, etc.), qui privilégie les établissements justifiant d'une masse critique d'activité (exemple classique de la périnatalité, avec la un seuil minimal d'activités de 500 accouchements par an).

L'édiction de ce texte était aussi rendu nécessaire par l'impact que ne manquera pas d'avoir sur ces structures, la réforme de la tarification de l'EHPAD. En effet, la majorité d'entre eux sont affectés par la démarche de cette réforme qui concerne les

---

<sup>130</sup>Cf. Annexe IV : L'implantation des hôpitaux locaux dans le secteur sanitaire n°3.

maisons de retraite et les unités de long séjour (bien que dans leur cas, cette situation reste volontairement floue, en attente de la définition d'une nouvelle mission sanitaire) gérés par des établissements de santé. Aussi, la circulaire prend position en affirmant que : « la création des EHPAD ne doit pas avoir pour conséquence la transformation systématique des hôpitaux locaux ne disposant plus actuellement de lits de médecine en établissement médico- social. En effet, compte tenu de [...] la redéfinition de leurs missions les hôpitaux locaux peuvent rapidement évoluer vers des structures disposant de lits de médecine de proximité : dans ce cadre leur statut d'établissement de santé doit être préservé ». Or, ces hôpitaux sur le plan local ont déjà saisi l'ampleur de la réforme, et pour certains ont redéfini voir spécialisé leur domaine d'intervention. Ainsi, l'hôpital local de Rouffach s'est transformé sous l'impulsion de la Direction du CHS, en Maison médicalisée Saint Jacques. Ce qualificatif de « médicalisé » est en train de faire son apparition dans les dénominations d'EHPAD, il tend à rassurer les familles sur la qualité des soins dispensés et sur celle des professionnels qui interviennent auprès de leurs proches. L'utilisation de ce terme pour les EHPAD, non liés à un CHG mériterait d'être encadrée. Dans le cas de la Maison Saint Jacques, la médicalisation repose sur la création en son sein, d'un vrai Pôle de consultations spécialisées sur la maladie d'Alzheimer, qui grâce à l'apport des compétences des psychiatres du CHS, lui confère un pouvoir d'expertise indiscutable. Si les exemples de l'hôpital de Rouffach ou encore de celui de Guebwiller, hôpitaux liés à des Pôles de référence sont significatifs en terme d'évolution, il est par contre difficile de différencier les autres établissements. Ceux-ci, moins pris en compte jusqu'alors, par les politiques nationales, seront certainement les principaux bénéficiaires à venir des effets de la circulaire. \*

Celle-ci leur confirme leur place fondamentale dans les réseaux de prise en charge des personnes âgées : à la fois comme niveau principal de la prévention secondaire et primaire de la dépendance, comme plate formes de services contribuant au soutien à domicile de la population, comme lieu d'hébergement mais aussi comme espace de coordination de projets (CLIC).

Or le positionnement de ces établissements vis-à-vis des CHG appartenant au secteur sanitaire va évoluer, la circulaire les transforme en « demandeur » de coopération avec ces structures. L'article L. 6141-2 du Code de la Santé Publique ne les oblige t il pas à conclure des conventions avec ces établissements ? Il semble essentiel pour anticiper les futures recommandations du prochain SROS mais aussi pour tenir compte de leurs

---

<sup>131</sup>Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

nouvelles missions de tenir compte de cette mutation des relations avec les hôpitaux et de la préparer avec eux.

<b>Hôpital Local</b>	<b>Offre de soins</b>		
	Nbre de lits SSR	Nbre de lits MR	Nbre de lits USLD
EPS Intercommunal – Canton Vert, Orbey	15	152	70
Hôpital local – Sainte Marie aux Mines	20	164	59
Hôpital local de Kaysersberg	22	27	50
Hôpital local du Ried, Benfeld	20	123	44
Hôpital local de Soultz, Soultz – Haut Rhin	19	53	45
Hôpital local d'Ensisheim	11	80	46
Hôpital Loewel de Munster	13	31	36
Hôpital local de Ribeauvillé	25	120	60
<b>Nombre global de lits</b>	<b>145</b>	<b>750</b>	<b>410</b>

**Tableau n° 4 : Offre de soins des hôpitaux locaux dans le secteur sanitaire n° 3.**

### CHAPITRE 3 : RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE D'UNE FILIERE GERIATRIQUE AUX HCC, HOPITAL DE REFERENCE DU SECTEUR SANITAIRE N° 3

L'étude de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées aux Hôpitaux Civils de Colmar a mis en évidence certaines déficiences, recensées et analysées dans les parties précédentes. Cet état des lieux a en partie, inspiré les grandes lignes du Schéma Directeur de Gériatrie. Or ce document, adopté en juin 2002<sup>132</sup>, n'intègre pas la totalité des conséquences de la réforme EHPAD sur la prise en charge des patients âgés aux HCC sur les plans organisationnels et financiers. Le choix institutionnel d'une dissociation du traitement de ces deux dossiers lors de leur examen par la tutelle ne doit pas nous conduire à omettre leurs interactions, et notamment « l'effet levier » que jouera la mise en place de la réforme de la tarification sur l'implantation de nouvelles activités sanitaires<sup>133</sup>.

Cette démarche de formulation de recommandations pour la mise en place d'une filière gériatrique aux HCC s'inspire de la méthodologie mise en œuvre pour la programmation annuelle des actions, dans le Projet d'établissement des HCC. Cette planification tient compte de la facilité de mise en œuvre des actions, liée étroitement aux moyens nécessaires. L'évaluation de la facilité de mise en œuvre fait l'objet d'une cotation de l'action : (facile à mettre en œuvre « 5 »; difficile à mettre en œuvre « 1 ») « Ainsi, un projet reposant sur une nouvelle organisation ou procédure interne à un service fait il l'objet d'une cotation « 5 », la définition d'une nouvelle organisation étant à priori chose aisée ; par contre un projet nécessitant la création préalable d'un poste de PH sera coté « 1 », le financement d'un tel poste étant ardu à obtenir, que ce soit dans le cadre de mesures nouvelles ou par redéploiement interne<sup>134</sup> ». (Tableau N°7)

---

<sup>132</sup>La DDASS n'a pas approuvé la délibération du Conseil d'Administration, concernant le Schéma Directeur de Gériatrie.

<sup>133</sup>Note technique relative au Centre pour Personnes âgées des HCC et à la nouvelle tarification ; DDASS du Haut Rhin, le 7 août 2002 «Par ailleurs, le conventionnement s'échelonnant sur une période de cinq ans, il semble indispensable de lier le volet gériatrique du projet d'établissement et l'élaboration de la convention tripartite ».

<sup>134</sup>Projet d'établissement 2000-2005, Tome 1, Economie générale pp. 21.



Or le contexte politique<sup>135</sup> dans lequel va prendre place la mise en œuvre de ce véritable projet d'établissement de la gériatrie aux HCC risque d'exercer une influence non négligeable sur l'évaluation de la facilité de mise en œuvre des actions programmées, voir de la fausser, comme le laisse transparaître déjà, la précipitation avec laquelle la mise en œuvre de mesures sont annoncées, dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées<sup>136</sup>.

## **A. Le paradoxe de la création d'un EHPAD aux HCC : une conjoncture favorable au renforcement du rôle de l'hôpital général dans la prise en charge sanitaire des personnes âgées**

La réforme de la tarification des EHPAD a interrogé, outre l'articulation financière budget général – budgets annexes<sup>137</sup>, l'organisation des activités d'hébergement des personnes âgées et le périmètre du sanitaire et du médico social, dans l'établissement. Cette réforme et l'étude de son impact sur l'organisation hospitalière pourraient suffire à elles seules à alimenter une réflexion et un programme de recommandations sur la prise en charge des personnes âgées<sup>138</sup>. Aussi avons-nous choisi de n'offrir qu'une place marginale à ces développements à la seule fin de démontrer que la mise en œuvre de cette réforme aux HCC a offert un cadre favorable à la réorganisation de la filière gériatrique.

- Le financement de mesures nouvelles sanitaires.

L'opération de sincérité des comptes entre les budgets annexes ( maison de retraite et USLD) et le budget H a mis en évidence une contribution du budget H au fonctionnement des budgets annexes évaluée à 650 000 euros<sup>139</sup> par exercice budgétaire. Or la création du nouveau tarif dépendance a permis d'abonder pour le même montant les budgets annexes. Cette part, non transférée aujourd'hui de la dotation de

---

<sup>135</sup>Cf. Conclusions du Rapport sur l'évaluation du système de santé pendant la crise.

<sup>136</sup>APM *Jean François Mattei devrait annoncer la création de lits de médecine gériatrique aigue*, le 2 Septembre 2003.

<sup>137</sup>L'étude de l'imputation des charges entre le budget général et les budgets annexes a requis de la part du Directeur des Finances et du Directeur délégué, plus d'une année de travail.

<sup>138</sup>GAUDILLIER M. La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD au centre Hospitalier William Morey de Chalon sur Saône. Mémoire d'Elève Directeur d'hôpital. Décembre 2002, ENSP.

<sup>139</sup>Evaluation du montant de cette opération de « sincérité des comptes », reprise par l'ARH et le Conseil Général.

l'assurance maladie du budget H vers les budgets annexes, ouvre donc des possibilités de financement de mesures nouvelles pour le budget H<sup>140</sup>.

Or le conventionnement doit être l'occasion de rééquilibrer définitivement la « section soins » du budget des établissements. La Circulaire du 27 Novembre 2001 relative entre autres au traitement de l'excédent de la section soin prévue à l'article 30 modifié du Décret n°99 – 316 ( dit « clapet anti – retour »)<sup>141</sup> prévoit différents modes de rééquilibrage de la section soins, dont : le financement par la partie relevant de l'assurance maladie des opérations auxquelles l'établissement peut participer au titre de la mise en place soit d'une filière de soins en gériatrie, soit d'actions inscrites au Schéma départemental gérontologique ou au Plan démence. Elle prévoit aussi le financement d'un accroissement de capacité de l'établissement ou de la médicalisation de places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. La mesure de rééquilibrage de la section soins concernant la mise en place de la filière a eu l'agrément des interlocuteurs de l'établissement, notamment l'ARH et l'Assurance maladie, concernées en premier chef par ce volet. Or, la seconde alternative de ce financement ne manque pas non plus d'intérêt pour un établissement, comme les HCC.

La convention quadripartite projetée et les hypothèses qu'elle intègre ont permis d'effectuer un travail important en interne pour fixer les priorités de ce financement (intégrées dès à présent dans le Rapport d'Orientation Budgétaire). Ces priorités sont en l'état définies comme suit. Elles seront détaillées dans les recommandations.

1. **la réorganisation de la prise en charge des patients SSR** (pour fonctionner avec 3 UF au lieu de 2) : + 2 IDE + 3 ASH et + 1 AS
2. **la création de 25 lits de Médecine Gériatrique comportant une unité d'évaluation et d'accueil gériatrique** : 25 ETP + 1 PH-
3. **l'extension de 12 à 20 places d'HDJ** (8 ETP + 0,5 PH)
4. **le regroupement et le développement du plateau technique** (création d'une salle d'échographie à proximité du court séjour)

---

<sup>140</sup>Si tentait soit il que cette part puisse être conservée par l'établissement et non récupérée par l'Assurance Maladie. En, l'état, le principe de la conservation de ces sommes au bénéfice de l'amélioration de la filière gériatrique des HCC a été acté entre les acteurs

<sup>141</sup>Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/DSS-1A/MARTHE n°2001-569 du 27 Novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n°99-316 ( dit clapet anti retour).

### **Tableau n° 5 : Les priorités définies par la Note sur l'évolution du CPA**

- La création d'un EHPAD par fusion des lits de SLD et des lits de la maison de retraite<sup>142</sup>

Cette fusion administrative s'inscrit dans la continuité de la fusion financière, celle des budgets annexes de la maison de retraite et des soins de longue durée, avec la création d'un tarif unique d'hébergement et d'un nouveau tarif dépendance<sup>143</sup>. Cette fusion fut une démarche délicate à conduire vis-à-vis des résidents et de leurs familles. En effet, la qualité des dispositifs d'accueil des patients n'est pas comparable entre la maison de retraite et les SLD, qui disposent de locaux rénovés<sup>144</sup>. De plus, la répartition des groupes iso ressources entre ces deux types de lits (sanitaire et médico sociale) met en lumière la différence de clientèle toujours aussi significative entre le service de soins de longue durée, (pour 155 présents, le GIR moyen pondéré s'établit à 866) et la maison de retraite (pour 174 présents, le GIR s'établit à 426<sup>145</sup>). Or la réforme de la tarification encourage les établissements sanitaires gérant ce type de structure à amorcer une réflexion sur le type de clientèle qu'ils recevront à terme dans leur EHPAD et sur les soins qui y seront dispensés. Or, les établissements hospitaliers conservent un rôle particulier dans l'accueil des personnes âgées, de par les garanties spécifiques qu'ils apportent en raison de la présence continue de praticiens hospitaliers et de personnels soignants formés. Le Programme de médicalisation des EHPAD n'étant pas encore financé, la convergence annoncée des structures d'hébergement hospitalière et non hospitalière est retardée, de fait une répartition des clientèles s'instaure de façon informelle.

Les EHPAD autonomes accueillent les patients les moins dépendants, alors que les EHPAD annexés aux EPS accueillent les patients les plus dépendants<sup>146</sup>. Cette répartition informelle a été actée dans les négociations pour le conventionnement, les HCC s'engageant à accueillir une majorité de patients relevant des GIR 1 et 2.

---

<sup>142</sup>Instruction DHOS/F2/2003 N° 332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite.

<sup>143</sup>Le Conseil général du Haut Rhin est un des seuls départements en France à allouer aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes une dotation globale de dépendance sur la base d'un GMP de l'ensemble de sa clientèle.

<sup>144</sup>La démarche d'homogénéisation devrait conduire en 2008, à l'édification d'un nouvel établissement pour l'EHPAD.

<sup>145</sup>Ces chiffres ont été validés par la Commission Départementale de Coordination Médicale du 4 juillet 2002.

<sup>146</sup>Selon Mme Blanchard, cette répartition est déjà constatée au niveau de la CNAMTS.

Des nombreux avantages découlent de cette fusion des lits :

- l'unification du champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes du point de vue de la tarification et de la planification
- la simplification de la gestion
- la mise en œuvre d'un projet commun sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur unique
- une plus grande équité dans l'allocation des ressources au sein de la structure en particulier en terme de personnel médical et paramédical

La fusion des entités permet d'anticiper la redéfinition des USLD<sup>147</sup>, prévue par l'article 23 –IV de la Loi du 24 janvier 1997 en prévoyant en interne un modèle possible d'évolution de ces lits, mais surtout en homogénéisant progressivement les pratiques entre l'USLD et la maison de retraite, afin de dégager un modèle type de soins dispensés en EHPAD.

La création à court terme de l'EHPAD et les moyens supplémentaires dégagés lors de cette opération, pour financer des mesures sanitaires nouvelles contribue aujourd'hui à rendre possible la mise en œuvre d'une nouvelle politique gérontologique locale.

### **Recommandation n°1 : Créer un Centre d'Accueil et d'Evaluation Gériatrique (court séjour gériatrique)<sup>148</sup>**

La circulaire du 18 mars 2003 conseille aux établissements, siège de SAU, de mettre en place un court séjour gériatrique. L'amélioration de l'accueil des personnes âgées aux urgences est l'objet d'une réflexion menée dès les années 80, par des Hôpitaux Universitaires, comme l'hôpital Bichat<sup>149</sup> ou encore les Hôpitaux Universitaires

---

<sup>147</sup>Document de la FHF, *L'avenir des soins de longue durée, les conventions à clapet anti retour et l'Instruction du 13 janvier 2003 sur la réforme de la tarification : quoi de neuf ?* Février 2003

<sup>148</sup>Cette recommandation intègre une partie du travail qui avait été effectué, dans le cadre de la préparation du dossier CROSS pour la création d'un court séjour gériatrique. Il a été décidé, in fine de ne pas procéder à une création nette de service, mais à installer des lits qui étaient autorisés dans le programme d'établissement.

<sup>149</sup>LAMORTHE C. Service de gériatrie aigue de Bichat : un accueil «privilegié». *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp. 31-32.

de Strasbourg, confrontés très tôt au problème du vieillissement des patients accueillis en MCO, et à la difficulté de leur trouver des lits d'aval.

Or, cette création d'une unité de court séjour est une démarche qui doit rester à notre sens singulière et non standard. Elle ne saurait devenir une recette reproductible dans tous les établissements, pour «régler le problème de l'accueil des personnes âgées ». L'implantation d'un tel service doit en effet, tenir compte de tous les paramètres d'un établissement (locaux, programme d'établissement, compétences des personnels), de son environnement et de l'ensemble des discussions menées avec les praticiens concernés (notamment sur les critères d'admission<sup>150</sup> des patients dans ce service et sur ses futures missions)

Ce projet de création d'un Centre d'Evaluation et d'Accueil Gériatrique de 10 lits est aujourd'hui bien avancé. Ce dispositif expérimental voir transitoire permettra d'éprouver les nouvelles procédures d'orientation et d'accueil des patients âgés aux HCC, entre le service des urgences et ce nouveau service, avant qu'il n'intègre une véritable unité autonome de 25 lits, à la fin des travaux aux Lilas.

La pertinence de ce dispositif : trois « clans » de spécialistes s'affrontent à ce sujet :

Les urgentistes considèrent que l'accueil des personnes âgées au SAU est satisfaisant, si ce n'est les difficultés posées, parfois, par l'absence de lits d'aval. Ces médecins requièrent toutefois, qu'un certain nombre de lits leur soient réservés au CPA et ce, en plus des lits - porte déjà disponibles pour l'accueil temporaire de patients qui devraient regagner leur domicile, en moins de 72h<sup>151</sup>. Ils n'évoquent pas pour autant l'opportunité de travailler sur un contrat de liaison, pour réguler cette situation.

Les médecins gériatres de l'établissement mettent, eux, en avant à ce sujet, l'exercice actuelle d'une médecine gériatrique aigue au CPA, soit lors d'épisodes aigues pour les patients de la maison de retraite ou du SSR, qui ne sont pas transférés sur le site de Pasteur, soit lors de l'admission directe de patients adressés par les médecins de ville, que les gériatres suivent dans le cadre de l'Hôpital de jour et chez qui ils ont décelé la

---

<sup>150</sup>La définition des critères d'admission sera au centre des discussions pour la mise en place de la fédération de gérontologie clinique.

<sup>151</sup>Etude menée par le surveillant du service des urgences par un relevé sur une période de trois semaines

nécessité d'une hospitalisation<sup>152</sup>. La mise en place du court séjour ne consacrerait donc dans ce cas, qu'une situation préexistante et permettrait aussi par la même d'octroyer les moyens nécessaires à cette prise en charge (en terme de ratios de personnel et de consommables médicaux).

Enfin, les praticiens de médecine E considèrent eux, que la médecine gériatrique d'urgence est déjà portée, dans l'établissement, par leur service,. Ils craignent qu'une « sélection » des patients s'opère aux urgences, si ce court séjour était crée, seuls les cas les plus lourds et donc les plus délicats étant transférés dans leur service, les autres cas étant dirigé vers cette nouvelle unité, qui viserait à faire regagner aux patients leur domicile.

Or ces trois acteurs sont les acteurs majeurs de la prise en charge de la personne âgée aux HCC, ce qui explique la réflexion menée corollairement par la direction sur la mise en place d'une fédération de gériatrie clinique, qui les associerait tous dans la même entité (Cf. : Recommandation n°3) et les discussions en cours sur les critères d'admission. La cotation de cette facilité de mise en œuvre de la fédération de gériatrie clinique est étroitement liée, à l'implantation et à la réussite de l'unité de médecine gériatrique. Or, cette réussite tient à la réponse adaptée qu'elle apportera à un besoin, exprimé par l'ensemble des institutions médico sociales et/ou des praticiens du secteur sanitaire et par les moyens dont elle disposera pour réaliser ses objectifs, grâce au temps médical dédié et à l'accompagnement médico – social organisé, notamment.

### Où localiser ce Centre d'Accueil et d'Évaluation des personnes âgées ?

La pertinence de ce projet est en grande partie liée à sa localisation. Une alternative se présente : une localisation sur le site de l'hôpital Pasteur, à proximité de l'ensemble du Plateau technique ou une localisation sur le site du CPA, avec des moyens d'explorations, plus réduits ( échographe et radiologie conventionnelle), mais des locaux adaptés ( insuffisance de place à Pasteur).

Or, cette question de la localisation rejoint celle de la définition des missions de cette unité : est ce que cette unité va offrir une prise en charge médicale, avec une partie « diagnostic » importante ou l'effort portera t'il plus particulièrement sur l'évaluation médico sociale<sup>153</sup> (cet élément constituerait un facteur de différenciation déjà important avec le service de médecine E).

---

<sup>152</sup>Entretien avec le Docteur Hild, chef de service de gériatrie

<sup>153</sup> Entretien avec Mme Boiron et avec Mme Fourrière, Chef de service de l'Information médicale

La localisation choisie, sur le site du CPA et dans le bâtiment des Lilas rénové, correspond donc à un projet médical particulier. Cette localisation est complétée par la décision de faire fonctionner cette unité 24h/24, comme un service de médecine classique. L'éloignement du site de Pasteur conduira à certes intégrer au projet le coût du transport des patients sur le site de Pasteur pour les examens complémentaires. Mais, au vu des éléments d'informations réunies sur une expérience similaire (l'implantation du court séjour au GHPCA), ces transports ne constituent pas in fine un surcoût significatif, pour la prise en charge médicale.

L'implantation de la structure au CPA garantit donc au projet : des locaux neufs et adaptés, la présence d'une équipe médicale spécialisée et le renforcement du suivi médico social.

#### Selon quelles modalités va être créée cette activité et comment sera-t-elle financée ?

Au niveau de la réflexion interne, il avait été envisagé, dans un premier temps, de soumettre au CROSS une demande de création de lits pour cette activité de médecine gériatrique. En effet, même si un certain nombre de lits autorisés mais non installés figuraient encore au programme d'établissement ; d'autres projets de service apparaissaient alors comme primant sur celui-ci, notamment la mise en place d'une stroke team, portée par le service de neurologie, qui à elle seule devait mobiliser 30 lits de médecine. Or, l'implantation du court séjour est une préoccupation ancienne et elle figure, à l'inverse de la stroke team, dans les engagements contractés par l'ARH dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens (Fiche synthétique d'objectif opérationnel n° 6).

Cet engagement, combiné au financement rendu possible par l'opération de sincérité des comptes et à l'impératif de réorganisation de l'accueil des personnes âgées a conduit la Direction à privilégier cette création de service de 25 lits de médecine gériatrique aux dépens du projet de la neurologie. De fait, l'établissement ne requerra pas une autorisation d'activité en CROSS.

Ce projet emporte des conséquences importantes en terme de personnel, telles que détaillées dans le tableau qui suit. Mais, il permettra dans le nouveau bâtiment des Lilas de profiter des synergies avec les unités de SSR, et d'envisager la création de postes d'internes pour la gériatrie.

	Evaluation des besoins en personnel (par grade et en ETP) pour fonctionnement 24h/24h	Proposition d'utilisation des postes et des redéploiements d'agents	Incidences budgétaires
Création du Centre d'Evaluation et d'Accueil Gériatrique (CEAG)	Médecin : + 0,5 Neuropsych : + 1 Cadre : / IDE : +4 AS : +4 ASH : + 1 Ass Soc. : +1 Erg : +1	Postes à créer sur le budget H et à proposer en priorité aux agents occupant les postes gelés pendant la réalisation des travaux aux Lilas	Mesure nouvelle inscrite au BP 2004

## **Recommandation n°2 : Créer une instance de coordination et d'animation de la filière de gériologie clinique**

Le Schéma Directeur de Gériatrie mentionne comme priorité la création d'une fédération de gériologie clinique, volet complémentaire de la création du Centre d'Evaluation et d'Accueil Gériatrique. Cette création est suggérée par la Direction, elle ne reprend pas une demande directe des acteurs et ne recouvre pas des coopérations informelles préexistantes<sup>154</sup>. Cette création ex nihilo devrait permettre de coordonner la multiplicité d'acteurs internes impliqués dans la prise en charge des personnes âgées : le service des urgences, le CPA (volet EHPAD, et volet HdJ), la médecine E, mais aussi de beaucoup d'autres services qui pourraient potentiellement figurer dans son périmètre (ainsi le service de médecine D, ou encore le service de médecine C). Or, on peut se demander si ce cadre juridique répond au besoin de coordination ou si d'autres formes ne pourraient pas être sollicitées à cet effet (par exemple, un Comité de coordination).

En fait, est ce qu'une forme prédéfinie, quelle qu'elle soit n'apporterait pas une rigidité inutile à un dispositif expérimental, d'autant qu'il s'agit d'une prise en charge gériatrique?



Ainsi, la fédération de services, par exemple est strictement définie à l'art. L.6146-4 du CSP, elle peut répondre à quatre types d'objectifs :

1. soit le rapprochement d'activités médicales complémentaires
2. soit une gestion commune des lits ou des équipements
3. soit un regroupement des moyens en personnels
4. voir à la réalisation de plusieurs de ces objectifs

L'hypothèse du regroupement des moyens en personnels étant strictement écartée par les personnalités compétentes (Direction des Soins Infirmiers et Direction des Ressources Humaines), car ne constituant pas un argument pertinent pour encourager les personnels à travailler auprès des personnes âgées, celle de la gestion commune des lits ou des équipements étant peu envisageable en raison de la dispersion des sites, seule l'hypothèse du rapprochement des activités médicales légitimerait la création d'une fédération de gériatrie clinique. Or, si ce rapprochement est au centre du dispositif, il est aussi en lui-même générateur de questions. Le rapprochement implique la connaissance préalable de la spécificité des domaines d'intervention de chaque service, or quelle sera la spécificité du service de médecine gériatrique par rapport au service de médecine E, par exemple ? Quels patients accueillis aux urgences seront préférentiellement dirigés vers le service de médecine gériatrique ? Cette définition des critères d'orientation des patients est délicate, et implique une réflexion importante de la part des praticiens, sur le rôle que sera appelé à jouer sa structure et (Tableau n° 6 : les critères d'admission des patients unité de court séjour gériatrique).

---

<sup>154</sup>Au contraire, les services du CPA ont pendant de très nombreuses années étaient isolés par rapport à l'ensemble des autres services de l'établissement, de par leur mode de fonctionnement, d'abord et ensuite de par leur clientèle.

On distingue dans les critères d'admission, deux séries de critères : les critères positifs (aussi appelés d'inclusion : parce que le patient a telle ou telle pathologie, sa prise en charge relève de tel ou tel service) et les critères négatifs (aussi appelés d'exclusion : la prise en charge de tel patient est trop lourde pour pouvoir relever d'un service qui ne dispose pas de l'ensemble des moyens nécessaires, pour lui offrir un traitement adapté. Cette notion renvoie pour partie à la déontologie médicale.)

- Critères d'inclusion :

- patient, présentant un profil gériatrique marqué (polypathologie et dépendance) et dont la pathologie principale est déjà connue et diagnostiquée (insuffisance rénale, cancer, ..)
- patient nécessitant une évaluation médico- sociale complète

- Critères d'exclusion :

- le patient est placé sous monitoring, et/ou ses constantes sont surveillées par des appareils (le patient doit faire l'objet d'une surveillance continue en soins intensifs ou réanimation)
- le patient doit faire l'objet d'un bilan clinique complet (sans réelle nécessité d'une évaluation médico sociale). La cause première de l'hospitalisation est un motif médical, une complication (le patient sera plutôt dirigé vers le service de médecine E, aux HCC).

Ces critères ne sont pas exhaustifs, ils ne constituent pour l'instant qu'une trame de discussion élaborée avec la Directrice des Soins, Mme Boiron.

**Tableau n° 6 : Les critères d'admission dans le service de médecine gériatrique aigue.**

Il apparaît plus pertinent de se demander quels seraient les besoins des praticiens en terme de coordination et d'en déduire quel type d'organisation adopter. La coordination doit permettre de faire émerger un corps de compétence spécifique pour le Centre d'Evaluation et d'Accueil Gériatrique, d'assurer le respect des critères d'admission qui auront été prévus, par les urgentistes ; de réunir les praticiens des différents maillons de la prise en charge gériatrique pour qu'ils se mettent d'accord sur la trajectoire et les soins les plus appropriés pour les patients.

En fait, la coordination est surtout nécessaire dans la phase « amont » du projet, elle implique un travail important de la part des praticiens pour définir les protocoles de prise en charge des patients âgés aux urgences, ceux dédiés au suivi de leurs progrès dans les services vers lesquels ils seront dirigés ou encore aux modes d'évaluation de la dépendance. Cette démarche est comparable à celle menée dans le Comité plénier, de l'AHDC

Or, cette coordination n'implique pas forcément un dispositif pérenne, qu'il soit décliné sous la forme d'une fédération de services ou encore d'un Comité de Concertation

multidisciplinaire. De plus, un dispositif qui a pu se révéler utile pour telle ou telle spécialité ne se révèle pas forcément nécessaire pour une autre spécialité. Ainsi, la mise en place de fédérations en Biologie ou en Chirurgie aux HCC cherchait avant tout à profiter des synergies en terme d'équipements ou de mobilité des personnels qu'ont ces secteurs (ainsi la gestion du bloc opératoire, pour la chirurgie, par exemple). La création d'un Comité de concertation pluridisciplinaire en cancérologie visait, elle, à offrir un espace de discussion et de décision aux multiples acteurs de la cancérologie et à définir collectivement quel protocole de traitement apparaissait comme le plus adéquat pour le patient.

Or, la gériatrie relève elle de critères et de fonctionnements, beaucoup moins « protocolisables » que la cancérologie ou que tout autre type de spécialité, car elle comprend une forte composante médico – sociale ; « la gériatrie est une discipline du « sur- mesure » du traitement qui sera offert au patient, alors que la cancérologie, en raison de la multiplication des traitements standards relève plus du « prêt-à-porter<sup>155</sup> ».

L'ensemble de ces éléments nous encourage à privilégier une instance de coordination souple entre ces services pour organiser l'orientation des patients et leur circulation entre les différents maillons. Un groupe de travail sera constitué en amont, pour travailler sur les critères d'admission, mais il ne sera pas pérennisé. Par contre, on peut envisager pour la gestion du service de court séjour, une chefferie polycéphale; où seraient par exemple associés, le médecin chef du Centre pour les Personnes Agées et les autres praticiens concernés. Cette chefferie symbolique<sup>156</sup> permettrait la réunion annuelle, au moment de l'examen du rapport de Gestion et des rapports d'activités, de l'ensemble de ces intervenants, et pourrait leur permettre d'évaluer le dispositif et de proposer de nouveaux projets ou des axes d'amélioration.

### **Recommandation n°3: Proposer une politique homogène de lutte contre la dépendance des personnes âgées dans les services MCO**

Cette exigence d'homogénéisation des comportements soignants dans la lutte contre la dépendance doit inspirer une politique globale de diffusion des bonnes pratiques

---

<sup>155</sup>Entretien avec Mr Fouchet, Directeur du site du CPA.

<sup>156</sup>La chefferie de service du court séjour gériatrique sera confiée à un gériatre intervenant au CPA, et disposant de compétences multiples.

gériatriques dans les services MCO, sous la houlette de la Direction des Soins et de la Commission Médicale d'Établissement. Cette homogénéisation répondra aussi à une tentative de rétablir l'égalité de traitement entre les personnes âgées accueillies dans les services de court séjour de Pasteur. Ces bonnes pratiques professionnelles peuvent s'élaborer en interne, grâce au travail conjoint des praticiens et des soignants, en intégrant un ensemble d'éléments propres à l'établissement (comment solliciter un rééducateur dans un service de court séjour, qui consulter pour des problèmes d'insuffisance urinaire ou comment la prévenir dans les services de court séjour, etc.).

Or, comment se diffusent des bonnes pratiques ? :

- lors de séminaires de formation organisés, soit en interne, soit par des prestataires extérieures, la diffusion de ces pratiques sur l'ensemble de l'établissement impliquant l'inscription d'une action spécifique dans le Plan de formation de l'établissement.

- grâce aux conseils de personnes référentes, dans un domaine prédéfini. Ainsi, dans le domaine des « plaies et des escarres », un des gériatres de l'établissement, le Docteur Michel a créé un groupe réduit, qui intervient, à la demande, dans les services de MCO, sur ce thème précis, pour des patients qui rencontrent ce type de problème. Ces interventions peuvent avoir lieu aussi bien en neurologie, qu'en réanimation, ou encore en diabétologie. Cette action « plaies et escarres » ressemble aux démarches menées par des équipes mobiles de gériatrie dans certains établissements, mais limitée à un pan seulement de cette problématique globale.

- grâce aux actions dans les services, d'une équipe mobile de gériatrie. Cette équipe, outre la réalisation de l'évaluation médico sociale des patients, veillera à présenter aux soignants des services et aux urgentistes les protocoles qu'elle met en œuvre. Cette équipe aura donc un rôle de formateur interne, en la matière.

Une action combinée par ces trois voies de diffusion devrait donc permettre au personnel, de se mettre à niveau dans son ensemble, dans le domaine des soins gériatriques, et ce alors même que tous les services deviennent peu à peu gérontosensibles.

## **Recommandation n°4 : Soutenir les EHPAD relevant du secteur sanitaire n°3 dans la structuration de leur politique médicale**

De nombreux établissements du secteur sanitaire qu'ils soient des Hôpitaux locaux ou des maisons de retraites autonomes sont actuellement en train de négocier leur convention avec leurs interlocuteurs publics locaux (DDASS et Conseil Général). Or ce conventionnement implique la désignation d'un médecin coordonnateur de la structure, responsable de la politique médicale de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes<sup>157</sup>, leur généralisation constituant d'ailleurs la contribution la plus importante de cette réforme à l'amélioration de la qualité<sup>158</sup> de la prise en charge. Or, à l'instar d'autres régions<sup>159</sup>, les établissements alsaciens rencontrent des difficultés pour recruter des professionnels compétents sur cette nouvelle mission. En effet, elle implique un changement important de philosophie pour des établissements, qui recourraient jusqu'alors presque uniquement à des prestataires extérieurs, pour assurer les soins de leurs résidents. L'instauration d'une permanence médicale et l'initialisation d'une évaluation homogène des patients portées par le même médecin, salarié de la structure, affecteront durablement les modes d'exercice des praticiens extérieurs qui y interviendront.

Or cette difficulté pour les EHPAD à trouver des professionnels compétents pour remplir cette nouvelle mission, conjuguée à une politique régionale de mise en place de réseaux pourrait rencontrer la préoccupation des HCC quant à l'organisation de sa filière gériatrique et notamment quant à la structuration de l'accueil des personnes âgées aux urgences. En effet, on peut imaginer des coopérations « renforcées » entre ces structures et les HCC pour assurer la coordination médicale, sans que cela ne constitue une politique « impérialiste » de la part de l'hôpital général, mais au contraire, une réponse à un besoin concret. Les gériatres de l'établissement pourraient par exemple être mis à la disposition de ces EHPAD pour assumer ces missions, une demi journée voir une journée

---

<sup>157</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Annexe II

<sup>158</sup> VETEL JM, DOURTHE Ch., *Le médecin coordonnateur en EHPAD*. Techniques Hospitalières-Septembre 2000. N° 649, pp. 40-44.

<sup>159</sup> MASSONAT G., *La mise en place du médecin coordonnateur en EHPAD pour la région Rhône Alpes*. Mémoire présenté pour les IASS, Septembre 2002.

par semaine<sup>160</sup>. Cela garantirait à ces EHPAD, la qualité de l'intervention auprès de leurs patients, et la diffusion auprès de leurs personnels soignants des derniers protocoles en vigueur, en gériatrie. Le médecin coordonnateur hospitalier pourrait aussi encourager la formation de ces personnels en la mutualisant entre plusieurs petits établissements.

Cette organisation offrirait aux Hôpitaux Civils de Colmar une voie possible d'amélioration de l'accueil des patients âgés aux urgences, en prévenant notamment la survenance de cette situation. En effet, une partie des admissions en urgence des personnes âgées est le fait de patients provenant de ces structures (20 à 30%). Aussi, en accompagnant les résidents de ces établissements sur place, le médecin hospitalier pourra déceler les signes avant-coureurs d'une décompensation, chez tel ou tel patient et ainsi organiser son admission dans le Centre d'Accueil et d'Évaluation Gériatrique, par exemple, sans que le patient n'est à se présenter au SAU de l'établissement.

La multiplication de collaborations croisées de ce type permettrait donc de réduire de façon notable une des voies classiques de l'accès aux urgences, elle contribuerait ainsi à l'amélioration globale de la prise en charge des personnes âgées dans le secteur sanitaire.

### **Recommandation n°5 : Répondre aux demandes de prise en charge de patients atteints de maladie d'Alzheimer en s'appuyant sur les hôpitaux locaux.**

L'hôpital de Jour des HCC, en matière d'évaluation cognitive et de bilan pour la réadaptation, est comme nous l'avons déjà souligné, victime de son succès en terme d'affluence<sup>161</sup>. Avec une augmentation de son activité de plus 30% depuis sa création, la structure hospitalière ne pourra plus répondre à moyen constant à l'ensemble des besoins, alors même qu'en matière de diagnostic de la maladie d'Alzheimer l'action des HCC est complétée, sur le secteur, par celles du CH de Rouffach et du GHPCA. Or la prise en charge de la maladie d'Alzheimer comprend plusieurs volets : un volet diagnostic, « sous la responsabilité d'une équipe expérimentée mobilisant des compétences

---

<sup>160</sup> Cette nouvelle organisation impliquerait de recruter au niveau des HCC, un PH temps plein en gériatrie. Son traitement pourrait être couvert par le paiement des prestations de coordination assurées pour le compte des structures EHPAD et organisé par voie conventionnelle.

<sup>161</sup> Cf. : Partie 1, point B.1 « L'hôpital de jour de gériatrie »

pluridisciplinaires<sup>162</sup> » et un volet de prise en charge, souvent de nature occupationnelle, et relevant donc du secteur médico social (places d'accueil de jour).

Sur le plan diagnostic, seuls les HCC et les deux autres structures existantes<sup>163</sup> peuvent se prévaloir des compétences nécessaires et à ce titre requérir des moyens pour augmenter leur volume d'activité. Les HCC ont, à cet effet, sollicité dans le cadre du ROB 2004 des moyens supplémentaires pour augmenter leurs possibilités d'accueil en HdJ, de 12 à 20 places. Mais l'arbitrage interne effectué en accord avec le chef de service du CPA s'accorde à faire de la création du CEAG la priorité aux dépens de l'HDJ.

En matière d'accueil de jour<sup>164</sup>, les HCC s'appuient sur les prestataires extérieurs, dont l'APA (Association pour l'Autonomie), association locale qui joue un rôle déterminant dans ce domaine. Mais les HCC pourraient aussi initier une démarche globale de prise en charge de la maladie d'Alzheimer, sur le secteur. En effet, en tant que représentant de l'hôpital de référence du secteur sanitaire n° 3, le Directeur des HCC anime la Conférence sanitaire de Secteur. Celle-ci a été jusqu'alors un puissant levier pour mutualiser des moyens entre les établissements du secteur (Equipe de Soins Mobiles et Palliatifs, Equipe inter – hospitalière d'hygiène), elle reste un lieu privilégié de discussions entre les établissements hospitaliers qu'ils soient CHS, CH ou Hôpitaux Locaux. Or, cette politique globale de prise en charge de la maladie d'Alzheimer pourrait reposer sur un engagement des Hôpitaux Locaux ou de CH moins importants, à développer des places d'accueil de jour, voir pour certains à mettre en place un centre de consultations gériatriques de proximité, dans leurs structures.

Le développement de structures d'accueil de jour dans les Hôpitaux locaux permettrait d'offrir une prise en charge adaptée pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui soit sont résidents dans une maison de retraite<sup>165</sup> gérée par l'établissement, soit vivent encore à domicile à proximité de ces établissements, grâce au soutien de leurs familles, et qui seraient dirigés vers ces structures par la cellule

---

<sup>162</sup>Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/n° 2002/222 du 16/04/2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

<sup>163</sup>FNORS (Fédération Nationale des observatoires régionaux de la santé) et Fondation Médéric Alzheimer, *Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et de troubles apparentés) et sur l'aide aux aidants*. Décembre 2002.

<sup>164</sup>Recommandations du Pôle vieillesse de la FHF sur la création, médicalisation ou extension d'un accueil de jour pour personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer

<sup>165</sup>Tableau n° 4, Deuxième Partie.

d'orientation des Pôles gérontologiques. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la Circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local mais aussi dans le cadre de la politique en matière de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. La Conférence sanitaire est le lieu adéquat pour présenter cette politique aux autres acteurs de la politique gérontologique locale et pour permettre qu'elle soit retenue comme une priorité. Les Hôpitaux Civils de Colmar pourront prendre à leur charge le travail de définition et d'évaluation du cadre juridique de cette nouvelle politique.

Cette initiative sera complétée par un volet sur l'implantation de consultations gériatriques de proximité en relation avec un Centre Expert. Ces consultations assureront un diagnostic de qualité et de proximité et faciliteront la coopération et l'échange de connaissances avec la communauté locale de médecins libéraux. Ces implantations sont envisageables actuellement à Guebwiller et à Ribeauvillé.

Ainsi, le CH de Guebwiller (établissement sous direction commune avec les HCC) a présenté aux autorités sanitaires un projet de « création d'un Hôpital de jour partagé de 10 places ». Celui-ci précise que la prise en charge des patients sera assurée en étroite collaboration avec : « l'hôpital de jour de médecine gériatrique du CPA à Colmar pour la prise en charge de certaines pathologies requérant la présence sur site de professionnels et de spécialiste dans l'hôpital de Guebwiller ne pourra pas disposer » et avec « des psychiatres du Secteur 4 du Centre Hospitalier de Rouffach, notamment pour l'évaluation des fonctions cognitives ». Cette implantation d'une consultation gériatrique à Guebwiller garantira aussi aux autres membres du Syndicat Interhospitalier du Florival et de la Harth (Ensisheim, Issenheim et Sultz) un accès plus rapide de leurs patients à des méthodes performantes de diagnostic.



**Tableau n° 7 : Evaluation de la facilité de mise en œuvre des recommandations**

<b>Recommandations</b>	<b>Echéancier</b>	<b>Facilité de mise en oeuvre</b>	<b>Moyens nécessaires</b>
N°1 : Créer un Centre d'Accueil et d'Evaluation Gériatrique	1ere phase : 2004 (10 lits) 2eme phase : 2008 (25 lits)	3 Certes, moyens importants à obtenir mais sommes dégagées lors des négociations	- personnels (méd.et non méd.) - consommables médicaux - ens. moyens d'un service MCO.
N°2 : Créer une instance de coordination et d'animation de la filière de gériologie clinique	2004 - 2005	2 démarche interdépendante de la réalisation de la 1ere recommandation	- temps médical pour assurer les fonctions de coordination et d'animation
N°3 : Proposer une politique homogène de lutte contre la dépendance des personnes âgées dans les services MCO	2005 En inscrivant cette politique dans le Projet de Soins du futur PE	4	-temps de formation -moyens de soutiens en logistique (porte malades, etc.)
N°4 : Soutenir les EHPAD relevant du secteur sanitaire n°3 dans la structuration de leur politique médicale	2004-2005 après signature de notre propre convention	1	-cette démarche nécessite un accord avec des partenaires extérieures, il est très difficile de maîtriser ces éléments
N°5 : Répondre aux demandes de prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en s'appuyant sur HL	2005	2	-autorisation de ces activités dans ces structures -extension autorisation HDJ HCC

## CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale doit aujourd'hui, au plan local et national, s'émanciper d'une approche compassionnelle<sup>166</sup> et familiale pour acquérir le statut d'une politique globale.

L'instauration de l'allocation personnalisée à l'autonomie, en 2001<sup>167</sup>, a permis de doter la politique vieillesse française, d'un cadre de référence global. Aussi critiquable soient ses fondements<sup>168</sup>, cette allocation constitue la première étape nécessaire d'une démarche plus large : celle de rendre leur dignité aux personnes âgées qu'elles vivent à domicile ou en institution, encourager leur retour à domicile et surtout faire que leur non autonomie ne deviennent pas un facteur de ségrégation sociale.

Cette Loi ne pouvait atteindre son objectif sans la mise en œuvre intégrale d'un de ses volets : le conventionnement des EHPAD. Or, à l'heure actuelle, le gel des crédits alloués à la médicalisation de ces établissements hypothèque lourdement la réussite de la réforme et engendre malgré elle, la constitution d'un service d'hébergement à deux vitesses. En effet, les EHPAD, gérés par les établissements publics de santé ont mené un travail important de réflexion sur la médicalisation de leurs services d'hébergement et notamment sur la définition de son périmètre, par rapport à une prise en charge sanitaire. A l'inverse, la majorité des EHPAD autonomes, freinés dans leur démarche, par l'absence de moyens financiers et par les difficultés à trouver les personnels compétents pour assumer les missions de coordination rencontrent aujourd'hui des difficultés importantes<sup>169</sup>.

La difficulté se pose dans les mêmes termes pour le domaine sanitaire. La circulaire du 18 mars 2002 encourageant le développement de nouveaux dispositifs de prise en charge des personnes âgées en EPS ( court séjour gériatrique et équipe mobile de soins palliatifs) ne prévoit pas de financement spécifique (enveloppe fléchée ou montant de l'ONDAM affecté à ces mesures).

---

<sup>166</sup> Marie Eve Joël souligne dans un dossier du Monde Economie, daté du mardi 16 Septembre consacré au grand âge et à la protection sociale, que « les responsables des associations et des établissements médico-sociaux peinent à quitter le registre de la compassion pour celui d'une gestion imaginative ».

<sup>167</sup> Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>168</sup> ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance*. Dunod, Paris, 2002. 325p.

Or, la multiplication des lois et des recommandations ministérielles consacrées aux personnes âgées mais non financées, conduit les acteurs de terrain à douter de la valeur de l'engagement de la Nation, vis-à-vis de cette population . Bien que l'imagination conjuguée des directeurs d'établissement<sup>170</sup>, saluée par les professionnels, et de certains praticiens libéraux ait permis jusqu'alors de pallier l'absence de politique nationale en la matière ; elle ne saurait suffire, à terme, au vu des besoins considérables qui vont apparaître.

Aussi, l'apparition d'une politique nationale de soutien aux projets d'autonomie des personnes âgées doit reposer sur un financement pérenne qui garantira à cette politique, sa continuité, notamment à travers la création d'un «5eme risque<sup>171</sup> ». L'abolition du clivage artificiel : médico - social et sanitaire, au niveau du territoire de santé, devrait permettre de redonner aux acteurs une plus grande marge d'initiative, dans ce domaine sans que leur action soit perturbée par des contingences juridiques aux dépens des prestations de service et de l'organisation du maillage territorial. .

---

<sup>169</sup>Entretien avec Mr Dumoulin, DH, Directeur de l'hôpital local de Molsheim, Bas-Rhin.

<sup>170</sup>Entretien avec le Professeur Berthel. Il citait l'exemple du Directeur du Centre Hospitalier de Saverne (Bas Rhin), qui à partir des cuisines centrales de l'établissement, a structuré un système de portage des repas à domicile, pour les personnes relevant de son bassin de population.

<sup>171</sup>FHF. Pôle vieillesse et handicap *Note prospective d'étape Objet : Réflexions du secteur social et médico-social de la FHF sur la décentralisation et le « cinquième risque »*. 4 juin 2003.

---

## Bibliographie

---

### **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :**

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la Loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

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

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

Circulaire DH/FH3 124 du 20 février 1996 relative à la définition d'interventions visant à renforcer la motivation du personnel des EPS qui travaillent auprès des personnes âgées, à valoriser ce secteur et à le rendre plus attractif.

Circulaire MARTHE/DAS/DH – EO 4-AF 2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérées par les établissements de santé.

Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire DAS - RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001- 2005.

Circulaire DHOS/0 2/ DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/n° 2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n°2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Instruction DHOS/F2/2003 N°332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par les établissements de santé sous forme de budget annexes.

#### **ARTICLES :**

ASSOUS J., POLASTRON L., VAISSIERE – BONNET M – G. Les personnes âgées et nous : quel rôle dans la vie sociale. *Gestions hospitalières*. Mars 2003. pp.187-190.

BERTHEL M., HURLIMANN C., KUNTZMANN F., UNGERER C. Sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées : une enquête transversale en Alsace. *Santé Publique*. 1997, n° 4, pp. 413-423.

BRUTEL C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Economie et statistique*.2002, n° 355-356, pp.57-71.

BURDET A. Quel projet pour la gérontologie. *Gestions Hospitalières*. Janvier 1997, pp.17-18.

CHOUAID C., CHANSIAUX C., DESPOISSE J-M. , TEILLET L., ROGER P. Mise en place d'une unité d'accueil et d'orientation des personnes âgées dans un hôpital de court séjour : conséquences sur les filières de soins intra – hospitalières. *Santé publique*. 6eme année, n° 3, pp. 249-261.

COURSON J-P, MADINIER C. Recensement de la population 1999. La France continue de vieillir. *INSEE Première*. Novembre 2000, n° 746.

DAVERT C. La filière sous le regard juridique. *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp.36-38.

DEBROSSE D., ARBUZ G. Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? *Gestions Hospitalières*. Mars 2003, pp. 191-199.

DRUNAT O., FARALDI O., BESSEY D., LUTZLER P. Les filières de soins gériatriques. *La Revue de gériatrie*. Juin 1998, n° 6, pp. 527-531.

FOURRIERE M - J, MARCHAND P, SCHAFF D, GUSTIN P. Contractualiser pour responsabiliser. *Gestions hospitalières*, Novembre 2002, pp. 738-741.

HENRARD J - C. Le financement des soins de longue durée en Europe, *Actualité et dossier en santé publique*, Septembre 1997, n° 20, pp. 33-36.

HENRARD J – C. La santé au grand âgé, *Actualité et dossier en santé publique*, Septembre 1997, n° 20, pp. 2-10.

HOLSTEIN J., AUDO G., SAINT JEAN O. Charge en soins et dépendance : étude de la relation entre SIIPS et items de dépendance en services de moyen séjour gériatrique. *Gestions hospitalières*, Janvier 1997, pp. 24-28.

LEVY M. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : changement et/ou continuité. *Revue de droit sanitaire et sociale*. Juillet - Septembre 2002, n° 38, pp.424-464.

LUTZLER P, BIZIEN A, REINGEWIRTZ S, BERTRAND A, JAMOT M, CAUSEE D. Bref Panorama des réformes dans le domaine gérontologique socio sanitaire. *La revue de gériatrie*, 2002, N° 27, pp. 799-801.

MARTINEZ M. La filière sanitaire et sociale. *Revue Hospitalière de France*, Novembre – Décembre 2002, N° 489, pp. 44-48.

PAQUET M. Plan d'urgence pour la gériatrie. *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp. 21-24.

PAQUET M. Equipes mobiles de gériatrie, les nomades de l'hôpital. *Décideurs des maisons du troisième âge*. Mai 2002, n° 46, pp. 26-28.

PATTE D. Les enjeux de la coordination. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, Septembre 1998, n° 24, pp. 16-17.

PERIOT M - D. Comprendre la réforme des EHPAD. *Revue Hospitalière de France*. Juillet - Août 2002, n° 487, pp.70-76.

PELLERIN J. Quel est l'intérêt des concepts de « filières et de réseaux de soins » pour les établissements hospitaliers gériatriques ? *Courrier de l'évaluation en santé*. Juin 1999, n°15, pp.15-18.

POCH B., VETEL JM. Le malade d'Alzheimer et les structures de jour. *Techniques Hospitalières*. Septembre 2000, n° 649, pp.45-48.

PRADEAU F et MC, Intérêt des concepts « filières de soins » et « réseaux de soins » pour les établissements hospitaliers. *Gestions Hospitalières*. Octobre 1998, pp. 617-621.

PREVOST P., VUILLEMIN C., Comparaison des structures hospitalières et médico-sociales au moyen de « PATHOS », *La Revue de gériatrie*. Juin 1999, n° 6, pp. 457-468.

SCHWEYER F X. Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des Affaires sociales*, N° 4. Octobre - décembre 2001, pp. 115-121.

RIETSCH M - P, LUN N., BROGARD J - M, MANTZ J - M, BERTHEL M., KUNTZMANN F. L'admission des personnes âgées aux urgences médicales. Résultats d'une enquête prospective réalisée aux Hôpitaux Civils de Strasbourg. *Journal de médecine de Strasbourg*. 1991, pp.494-499.

VETEL J-M. La place des personnes très âgées à l'hôpital. *La Revue de Gériatrie*. Juin 1999, n°26, Tome 24, pp. 473-480.

VETEL J - M, DOURTHE. Le médecin coordonnateur en EHPAD. *Techniques hospitalières. Dossier Personnes Agées*. Septembre 2000, n° 649, pp. 40-44.

VETEL J - M, SALOM, DOURTHE. Avenir des soins de longue durée, avenir des filières de soins : un lien indissociable. *Techniques Hospitalières. Dossier Personnes Agées*. Septembre 2000, n° 649, pp.49-51.

VETEL J - M, LEROUX R., DUCOUDRAY JM. Redéfinition des missions du «long séjour » hospitalo requérance au long cours. *La Revue de Gériatrie*. pp. 470-472.

#### **OUVRAGES ET RAPPORTS :**

CREDES. *Enquête sur l'hospitalisation à domicile 1999-2000. Enquête 1992*. Site du CREDES. <http://www.credes.fr>

CREDES. *Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé*. Bulletin d'information en économie de la santé N° 66. Mars 2003.

BOURDELAIS P. La vieillesse : un regard historique et démographique. In *Handicap et vieillissement. Politiques publiques et pratiques sociales*. Les Editions INSERM. Chapitre 2. pp.29-41.

CARADEC V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Nathan Université, 2001. 127p. Sociologie 128.

CHABERT J, ENNUYER B, GRUNWALD D, GUCHER C, HAEHNEL P, JOEL M – E, *Vivre au grand âge. Angoisses et ambivalences de la dépendance. Essai*. Collection Autrement 2002.

ENNUYER B. *Les malentendus de la dépendance*. Dunod, Paris, 2002. 325p.

JAEGER C. (de). *La gérontologie*. PUF, 1999.127p. Que sais-je

NEHJJARI C, DARTIGUES JF, Cohorte Paquid : approche épidémiologique du vieillissement cérébral et fonctionnel, in *Vieillesse, santé, société*. Editions INSERM, 1996, pp.79-99.

LELLOUCH A. *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*. Editions Payot, 1992. 335p. Bibliothèque scientifique Payot



Rapport remis au Premier Ministre par Mme Guinchard- Kunsler *Vieillir en France : Pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie* – Septembre 1999.

Rapport remis au Ministre de la Santé par le groupe de travail « Territoire et Accès aux soins »- Avril 2003.

## **MEMOIRES :**

GAUDILLIER M. *La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD au centre Hospitalier William Morey de Chalon sur Saône*. Mémoire d'Elève Directeur d'hôpital. Décembre 2002, ENSP.

LESAGE A. *L'adaptation du projet d'établissement d'un hôpital à l'évolution des contraintes législatives. L'hôpital René Muret – Bigottini face à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes : adaptation du projet de soins et de vie*. Mémoire d'Elève Directeur d'hôpital. Décembre 2000. ENSP.

MARX S. *La coordination gérontologique : acteurs et enjeux. L'exemple de la Bourgogne*. Mémoire d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. Février 2001. ENSP.

MASSONAT G. *La mise en place du médecin coordonnateur en EHPAD dans la région Rhône Alpes*. Mémoire Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. Septembre 2002, ENSP.

MULLER A. *Un réseau en devenir. La coopération entre le court et le moyen séjour dans le Haut Rhin*. Mémoire d'Elève Directeur d'hôpital. Décembre 2002, ENSP.

## **AUTRES DOCUMENTS**

Ministère :

La révision des Schémas Régionaux d'organisation sanitaire. DIRECTION DES HOPITAUX. NOVEMBRE 1999.

FHF :

Pôle vieillesse handicap. *Quelques conseils pour vous aider à monter un dossier de création, médicalisation ou extension d'un accueil de jour ou d'un hébergement temporaire pour personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées.* Août 2003.

Pôle vieillesse handicap. *Note perspective d'étape : Objet : réflexions du secteur social et médico-social de la FHF sur la décentralisation et le « cinquième risque »,* 4 juin 2003.

La Lettre de la FHF. *Réforme de la tarification des EHPAD.* Numéro 5 - Mai 2002.

Dossiers de la Revue Hospitalière de France :

*Les réseaux et la coordination gérontologique. Vies Assises nationales du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées.* N° 2 – Mars - Avril 2000. pp.84-97.

*Filières gériatriques et coordination gérontologique. Assises du secteur social et médico-social. Colloque « Les personnes âgées, trait d'union entre sanitaire et social. ».* N°485-Mars – Avril 2002. pp.96-98.

*La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après. Assises du secteur social et médico-social. Colloque « Les personnes âgées, trait d'union entre sanitaire et social. ».* N°485-Mars – Avril 2002. pp.30-34.

*Pour une nouvelle éthique des soins de l'agé extrême. Assises du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées.* Mars- Avril 1998. n° 2, pp.254-261.

*Forum des professions de la gérontologie et du handicap, Numéro spécial.* Mars- Avril 2003. n°491.

*Radiographie d'une réforme. La loi du 2 janvier 2002.* Septembre –octobre 2002. n°488.

*La réforme de la tarification dans les EHPAD, un an après...* les entretiens de la FHF- Mardi 21 mai 2002.

### Ordre des médecins :

Intervention du Pfr Kuntzmann : Le 8eme jeudi de l'Ordre des Médecins, *Prise en charge de la dépendance : accompagnement sanitaire et social des personnes âgées*. Le 21 Septembre 2000. <http://www.conseil-national.medecin.fr>.

### ORSAL :

Fondation Médéric Alzheimer et FNORS, *Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et sur l'aide à leurs aidants*. ORSAL ; Décembre 2002.

ORSAL, Centre de Gérontologie des HUS, AGIRA, *Vivre la dépendance à domicile des personnes âgées, Cahier spécial*. Avril 2001.

Document de travail du COTRIM Alsace. *Les effets attendus du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière en Alsace*. Juillet 2002. pp. 30.

### Conseil général :

CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN, PREFECTURE DU HAUT RHIN, Schéma Gérontologique départemental : Bilan et perspectives de l'action gérontologique dans le Haut Rhin. 1998

CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN, Guide pratique d'informations pour les retraités. Le Pôle gérontologique du canton de Wintzenheim. 2002.

CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN, Observatoire haut rhinois de l'Action sociale, Situation et besoins des personnes âgées et de leurs aidants dans le Haut Rhin. Mai 1997.

CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN, Synthèse des actions réalisées Pôle par Pôle entre 1992 – 1999. Septembre 2000

### Documents internes :

Schéma Directeur de gériatrie des Hôpitaux Civils de Colmar, avril 2002.

Projet d'établissement 2000 -2005

Contrat d'objectifs et de moyens 2001-2005 conclu entre les HCC et l'ARH

SROS Alsace.

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE I** : Présentation Générale des HCC
- ANNEXE II** : Présentation du Centre pour Personnes Agées
- ANNEXE III** : Programme architectural du CPA
- Non publiée**
- ANNEXE IV** : Implantation des Hopitaux Locaux – Secteur n° 3
- non publiée**
- ANNEXE V** : Document de suivi de la mise en oeuvre du programme  
**non publiée** d'actions pour une mise en valeur du travail au CPA

# ANNEXE I

## PRESENTATION GENERALE DES HOPITAUX CIVILS DE COLMAR

### L'établissement :

Les Hôpitaux Civils de Colmar sont l'établissement de référence du secteur sanitaire n°3 de la région Alsace qui en compte 4, avec respectivement pour établissement de référence : secteur n°1, CH d'Haguenau ; secteur n°2, CHU de Strasbourg ; secteur n°4, CH de Mulhouse. L'établissement comprend trois sites : l'hôpital Pasteur qui accueille les activités de médecine et chirurgie, le Parc qui est le Pôle mère enfant de l'établissement, et le Centre pour Personnes Agées. L'établissement met au service de la population *1306 lits et 135 places*, grâce au travail de 3405 agents.

### Activité de l'établissement :

Les Hôpitaux Civils de Colmar constituent l'un des cinq plus grands ensembles hospitaliers non régionaux de France et l'un des vingt plus grands, CHR compris<sup>1</sup>. L'hôpital assure la presque totalité des activités de MCO (traitement de 538 GHM différents, soit 95 % de l'ensemble des pathologies recensées par le PMSI). Il a produit, en 2001, 57627145 points ISA en hospitalisation et 7360434 en activité externe. En outre, l'hôpital offre des soins en psychiatrie, à travers un Centre de Psychothérapie de 56 lits qui fonctionne par convention avec le Secteur 2 du CHS de Rouffach. Il comprend aussi des unités de moyen et de long séjour ainsi qu'une maison de retraite, en cours de transformation en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes. Son Service d' Accueil des Urgences, qui a une activité importante (64 079 passages aux urgences) vient d'être restructuré (Pôle 3) afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, en accord avec les priorités établies par le Projet d'établissement, élaboré pour la période 2000 –2005<sup>2</sup> et le Plan directeur.

Outre le dynamisme de ses missions de base, l'établissement inscrit son action dans des projets de partenariat avec des cliniques privés (ainsi avec le Groupement Hospitalier Privé de Centre Alsace pour la prise en charge des urgences cardio vasculaires), mais aussi avec des acteurs de la médecine libérale et d'autres acteurs publics (Réseau de Soins de Suite, HAD). En outre, la direction de l'hôpital de Guebwiller a fait l'objet d'une fusion avec la Direction des HCC, celle ci assurant désormais cette nouvelle mission.

### Economie Générale du Projet d'Etablissement 2000-2005

Le Projet médical 2000-2005, clé de voûte du nouveau Projet d'Etablissement, recouvre cinq idées maîtresses qui guideront la plupart des choix dans les cinq années à venir :

- L'amélioration de la prise en charge des urgences

---

<sup>1</sup> Compte rendu d'accréditation de l'établissement sur [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr), septembre 2001

<sup>2</sup> Projet d'établissement 2000 -2005, adopté par le CA le28/04/2000 et validé par un Contrat d'Objectifs et de Moyens, signé en 2001 par l'ARH.

- Le développement des prises en charge innovantes : hôpitaux de jour, unités de chirurgie ambulatoire, traitements ambulatoires, soins à domicile, équipes mobiles, unité de traitement des poly pathologies lourdes.
- La promotion des filières internes et du travail multidisciplinaire : filières « Cancérologie », « cardio-vasculaire », « Système nerveux », « Plaies chroniques », « Allergologie », Endocrinologie », « Addictions »
- La promotion du travail en réseau et des filières externes : réseau « Soins de suite et de réadaptation », réseaux « Alcoologie », « Hépatite C », « Toxicomanie », réseaux SOUBIE (dermatologie, diabétologie, soins palliatifs, ..)
- L'intégration de la dimension de lutte contre les exclusions, nouvelle mission de l'hôpital

## ANNEXE II

### PRESENTATION DU CENTRE POUR PERSONNES AGEES

#### I La répartition des activités en 2003 : entre sanitaire et médico social

Le Centre pour Personnes Agées se caractérise par une architecture pavillonnaire<sup>3</sup>, qui permet la réunion sur un même site, mais dans des lieux fonctionnellement dédiés, de 4 maillons de la prise en charge des personnes âgées aux HCC : l'Hôpital de Jour, les unités de SSR au nombre de 3, l'USLD (en cours de transformation en EHPAD) et une maison de retraite (en cours de transformation).

#### Programme des lits 2003

	Nombre de lits et places installés en 2003
Hôpital de Jour	12
Soins de Suite et de Réadaptation	76
USLD	161 $\Delta$
Maison de retraite	180 (50% SCM)
<b>TOTAL</b>	

$\Delta$  Ce chiffre n'intègre pas les lits d'hospitalisation temporaire

#### 1. L'hôpital de jour :

Période	Nb de patients différents	Séances
Année 2001	299	3285
Année 2002	331	3684
Variations	10,70 %	12,15%

#### 2. Les unités de soins de suite et de réadaptation

Année	Nb patients	Nb RHS	Nb SRHS	DMS
2000	539	4063	677	36,44
2001	482	3978	608	40,28
2002	454	3895	562	43,08

<sup>3</sup> Annexe III : Programme architectural du Centre pour Personnes Agées



### III Programme à l'horizon 2008

#### Situation en 2008

	<b>IRIS</b>	<b>LILAS</b>	<b>Hortensias</b>
3eme étage		25 lits Moyens séjours	<b>Hôpital de Jour</b>  <b>Médecine Gériatrique</b>  <b>20 places</b>
2eme étage	41 lits EHPAD	25 lits Moyens séjours	
1 <sup>er</sup> étage	41 lits EHPAD	25 lits Courts Séjours	
RDC	30 lits SSR Consultations méd.	Administration Plateau technique	
	<b>Nouveau Bâtiment EHPAD 2008</b>		
	5 unités de 30 lits		<b>TOTAL CPA</b> 45 lits et places courts séjours médecine gériatrique 80 lits SSR 232 lits EHPAD