



EHESP

Directeur d'Établissement Sanitaire Social et
Médico Social

Promotion 2008 – 2009

Date du Jury : Décembre 2009

**L'évolution de la politique
institutionnelle d'un hôpital local dans
la spécificité gériatrique**

L'expérience de l'hôpital local de Lunel (34)

BARTHE MONTAGNE

Catherine

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire :

Monsieur Badou, directeur de l'hôpital local de Lunel, qui m'a accueillie dans son établissement pour sa grande disponibilité, ses conseils judicieux et son soutien.

L'équipe de direction de l'hôpital local de Lunel pour son professionnalisme, son intérêt porté à mon travail et son enthousiasme communicatif.

Les médecins de l'établissement, et plus particulièrement le docteur Christian Soustelle, Président de la CME et le docteur Nadine Mitermite, médecin gériatre , qui m'ont accordé du temps et m'ont fait partager leurs expériences.

L'ensemble des personnels qui ont participé pleinement à mon travail et qui m'ont fourni les données dont j'avais besoin.

Les patients et les résidents pour avoir accepté de répondre à mes questions, pour leur accueil, leur gentillesse.

Monsieur le Professeur Jeandel, qui a accepté le rôle de directeur de mémoire dans le cadre de mon cursus universitaire, pour ses interventions et ses enseignements, qui m'ont donné une vision globale et en même temps précise de la politique nationale gériatrique

Madame Cosson, enseignante à l'EHESP, qui m'a accompagnée dans la réalisation de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils méthodologiques.

Une pensée, enfin, pour Olivier et Camille pour leur patience et leurs encouragements.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE ET UN ENJEU CERTAIN POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE PROXIMITE	5
1.1 LE VIEILLISSEMENT : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.....	5
1.1.1 <i>Le vieillissement démographique</i>	5
1.1.2 <i>Les différents types de vieillissement</i>	6
1.1.3 <i>Les personnes âgées : une population caractéristique porteuse de disciplines en expansion</i>	8
1.2 DES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES A L'HOPITAL.	10
1.2.1 <i>Les politiques nationales : des plans et des rapports qui recommandent d'agir</i>	10
1.2.2 <i>Les politiques locales en faveur des personnes âgées</i>	13
1.3 LE ROLE ET LA PLACE DE L'HOPITAL LOCAL DANS L'OFFRE DE SANTE DU TERRITOIRE	15
1.3.1 <i>Le rôle de l'hôpital local et sa place dans la filière gériatrique</i>	15
1.3.2 <i>L'hôpital local de Lunel : un positionnement de proximité induit par l'âge de la population hospitalisée</i>	17
2 L'EVOLUTION D'UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE GERIATRIQUE A L'HOPITAL LOCAL DE LUNEL	21
2.1 PRESENTATION DE L'HOPITAL LOCAL DE LUNEL	21
2.1.1 <i>Capacité et chiffres clés de l'établissement</i>	21
2.1.2 <i>La population accueillie dans l'établissement</i>	21
2.2 UNE CONCEPTION DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE GERIATRIQUE DIFFICILE A DEFINIR AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	22
2.2.1 <i>La politique gériatrique nationale</i>	22
2.2.2 <i>La définition de la politique institutionnelle gériatrique à l'hôpital local de Lunel</i>	24
2.3 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET RESIDENTS.....	25
2.3.1 <i>Les points forts de la prise en charge</i>	26
2.3.2 <i>Les points à améliorer dans la prise en charge</i>	34
2.3.3 <i>Les attentes des patients et résidents en terme de prise en charge</i>	36
3 LES PRECONISATIONS POUR OPTIMISER LE DEVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE GERIATRIQUE	41
3.1 AFFIRMER CLAIREMENT LA VOLONTE DE DEVELOPPER UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE GERIATRIQUE ET EN DONNER UNE DEFINITION COMMUNE	41
3.2 DEVELOPPER DES ACTIONS CONCRETES ET POURSUIVRE CELLES DEJA MISES EN PLACE	43
3.2.1 <i>Les actions déjà mises en place dans l'établissement ou en cours de réflexion</i>	43
3.2.2 <i>Les propositions d'actions complémentaires</i>	44

3.3	LES DIFFICULTES REPEREES POUR LE DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE	
	GERIATRIQUE.....	52
3.3.1	<i>Un virage non négocié vers des activités médico-sociales.....</i>	52
3.3.2	<i>Des activités dont le financement risque d'être difficile</i>	53
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE.....	57
	LISTE DES ANNEXES	61

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
AMP	Aide Médico Psychologique
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignant
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CRU	Commission de Relations avec les Usagers
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FFAS	Faisant Fonction d'Aide Soignant
GIR	Groupe Iso Ressources
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAS	Haute Autorité de Santé
HL	Hôpital Local
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRTS	Institut Régional de Travail Social
LET	Logistique Equipements Travaux
MED	Médecine
RABC	Risk Analysis and Biocontamination Control
SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Long Séjour

Introduction

Le vieillissement démographique de la population française est désormais un phénomène bien connu. En 2050, 29,2% de la population aura plus de 65 ans et la part des plus de 75 ans sera de 18,1%¹.

Les enjeux économiques et sociaux de ce vieillissement sont considérables et le système de santé français doit se préparer à répondre aux besoins de cette population en forte expansion.

L'hôpital local est un établissement public de santé dont l'une de ses missions principales est l'accueil des personnes âgées. Il doit s'adapter à son environnement et au contexte local au cœur des choix stratégiques de son directeur.

L'exercice de la gériatrie dans ce type de structure repose sur la prise en charge de la personne âgée par son médecin traitant, dans un espace sanitaire permettant la continuité des soins reposant sur la proximité et une offre de soins diversifiés. Généralement, l'hôpital local comprend des activités sanitaires (lits de médecine, de SSR, d'USLD...) et des activités médicosociales (lits d'EHPAD).

La réalité de l'hôpital local est très diverse et sa place dans l'offre de soins régionale est également très variable. Selon les régions, il a une compétence sanitaire et médico sociale ou une compétence exclusivement médico sociale.

Le Languedoc-Roussillon a privilégié une organisation des soins gradués à partir des hôpitaux locaux, faisant de ces établissements le premier maillon de la prise en charge sur le territoire. L'hôpital local de Lunel revêt donc une double compétence.

L'hôpital local de Lunel présente des spécificités. Tout d'abord, il jouit d'une situation privilégiée, il est le seul établissement public de santé situé entre les 2 CHU de Montpellier et de Nîmes. Cette zone urbaine est en pleine expansion démographique et l'offre de soins ainsi que la démographie médicale du territoire sont très développés.

¹ Source INSEE 2008.

Un partenariat public privé a été créé en 2007 avec des services médicaux et chirurgicaux, ce qui participe au renforcement du caractère sanitaire de l'hôpital et l'inscrit dans une dynamique locale particulièrement intéressante.

Enfin, les activités de l'hôpital local sont essentiellement sanitaires puisque l'établissement comporte jusqu'à aujourd'hui 155 lits d'activité sanitaire et 35 lits d'activité médico sociale.

De plus, la dénomination « hôpital » renforce cette spécificité sanitaire défendue par le personnel, qui reste attaché aux soins.

Mais des réformes sont actuellement en train de modifier le paysage sanitaire français.

La réforme des USLD en 2007 modifie le paysage sanitaire en réorganisant les lits d'USLD sur le territoire au profit de lits d'EHPAD.

Pour l'hôpital local de Lunel, les conséquences de la réforme sont importantes car, il a été décidé d'un maintien de 49 lits d'USLD à la place des 120 lits actuels. Les lits d'EHPAD vont donc être portés à 106.

Face à cette évolution, l'hôpital local souhaite défendre son caractère sanitaire et espère également pouvoir développer son activité, en se spécialisant dans la prise en charge gériatrique de proximité.

La politique de l'établissement prend donc un nouveau tournant. L'hôpital qui prenait déjà en charge les personnes âgées du territoire, souhaite optimiser sa politique institutionnelle gériatrique qui lui permettrait de légitimer sa place dans le paysage sanitaire local et d'afficher ainsi une compétence gériatrique forte.

En effet, la politique gériatrique nationale préconise la fluidité du parcours du patient âgé et préconise la reconversion des petits hôpitaux pour l'accueil de personnes âgées.

Mener une politique gériatrique au sein d'un établissement de santé peut se caractériser comme une approche spécifique dans l'accueil de personnes âgées. La définition nationale donnée dans les textes concerne elle davantage la place de l'établissement dans la filière gériatrique. Se spécialiser dans l'accueil de personnes âgées requiert des compétences particulières et des attitudes spécifiques pour les personnels.

A l'hôpital local de Lunel, le développement de la politique institutionnelle gériatrique repose sur les orientations du projet médical et le développement de certaines activités liées à la prise en charge de la personne âgée. Compte tenu de la taille de l'établissement, il repose également sur l'adaptation des services à la prise en charge spécifique des personnes âgées, ce qui en élargit la définition proposée par les textes.

Mais la définition même d'une politique souligne le caractère concerté de l'action. Le directeur ne peut donc pas définir lui-même la politique qu'il souhaite mener dans son établissement. Il doit recueillir l'adhésion de l'équipe de direction, des médecins, des personnels et notamment des cadres, qui sont les maillons opérationnels sur le terrain.

Le contexte actuel semble favoriser l'enclage de l'hôpital dans cette dynamique.

Toutefois, si la mise en place d'une politique institutionnelle gériatrique semble en apparence évidente, il n'en demeure pas moins que les premiers éléments d'enquête mettent en avant des difficultés.

Pourquoi la mise en oeuvre d'une politique institutionnelle gériatrique semble t-elle difficile à développer dans l'établissement?

Afin de répondre à ce questionnement, trois hypothèses peuvent être proposées:

- parce que tous les acteurs, et plus particulièrement l'équipe de direction et les médecins, ne donnent pas la même définition de ce que doit être la politique gériatrique de l'établissement
- parce que le personnel soignant n'est pas assez formé et n'a pas les connaissances adéquates en matière de personnes âgées et ses problématiques
- parce que les patients et résidents, satisfaits de leur prise en charge sanitaire, peinent à faire émerger leurs attentes plus sociales.

Afin de tester les hypothèses de travail retenues, une méthodologie a été choisie. Chaque hypothèse sera testée par le biais d'enquêtes qui seront plus particulièrement développées dans la deuxième partie du mémoire. Ces enquêtes visent :

- les membres de l'équipe de direction et les médecins par le biais d'entretiens semi directifs
- les personnels soignants de l'ensemble des services et la responsable du service Vie sociale à l'aide de questionnaires à questions ouvertes
- les résidents et les patients de l'USLD et EHPAD par le biais de questionnaires à questions fermées.

Au-delà des enquêtes de terrain, la partie d'analyse s'est également nourrie d'observations de terrain, de réunions de direction, de réunions pluridisciplinaires, de groupes de travail mis en place dans le cadre de la certification et enfin d'échanges avec les professionnels de l'établissement.

Ce mémoire s'attachera dans un premier temps à expliquer en quoi la prise en charge des personnes est devenue un problème de santé publique et donc un véritable enjeu pour les établissements de santé. Le développement d'une politique institutionnelle gériatrique à l'hôpital local de Lunel sera dans un deuxième temps développé pour aboutir aux actions à mener pour développer pleinement cette politique.

1 La prise en charge des personnes âgées : un problème de santé publique et un enjeu certain pour les établissements de santé de proximité

1.1 Le vieillissement : un enjeu de santé publique

1.1.1 Le vieillissement démographique

Le vieillissement démographique, notion introduite par Alfred Sauvy en 1928, s'appuie sur les modifications de la structure par âge de la population et traduit ainsi la proportion de la population âgée. Il est désormais un phénomène connu, lié à la baisse de la fécondité et à l'allongement de la durée de vie et permet de constater que le nombre de personnes dépendantes va augmenter considérablement au cours des prochaines décennies.

Les conditions démographiques du siècle dernier, les progrès liés à l'espérance de vie combinés à la stagnation du nombre de naissances et l'immigration contribuent au vieillissement de la population au cours du prochain demi-siècle.

En 2001, on dénombrait 9,7 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 16,3% de la population française. Les personnes de plus de 75 ans étaient au nombre de 4,6 millions réparties en 1,6 millions d'hommes et 2,9 millions de femmes.

Des projections démographiques réalisées par l'INSEE montrent que la population française continuera d'augmenter jusqu'en 2040 et atteindra alors un maximum de 64,5 millions de personnes contre 59,2 millions en 2002. Les générations de « baby boom » nées entre 1945 et 1975 atteindront l'âge de 65 ans en 2010 et 75 ans en 2020. Ainsi, en 2050, 29,2% de la population aura 65 ans et plus et la part des plus de 75 ans atteindra 18,1%.

Au delà ces augmentations, il faut souligner que ces générations vivront aussi plus longtemps. L'espérance de vie à la naissance des hommes passera de 75,2 ans en 2002 à 84,3 ans en 2050 et celle des femmes de 83,3 ans à 91 ans.

L'évolution de l'état de santé est également un facteur à prendre en compte. L'espérance de vie sans incapacité ou en bonne santé a augmenté de près de 3 ans entre 1980 et

1991 passant de 8,8 ans à 10,1 ans pour les hommes et de 9,8 ans à 12,1 ans pour les femmes².

Ainsi, il est certain que les prochaines années connaîtront un vieillissement inéluctable de la population française avec une augmentation importante du nombre de personnes présentant des incapacités. L'état de santé de ces personnes âgées devrait néanmoins continuer à s'améliorer atténuant ainsi l'impact du vieillissement démographique tant en terme de dépendance que de problèmes de santé.

En effet, l'évolution des modes de vie, les traitements thérapeutiques nouveaux spécifiques aux personnes âgées, les modifications des conditions environnementales...sont d'autant de facteurs qui participent à l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées.

Si le rapport Laroque de 1962 anticipait ce phénomène, il était néanmoins difficile de prédire que cette onde de choc démographique déséquilibrerait l'ensemble des structures économiques et sociales.

Les enjeux du vieillissement démographique constituent donc un énorme défi.

Mais si la proportion de personnes âgées augmente, il est important de savoir que toutes ne sont pas dépendantes et qu'il existe plusieurs types de vieillissement auquel la société et les dispositifs de prise en charge doivent s'adapter.

1.1.2 Les différents types de vieillissement

Le vieillissement est un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme sous l'action du temps. Il correspond à une diminution de résistance et d'efficacité par l'organisme.

Il s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme et cette altération se manifeste plus particulièrement dans les situations qui mettent en jeu des réserves fonctionnelles : effort, stress, maladies aiguës. L'organisme peine à s'adapter à ces situations d'agression. La réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre et varie fortement d'un individu à l'autre.

² Source INSERM – 1996.

En fait, la longévité dépend de différents facteurs:

- la détermination génétique : la longévité s'explique en particulier par l'hérédité, une part étant d'origine génétique et l'autre part d'origine environnementale (influence de l'environnement familial spécifique).
- l'état de santé préexistant et les maladies survenant pendant le grand âge viennent modifier l'état de la personne : maladies, chutes, traumatismes, opérations et hospitalisations...
- les facteurs liés au mode de vie : régime, poids, activité physique : la consommation modérée d'alcool diminue le risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral et de survenue de la maladie d'Alzheimer. En matière de poids corporels, une prise de poids importante durant la sixième décennie augmente encore le risque de mortalité. A noter que l'exercice physique pratiqué dès le plus jeune âge augmente la longévité moyenne et l'exercice diminue l'incidence de certaines maladies.
- les déterminants sociaux : ils sont liés notamment aux classes sociales et au genre, au niveau de ressources, aux conditions d'accès aux soins

Par ailleurs, d'autres éléments peuvent entrer en compte comme la personnalité, les conditions d'existence, la résistance au stress...

La population âgée est donc très hétérogène et les conséquences du vieillissement très différentes d'un individu à un autre. Les individus ne vieillissent donc pas tous au même rythme.

Au cours de ces dernières années, la notion de vieillissement dit « normal » a été remplacée par trois profils de vieillissement.

Le vieillissement optimal se caractérise par une utilisation idéale de ses ressources cognitives, même s'il existe un vieillissement naturel. Il est également appelé vieillissement réussi.

Ce type de vieillissement se traduit par un maintien des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé malgré l'existence de pathologies, par une amélioration des fonctions physiologiques lorsque celles-ci deviennent moins bonnes ou encore par une bonne adaptation des fonctions physiologiques en réponse à l'évolution du contexte environnemental.

Le vieillissement réussi peut se caractériser par une faible probabilité de maladies, un maintien d'un haut niveau fonctionnel sur les plans cognitif et physique, la conservation d'un engagement social et un bon bien-être subjectif.

Le vieillissement usuel, lui, s'accompagne de signes de fragilité qui sont autant de risques de décompensation vers des syndromes gériatriques. L'individu n'a pas de maladie mais il est moins performant que ce qu'il était. Ses capacités diminuent sans pour autant avoir de problèmes fonctionnels.

Enfin, le vieillissement pathologique se caractérise par des fonctions en diminution ayant pour cause de nombreux facteurs de risque, des pathologies ou handicaps invalidants (handicaps moteurs, cognitifs, sensoriels ...). Il concerne environ ¼ des personnes âgées.

L'Organisation Mondiale de la Santé ³ propose également des définitions du vieillissement. Le concept de vieillissement actif apparaît en 2002 et se définit comme un processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie.

L'OMS parle également de vieillissement en santé, qui vise à établir des recommandations en terme de promotion de la santé et de prévention en direction des personnes âgées. Cela doit leur permettre d'être actives socialement, sans discrimination et de jouir de leur indépendance et de leur bonne qualité de vie.

Vieillir ne signifie pas entrer dans la dépendance. Le profil des personnes âgées est très différent d'un individu à l'autre. Qui sont donc ces personnes âgées ? Qui est-ce qui les prend en charge ?

1.1.3 Les personnes âgées : une population caractéristique porteuse de disciplines en expansion

Malgré l'existence d'une définition du vieillissement, nous venons de voir qu'il y a plusieurs types de vieillissement. Il en est de même pour les personnes âgées : il n'existe pas de définition stricte de la personne âgée et plusieurs approches sont possibles.

³ « Vieillir en restant actif, cadre d'orientation, Genève, OMS 2002, 60 pages.

En général, c'est l'âge chronologique ou âge biologique qui, en raison de sa simplicité, est retenu comme indicateur de la variable « âge » : les personnes âgées sont définies comme l'ensemble des 60 ans et plus, le seuil s'élevant parfois à 65 ans et pouvant quelquefois s'abaisser à 50 ans.

Il est habituel de distinguer les personnes du 3^{ème} âge (60/65 ans) et celles du 4^{ème} âge (75/80 ans). Cette définition, purement légale, ne tient pas compte du vieillissement biologique ni de l'état d'autonomie ou de dépendance.

Cet âge est lié au vieillissement organique. Chaque organe subit des modifications qui le rendent moins performant au cours de la vie.

Une autre définition fait référence à l'âge social qui se réfère aux statuts et aux habitudes de la personne par rapport aux autres membres de la société. Cet âge est fortement déterminé par la culture et l'histoire d'un pays.

En France, l'âge de la retraite correspond à un changement de statut. Il y a une représentation de la vieillesse à partir de l'âge de 60/65 ans, qui correspond à l'âge où la plupart des personnes se retirent de la vie professionnelle.

Il semble donc plus approprié de parler de personnes vieillissantes.

En milieu hospitalier, le patient âgé relève de plusieurs tableaux : la mono pathologique sans co-morbidité, la situation de fragilité et la poly pathologie.

Le patient gériatrique se définit comme un sujet âgé de plus de 75 ans, atteint de poly pathologies dont certaines sont chroniques et responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles l'exposant à des décompensations somatiques et/ou psychologiques, et à des modifications de mode de vie en raison d'immobilisation ou de dépendance. Personne fragile, le patient gériatrique nécessite l'identification de ses risques d'aggravation afin de mettre en place des mesures de prévention et des soins spécifiques que requiert son état.

Actuellement, il est important de souligner que plusieurs disciplines se distinguent et se développent autour de la prise en charge de la personne âgée.

La gériatrie est une science qui étudie le vieillissement dans tous ces aspects. Elle appréhende toutes les modifications morphologiques, physiologiques, psychologiques et

sociales consécutives à l'action du temps sur l'organisme, indépendamment de tout phénomène pathologique.

La gériatrie est une discipline médicale qui représente l'aspect thérapeutique de la gérontologie. Elle étudie les moyens de lutter contre les effets du vieillissement. Reconnue comme une spécialité, elle ne concerne pas la prise en charge des personnes de moins de 60 ans et s'intéresse plus particulièrement à celles de plus de 75 ans. C'est la médecine particulière des personnes âgées. C'est une médecine en pleine expansion dont les compétences se développent dans les structures sanitaires.

Enfin, la psycho gériatrie correspond à la prise en charge de la souffrance psychique de la personne face à son vieillissement, généralement dans un contexte de vieillissement pathologique (poly pathologie, démence de type Alzheimer...). Son exercice se développe notamment dans les centres de gérontologie.

L'ensemble de ces caractéristiques renvoie à la nécessité de développer des politiques publiques spécifiques aux personnes âgées.

1.2 Des recommandations en matière de prise en charge des personnes âgées à l'hôpital

1.2.1 Les politiques nationales : des plans et des rapports qui recommandent d'agir

La prise en charge des personnes âgées n'a pas toujours été au cœur des préoccupations des institutions publiques. Les vieillards étaient pris en charge par leur famille ou à défaut par la solidarité religieuse.

La Révolution laïcise et étatisé toute l'organisation sociale. Des hospices départementaux pour vieillards et infirmes se développent. L'hospice se spécialise donc en hébergement social, en parallèle de l'hôpital qui devient un lieu de soins et de cure. C'est l'ordonnance du 11 novembre 1958 qui prévoit que « si ces établissements ne reçoivent que des vieillards, ils prennent le nom de maisons de retraite ».

Les services de soins de longue durée sont des structures d'hébergement à caractère sanitaire dont l'activité soignante repose en partie sur la lutte contre la douleur, les soins palliatifs, la surveillance des pathologies chroniques, les soins de nursing, la prise en

charge des problèmes aigus lorsqu'un déplacement du patient vers un autre service aurait des conséquences importantes en terme de repères, ...

Les hôpitaux locaux possèdent 14500 lits de soins de longue durée répartis parmi les 355 hôpitaux locaux, offrant une moyenne de 47 lits par établissement.

Pendant longtemps, les personnes âgées sont très souvent assimilées aux personnes retraitées : au-delà de la prise en charge quotidienne, les pouvoirs publics s'intéressent davantage à leur condition financière. Les systèmes de retraite se mettent en place en parallèle du développement des établissements hébergeant les personnes âgées.

En fait, ce sont les conséquences de la canicule de 2003 qui révèlent des insuffisances quantitatives et qualitatives dans les dispositifs de prise en charge des personnes âgées et plus particulièrement des plus vulnérables d'entre elles.

Le mois d'août 2003 a été le mois le plus chaud depuis 5 siècles. Or, la forte chaleur est mauvaise pour la santé des personnes âgées et a des répercussions sur l'organisme des individus. La mortalité s'est accrue cet été là causant environ 14000 morts en France, mais de façon très inégale selon les régions en fonction de la cohésion des familles, de la formation et des expériences du personnel soignant. Cette crise sanitaire non prévue a mis en exergue les difficultés d'anticipation et d'adaptation des structures prenant en charge les personnes âgées, que ce soit à domicile ou en institution.

Une personne très âgée est fragile et vulnérable. Bien souvent, elle ne réclame pas de soins, ne se plaint pas et cache parfois ses infirmités. Elle peut être déstabilisée par une grippe ou un coup de chaleur alors qu'elle aurait supporté ces difficultés sans problème quelques années auparavant.

Jusqu'alors, les pouvoirs publics n'avaient pas pris conscience de la nécessité de mettre en place des mesures de prévention et d'action spécifiques en faveur des personnes âgées.

A la suite à cet événement tragique qui anticipa le décès de nombreux individus, les pouvoirs publics ont souhaité prioriser les actions en faveur des personnes âgées.

La sortie du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, présenté le 27 juin 2006 par Philippe Bas ministre délégué aux personnes âgées, a pour objectif de répondre aux défis de la longévité, de l'augmentation de la dépendance, du mode binaire de prise en charge des personnes âgées (domicile / établissement), de l'organisation de la prise en charge

hospitalière des personnes âgées et de la prise en compte des besoins des personnes âgées fragiles.

Un des 5 axes de réforme de ce plan concerne l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées. L'hôpital doit développer une médecine gériatrique, réorganiser l'accueil du patient âgé grâce au développement d'une filière de soins. Cette filière a pour objectif de permettre une prise en charge globale tout en tenant compte de la fragilité du patient, du maintien de son autonomie et d'un retour à domicile dans les meilleures conditions. Par ailleurs, les liens entre hôpital – domicile – EHPAD doivent être resserrés en développant un partenariat avec les différents intervenants. Il renforce la volonté de développer et de labelliser les filières gériatriques.

Malgré ces recommandations, il apparaît que les patients gériatriques ne reçoivent pas toujours les soins appropriés à l'hôpital. Or, le soin gériatrique présente des spécificités auxquelles les structures doivent s'adapter. L'hôpital local est concerné.

Une nouvelle organisation des soins devrait permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au recours nécessaire à un plateau technique.

Par ailleurs, les institutions souhaitent donc donner une place aux personnes âgées dans la société et surtout envisager l'évolution de leur place dans l'avenir.

Un plan de prévention des 55 -75 ans, le Plan Bien Vieillir 2007-2009 a pour ambition de proposer les étapes d'un vieillissement réussi dès la mise à la retraite, au travers de 8 axes proposant différentes mesures de prévention allant de la pratique d'une activité physique, à la nutrition en passant par la recherche et l'innovation.

Les politiques de santé quelles soient nationales ou locales doivent donc dynamiser les démarches déjà entreprises et développer de nouvelles actions dans le cadre de la politique en faveur des personnes âgées.

1.2.2 Les politiques locales en faveur des personnes âgées

Dans le cadre de la politique régionale :

Le Languedoc Roussillon est classée au 8ème rang des régions françaises les plus vieillissantes⁴. Son évolution au cours des prochaines décennies restera modérée, contrairement à d'autres régions qui connaissent des évolutions très importantes.

La population de plus de 75 ans a progressé de 15% depuis 2000 et cette tranche d'âge représente 9,5% de la population régionale (la moyenne nationale en métropole est de 8,8%).

Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie associée à l'arrivée en région de personnes issues du Baby Boom, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans passeraient de 602 000 personnes en 2005 à plus d'1 million en 2030.

Les personnes de plus de 60 ans représenteraient plus de 31,5%⁵ de la population totale du Languedoc Roussillon et les plus de 80 ans atteindraient près de 7%⁶.

La définition et la mise en oeuvre de la politique régionale de l'offre de soins du territoire s'inscrit dans le schéma régional d'organisation sanitaire, établi par l'agence régionale de l'hospitalisation, placée sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale. L'agence est également chargée d'analyser et de coordonner l'activité des établissements publics et privés de la région et de déterminer les ressources à travers la campagne budgétaire.

Le troisième SROS du Languedoc Roussillon 2006-2010 comporte un volet personnes âgées dont un des défis est de faire face aux conséquences du vieillissement, au vu des éléments précédemment cités⁷. Ce volet conforte le rôle des hôpitaux locaux dans le dispositif de soins de médecine de proximité et réaffirme sa place de premier maillon des soins hospitaliers.

⁴ Source INSEE

⁵ Contre 29% de la population nationale

⁶ Contre 5% de la population nationale

⁷ Projections démographiques Languedoc Roussillon

Le développement de la prise en charge sanitaire des personnes âgées se veut être globale, continue, coordonnée, graduelle et préventive en articulation avec les secteurs ambulatoire, social et médicosocial en vue de prévenir les risques de perte d'autonomie et privilégier le maintien de ces personnes dans leur cadre de vie.

L'enjeu est donc d'identifier les patients fragiles c'est-à-dire très âgés et/ou en perte d'autonomie, et/ou à risque de décompensation d'une poly-pathologie.

Les recommandations relatives à la prise en charge des personnes âgées définissent trois objectifs principaux : la prise en charge hospitalière de recours, la prise en charge de proximité et la diffusion de la culture gériatrique.

Au côté de l'échelon régional, le département joue également un rôle dans la prise en charge des personnes âgées.

Dans le cadre de la politique départementale :

Le Conseil Général a également une compétence en matière de prise en charge des personnes âgées. L'action départementale s'appuie sur la rédaction d'un Schéma Gérontologique.

Le quatrième schéma gérontologique 2008-2012 du département de l'Hérault s'organise autour de 3 grandes orientations :

- *accompagner le temps de la vieillesse* pour favoriser l'expression citoyenne, développer la prévention et valoriser la bientraitance, améliorer le cadre de la vie quotidienne, prendre en compte des parcours de vie particuliers et accompagner les aidants
- *permettre le libre choix* pour permettre de reconnaître les métiers de l'aide à domicile, faciliter l'accès aux soins, promouvoir les établissements de qualité et encourager les formes alternatives d'accueil.
- *organiser le territoire* pour répartir les établissements et services sur le territoire : création de 1500 places en EHPAD sur les cinq prochaines années tout en privilégiant au cours des années 2008 et 2009 l'adaptation et la restructuration des établissements de faible capacité, soutenir l'innovation et enrichir la coordination.

Les compétences départementales concernent l'aspect global de la prise en charge et pas seulement l'aspect sanitaire.

En résumé, le parcours de la personne âgée doit être simplifié car trop de difficultés sont encore repérées dans la prise en charge : problème de coordination entre structures, difficulté d'orientation de certains patients, faible utilisation des infrastructures de proximité, relations avec l'entourage, méconnaissance des dispositifs, liens distendus entre structures sanitaires et médico-sociales...

1.3 Le rôle et la place de l'hôpital local dans l'offre de santé du territoire

1.3.1 Le rôle de l'hôpital local et sa place dans la filière gériatrique

Le rôle de l'hôpital local :

Si l'hôpital local est un établissement public de santé qui s'est construit peu à peu autour de missions spécifiques, il connaît aujourd'hui un intérêt certain du fait de sa position charnière entre secteur sanitaire et secteur médicosocial, entre secteur public et secteur privé.

La loi du 31 juillet 1991 consacre l'hôpital local comme établissement public de santé. S'il ne peut y avoir de chirurgie ou de gynécologie obstétrique, les activités de médecine sont autorisées dans le cadre d'un conventionnement avec un centre hospitalier ou un établissement privé participant au service public hospitalier. Des missions de santé publiques lui sont également confiées.

L'hôpital local accueille généralement des personnes âgées présentant des troubles respiratoires, une pathologie cardio-vasculaire souvent connue ainsi que des patients présentant des troubles psycho comportementaux. Les patients en fin de vie sont aussi une préoccupation majeure pour l'hôpital local et représentent près de 11% des hospitalisés⁸.

L'hôpital local accueille donc des personnes vivant à domicile, aidée par un réseau de personnes (famille, voisins, professionnels) mais dont des événements de tout ordre

(perte, changement dans les habitudes, maladie...) vont conduire la personne à une hospitalisation.

L'hospitalisation a pour but d'effectuer une exploration médicale nécessaire au diagnostic, une évaluation de l'autonomie prenant en compte la situation globale de la personne, une instauration de traitement adapté et en fin une préparation de la sortie pour éviter autant que possible la ré hospitalisation.

Actuellement, la restructuration hospitalière a conduit à la fermeture de lits de médecine pour se centrer sur l'hébergement des personnes âgées. Cela a abouti à une dévalorisation de l'hôpital local en tant qu'institution sanitaire. Toutefois, une inadéquation entre besoins locaux et offres existantes a abouti à la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local qui entend donner aux hôpitaux locaux une place nouvelle dans l'organisation des soins afin de répondre de manière plus pertinente aux besoins et attentes des citoyens.

Si l'hôpital local est donc reconnu comme nécessaire dans le paysage hospitalier français, il lui reste néanmoins à se trouver une place et à valoriser ses atouts à l'égard de la population.

La place de l'hôpital local dans la filière gériatrique :

Issus des milieux industriels et commerciaux, le concept de filière permet de décrire le chaînage des différents séjours dans les unités fonctionnelles successives lors de l'hospitalisation d'un patient.

Cette notion de filière de soins est particulièrement importante lorsque la question des personnes âgées est abordée : la gériatrie se caractérise par une demande très diversifiée où l'offre est à adapter en fonction de nombreux facteurs concourant au soutien et au maintien de l'état de santé et où les solutions adaptées font appel à de multiples acteurs.

Dans les établissements hospitaliers, trois principaux types de structures se côtoient le plus souvent : les services de court séjour gériatrique auxquels le patient accède le plus souvent par les urgences, les soins de suite et de réadaptation et les services de long séjour, dernier maillon de la filière gériatrique classique.

⁸ Source : Livre Blanc de la Gériatrie Française

Si la notion même de filière suggère un travail en réseau avec l'ensemble des partenaires et notamment le médecin traitant, qui joue un rôle pivot, l'hôpital est un acteur incontournable.

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques fait le constat d'une très forte augmentation de la population âgée et du développement concomitant de pathologies liées à l'âge, et à l'inadaptation des dispositifs de soins actuels aux besoins des personnes âgées.

La circulaire se décline en 3 axes forts : le renforcement de l'accès aux soins de proximité, le développement du court séjour gériatrique et l'organisation en aval de l'hospitalisation de courte durée.

La circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques vise à dynamiser les démarches déjà entreprises dans le cadre du volet personnes âgées des SROS.

1.3.2 L'hôpital local de Lunel : un positionnement de proximité induit par l'âge de la population hospitalisée

La situation de l'hôpital local de Lunel dépend avant tout de son inscription dans son territoire et du type de patients accueillis dans l'établissement. La moyenne d'âge est de 83,8 ans tout service confondu⁹.

La ville bénéficie d'un environnement privilégié, fortement influencée par la proximité de Montpellier. La population de Lunel, 23914 habitants en 2006 (source INSEE – recensement de la population) a doublé en 33 ans car la périphérie Montpelliéraine déborde. A ce même rythme de croissance, Lunel atteindra 41000 habitants en 2025. Si les mouvements migratoires contribuent à rajeunir Lunel, la ville compte quand même en 2006 plus de 18% de 65 ans et plus dont plus de 8,2 % de plus de 75 ans.

En 2015, le Languedoc Roussillon devrait compter près de 41 000 personnes dépendantes de 75 ans et plus contre 30 000 en 2000. Une forte part de la population

⁹ Source : service des admissions HL de Lunel au 31/12/2008.

étant concentrée à l'Est du département, cela laisse présumer une augmentation des personnes âgées dépendantes sur le canton de Lunel¹⁰ .

L'hôpital local de Lunel est entouré d'autres établissements de santé en plus de la présence des 2 CHU : la clinique chirurgicale Via Domitia à Lunel, le Centre d'autodialyse, le Centre Médico-psychologique adultes et enfants, la Clinique Stella à Vérargues, le Centre Médical de convalescence mutualiste de la Grande Motte, la clinique des Oliviers à Gallargues, le centre de Moyen Séjour à Caveirac et le SSR du Grau du Roi dépendant du CHU de Nîmes.

L'hôpital est également entouré de structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans un rayon de 10 km comprenant au total 295 lits dont 24 lits pour personnes démentes et 10 lits pour personnes handicapées vieillissantes.

L'offre de soins est considérable. Au-delà des structures sanitaires et médicosociales voisines, la commune bénéficie de la présence de 25 médecins libéraux, 9 pharmacies de ville, 3 laboratoires d'analyses médicales, 15 dentistes, 31 infirmiers libéraux et d'une soixantaine de médecins spécialistes, représentant quasiment l'ensemble des spécialités.

L'environnement médical est important et permet d'envisager des collaborations diverses.

C'est dans ce contexte que l'hôpital local de Lunel doit trouver sa place dans l'offre de soins et d'hébergement du territoire, et notamment dans le cadre de la filière gériatrique.

L'hôpital local de Lunel fait partie des 6 hôpitaux locaux du département de l'Hérault. Sa capacité en hébergement médicosocial est relativement faible (35 lits sur 203 lits) malgré une évolution prochaine.

Il semble ainsi évident, dès lors que les patients âgés représentent une telle part de la population hospitalisée, que l'orientation développée pour l'hôpital soit axée sur la prise en charge gériatrique de proximité.

En effet, la notion de proximité est un élément auquel les populations sont particulièrement attachées, d'autant plus que les personnes âgées sont souvent réticentes à s'éloigner de leur environnement, surtout en cas d'hospitalisations prolongées. Il peut être également plus facile pour l'entourage de se déplacer pour rendre

¹⁰ Source Repère INSEE n°10 – Septembre 2002.

visite à la personne hospitalisée. Enfin, les personnes âgées peuvent se trouver effrayées par la taille des infrastructures de type CHU.

Cependant, il est « illusoire de penser que les établissements de santé, donc les petites structures, soient en mesure de disposer d'un plateau technique sophistiqué, de certaines compétences humaines et ne sont pas en mesure d'offrir les mêmes prestations de qualité à l'ensemble des patients ».¹¹

L'accueil des personnes âgées est un axe fort de la prise en charge et l'établissement souhaite développer sa compétence gériatrique pour devenir un établissement de recours pour les établissements environnants, en lien avec l'établissement support de la filière gériatrique, le CHU de Montpellier et plus particulièrement le Centre de Gérontologie Antonin Balmès, piloté par le Professeur Jeandel.

Actuellement, l'hôpital local répond à un besoin de proximité et commence à mettre en place des collaborations diverses, même si sa place n'est pas clairement définie dans le cadre de la filière gériatrique.

La prise en charge des personnes âgées relève le plus souvent d'un suivi de proximité et nécessite, dans un premier temps, de coordonner les acteurs.

La définition d'une politique d'établissement, à vocation gériatrique, devrait permettre de clarifier le positionnement de l'hôpital local de Lunel dans l'offre de soins et d'instaurer des relations fonctionnelles avec le CHU de Montpellier, porteur de la filière.

¹¹ Ministère de l'emploi et de la solidarité, commission des comptes de la sécurité sociale. Dossier de presse – PLFSS 1999, Septembre 1998.

2 L'évolution d'une politique institutionnelle gériatrique à l'hôpital local de Lunel

2.1 Présentation de l'hôpital local de Lunel

2.1.1 Capacité et chiffres clés de l'établissement

L'établissement comprend 28 lits de médecine, 20 lits de SSR, 120 lits d'USLD, 35 lits d'EHPAD et 29 places de SSIAD dont 4 pour personnes handicapées¹².

Une antenne SMUR, placée sous la responsabilité du SAMU du CHU de Montpellier, est basée à l'hôpital. L'établissement comporte également une Permanence d'Accès aux soins (PASS) qui a développé un « espace santé » qui offre aux populations vulnérables un point d'accès à l'aide et aux soins : consultations d'alcoologie, planning familial, permanences d'associations, etc... Un centre de Périnatalité est également présent.

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, un Pôle de santé a été construit et mis en service début 2007. Outre les services de l'hôpital, il abrite une clinique chirurgicale privée (13 lits et 15 places de chirurgie ambulatoire), un cabinet de radiologie (équipé d'un scanner), la maison médicale destinée à accueillir les petites urgences et un ensemble de 11 postes d'autodialyse.

Pour fonctionner, l'établissement emploie 264 agents représentant 247 équivalents temps plein hors personnel de remplacement.

Le budget global est de 19 millions d'€.

2.1.2 La population accueillie dans l'établissement

La population accueillie montre bien que l'établissement répond aux demandes de proximité : quasiment 80% des admissions concernent des habitants de Lunel et de son canton.

¹² Annexe I – répartition des services Hôpital local de Lunel

	MED/SSR	USLD	EHPAD
Lunel	83 %	51 %	77 %
Canton de Lunel	6 %	19 %	3 %
Hérault	6 %	23 %	9 %
Gard	4 %	3 %	0 %
Autres	1 %	4 %	11 %

Source : service des admissions – Hôpital Local de Lunel – année 2008.

En service de médecine, la moyenne d'âge est de 80,9 ans et la moyenne de séjour s'élève à 17,11 jours. En SSR, la moyenne d'âge est de 81,6 ans et la moyenne de séjour est de 29,03 jours.

Il existe une commission d'admission pour les services USLD et EHPAD qui permet d'orienter la personne vers la prise en charge la plus adaptée à son état de santé et de dépendance. En 2008, la commission a examiné 175 dossiers qui ont abouti à 60 admissions en USLD et 6 admissions en EHPAD.

En USLD, la moyenne d'âge est de 84,9 ans, 77% des patients relèvent du GIR1 et 2. alors qu'en EHPAD, si la moyenne d'âge est de 83,6 ans, seuls 11% des résidents sont évalués en GIR 1 et 2, la majorité d'entre eux (77%) étant évalués en GIR 3 et 4.

2.2 Une conception de la politique institutionnelle gériatrique difficile à définir au sein de l'établissement

2.2.1 La politique gériatrique nationale

L'établissement a la volonté de répondre à la nouvelle politique gériatrique imaginée dans le rapport écrit par le C.Jeandel, P.Pfitzenmeyer et P.Vigouroux « Un programme pour la gériatrie ». Ce rapport préconise entre autre la reconversion des petits hôpitaux grâce au développement de centres de consultations avancées, de lieux de consultations somatiques et psychiatriques, de centres de prévention et d'éducation sanitaire, de centres de soins de suite et de réadaptation et de centres de prise en charge des personnes âgées.

Le but est ainsi de désengorger les centres référents en termes de lits disponibles.

Le SROS III évoque la diffusion de la culture gériatrique qui doit permettre une prise en charge globale de la personne âgée. Il précise en fait les moyens à mettre en place.

Les moyens énoncés visent à renforcer et favoriser la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées dans les établissements de santé par le biais d'actions comme l'évaluation de la charge en soins (utilisation d'AGGIR et PATHOS), l'élaboration d'un projet gériatrique qui doit développer une approche de prévention des risques liés au vieillissement dans le projet d'établissement et enfin une prise en charge gériatrique de qualité en SSR par l'application du cahier des charges national relatif aux SSR gériatriques.

Le projet d'établissement de l'hôpital local de Lunel est actuellement en cours de rédaction. Ce projet se définit comme un ensemble d'actions mises en œuvre pour atteindre un but bien précis. Il doit contenir un objectif précis, être limité dans le temps, déterminer des moyens (humains, techniques, financiers) et se baser sur des acteurs participatifs.

Compte tenu des textes, de l'environnement interne et externe de l'établissement, des besoins repérés sur le territoire et de la stratégie portée par l'équipe de direction, l'hôpital local de Lunel souhaite être un établissement sanitaire de proximité à forte propension gériatrique, qui intègre un volet médicosocial.

C'est dans ce contexte que le développement de la politique institutionnelle gériatrique s'inscrit dans le projet d'établissement qui doit assurer des perspectives stratégiques, c'est-à-dire engager l'avenir de l'hôpital local en terme d'activités, de qualité de prise en charge et de prestations et de l'amélioration permanente de cette qualité dans le temps.

La première partie de ce travail laisse apparaître que la patientèle « personnes âgées » présente des spécificités ce qui suppose que l'accueillir, l'évaluer et la prendre en soin nécessitent un savoir être et un savoir-faire particulier.

A l'hôpital local de Lunel, le souhait de développer une politique institutionnelle gériatrique est énoncé clairement par l'équipe de direction, soutenue par l'équipe médicale.

Si les actions menées et à développer semblent relativement claires pour chacun, l'approche reste encore centrée sur le projet médical.

Derrière les actions, l'approche et les valeurs que souhaite porter l'établissement sont-elles communes à chacun ? Quel sens est mis derrière ces actions ? La même vision de l'évolution de l'établissement est-elle portée par l'équipe de direction et les médecins ?

Ce sont toutes ces interrogations qui ont nourri l'enquête de terrain réalisée auprès de l'équipe de direction et des médecins à l'aide d'une grille d'entretien à questions ouvertes.

2.2.2 La définition de la politique institutionnelle gériatrique à l'hôpital local de Lunel

Les acteurs amenés à travailler autour de cette question font partie de l'équipe de direction (directeur, deux directeurs adjoints et un cadre supérieur de santé), à laquelle s'ajoute le praticien gériatre de l'établissement, le Président de la CME, le médecin coordonnateur du service de médecine et de SSR et le médecin coordonnateur du Long séjour.

Au préalable, il m'a semblé important de repérer le degré de connaissance par chaque acteur de la personne âgée, car élaborer une stratégie d'établissement et développer des actions suppose une connaissance à minima du public concerné.

Les entretiens¹³ menés laissent apparaître que les acteurs concernés ont des connaissances générales voire même précises de la personne âgée et sont à même d'en citer les caractéristiques essentielles comme l'histoire de vie, la fragilité, la vulnérabilité, la polypathologie, les démences et ses conséquences.

Les directeurs et le cadre supérieur de santé ont donc une bonne connaissance des personnes accueillies dans l'établissement.

Cela peut être mis en rapport avec les éléments de motivation qui anime l'équipe de direction pour travailler dans un établissement à vocation gériatrique : utilité sociale du métier, proximité avec les personnes âgées et leur famille, taille de l'établissement permettant un contact avec les agents. Pour deux d'entre elles, la gériatrie est pourtant un secteur d'activité nouveau.

A la question « Comment définiriez vous la politique gériatrique de l'établissement ? », les réponses convergent même si elles sont exprimées différemment. Le développement de la compétence médicale gériatrique est principalement mis en avant, ce qui semble légitime dans la mesure où les grandes orientations médicales restent essentielles dans

¹³ Annexe II - trame d'entretien personnel de direction et cadre supérieur de santé

un établissement de santé et permettent notamment le maintien et l'octroi de moyens financiers.

La compétence médicale gériatrique est la principale réponse aux besoins du territoire et se concrétise par la création d'un poste de praticien hospitalier temps partiel gériatre, par la mise en place de consultations gériatriques, par l'instauration de protocoles de soins dans les services adaptés à la personne âgée, par l'évaluation gériatrique en long séjour et par le souhait de mettre en place une « filière interne » pour clarifier et faciliter le parcours du patient au sein de l'établissement dans un souci de répondre au souhait de proximité dans la limite des compétences présentes à l'hôpital local.

L'ensemble des acteurs concernés est unanime sur leur conception de l'aspect médical de la politique gériatrique mais pense qu'il faut également adapter les services à l'accueil quasi exclusif de personnes âgées en développant notamment l'aspect social à intégrer dans la prise en charge, plus ou moins exprimé lors de l'enquête.

En effet, pour certains, lorsque la question du projet médical est posée, l'aspect social de la prise en charge est automatiquement abordé : la prise en charge de la personne âgée est multidimensionnelle et les médecins soulignent la nécessité de cet aspect même à travers le soin, qui au-delà de la technicité va nécessiter davantage d'écoute, d'empathie et d'explications.

Plus globalement, en tenant compte des éléments recueillis, une politique gériatrique pourrait se définir comme une conception de la manière d'agir et d'appliquer des valeurs et engagements dans la prise en charge des personnes âgées.

Si aujourd'hui l'établissement a défini des orientations médicales pour définir la prise en charge gériatrique, il semble important d'évaluer les modalités de cette prise en charge, qui donnera une indication sur la prise en charge proposée aux personnes âgées.

2.3 Les modalités de prise en charge des patients et résidents

L'hôpital local de Lunel prépare la deuxième visite de certification prévue en novembre 2009 et utilise le référentiel de la Haute Autorité de Santé pour évaluer la prise en charge des patients.

La direction a fait le choix d'appliquer ce même référentiel à l'EHPAD, même si habituellement le référentiel ANGELIQUE est utilisé.

Le référentiel HAS se décompose en deux grandes parties : les droits des patients et le parcours du patient. Au total, 21 items sont référencés mais certains ne sont pas applicables à l'hôpital local qui n'exerce pas certaines activités.

La prise en charge peut se présenter à travers les grandes étapes du parcours du patient au sein de l'établissement et au cours de son séjour. L'étude présentée résulte de l'analyse des items du référentiel ayant fait l'objet de groupes de travail et des observations faites sur le terrain.

Une attention particulière sera portée sur la prise en charge soignante et sur la vie sociale dans l'établissement.

2.3.1 Les points forts de la prise en charge

A) La prise en charge médicale

Dans le domaine médical, en médecine/SSR, la spécificité de l'hôpital local réside en la prise en charge par le médecin traitant. Une trentaine de médecins sont autorisés à intervenir dans l'établissement.

En USLD, il existe un médecin référent dans chaque service.

Le médecin traitant intervient auprès de son patient en EHPAD, celui-ci étant un substitut du domicile.

Le patient est informé par le médecin des éléments médicaux le concernant ainsi que des éventuels événements indésirables survenus pendant son séjour.

En matière de contention, pour les patients dont l'état de santé l'exige, les bonnes pratiques sont respectées.

B) La prise en charge soignante

En complément de l'analyse de la prise en charge¹⁴, une meilleure connaissance du personnel soignant est apparue intéressante et complémentaire.

L'analyse de la prise en charge soignante :

En médecine / SSR, le dossier patient est systématiquement demandé avant l'entrée dans le service à l'établissement d'origine. Lorsque le patient arrive de son domicile, un dossier médical est préalablement rempli par son médecin traitant.

Pour l'USLD et EHPAD, la procédure est différente car la demande d'admission concerne un séjour de longue durée. Un dossier d'admission est remis au patient ou à sa famille et recense des renseignements administratifs : état civil, ressources, histoire de vie, habitudes de vie, pratique d'un culte, relations extérieures, souhaits...

L'instauration d'une commission d'admission permet de mieux orienter la personne en USLD ou en EHPAD en fonction de son état de santé et de son degré de dépendance.

Lorsque le dossier est complet, une visite de pré admission informe le patient et sa famille des conditions de séjours et des tarifs. Une procédure est actuellement en cours de rédaction.

Le jour de l'admission, le livret d'accueil et le règlement intérieur sont remis au patient mais souvent, c'est sa famille qui en prend connaissance.

En service de long séjour, les soignants adaptent leur langage au nouveau patient en attendant une évaluation de son degré de compréhension en équipe pluridisciplinaire. Pour certains patients, une évaluation gériatrique est réalisée à la demande du médecin.

Le patient est informé de la possibilité de nommer une personne de confiance dont les coordonnées figurent ensuite dans son dossier.

¹⁴ Données issues des observations de terrain et des données recueillies dans le cadre de la préparation de la visite de certification

L'organisation du service prévoit le respect de l'intimité (des lieux sont disponibles pour des examens et entretiens avec le patient, présence de stagiaire avec accord du patient).

Comparativement à d'autres établissements hospitaliers, les ratios en personnel sont considérés comme permettant une qualité de prise en charge. Les remplacements sont le plus possible organisés, notamment pour les IDE.

Au 31/12/08	EHPAD	USLD21	P1	P2	P3	Méd/SSR
ETP	34 lits	22 lits	33 lits	33 lits	33 lits	48 lits
IDE	1,9	3	4	3,75	3,75	14
AS	5	5	13,5	13,5	13,5	15
ASH	3	2,5	2	2	2	2,5
CAE	2	2	0,5	0,5	0,5	3
Cadre de Santé	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1

Source : service de soins HL Lunel – effectifs au 31/12/2008

Les conditions d'administration des médicaments sont contrôlées et si la situation le nécessite, une réunion pluridisciplinaire peut être demandée.

Un travail de partenariat s'est organisé avec les laboratoires d'analyses médicales, quelques soient les services.

Les formations sont proposées en interne (prévention et traitement des escarres, prise en charge de la douleur pour l'année 2008) ou dans le cadre du Plan annuel de formation. Elles sont en train de se développer.

En 2009, le CHU de Montpellier accueille des IDE de médecine dans ses services pour une mise à niveau sur la prise en charge de certaines pathologies (ex : pathologies cardio-vasculaires, urologie...). Ce type de formation concerne les IDE.

En cas d'urgence, l'ensemble du personnel est formé sur les conduites à tenir.

L'établissement a mis en place des protocoles de soins dont le respect est régulièrement évalué : lavage des mains, soins aseptiques, soins d'hygiène corporelle, prévention et traitement des escarres, utilisation de la contention, rendez-vous de radiologie, utilisation du chariot d'urgences, isolement de patients infectés...les soignants ont accès aux documents et chaque nouvel agent est amené à en prendre connaissance.

Des réunions d'équipe pluridisciplinaire sont régulières et certaines situations peuvent faire l'objet d'un staff spécial.

Les partenariats sont développés (réseaux plaies et cicatrisations, équipe mobile de soins palliatifs, psychiatrie).

En terme de prévention, la prévention de la maltraitance constitue un risque majeur en établissement accueillant des personnes vulnérables. Des formations ont déjà été faites et il existe un dispositif de signalement interne et externe. Une réactualisation des connaissances n'est pas systématique.

En médecine, compte tenu de l'âge et du degré de dépendance des patients, ce type de prévention est également indispensable et il est prévu de formaliser un temps d'échange autour des difficultés liées aux prises en charge des patients et de structurer la prévention autour des situations à risque.

La sortie du patient est organisée (prescription, fiche de liaison IDE, lettre du médecin, entretien avec la famille). La sortie est programmée avec l'accord du patient et de sa famille. L'assistante sociale peut intervenir sans systématisme, à la demande de la personne ou de sa famille.

En cas de fin de vie, des protocoles existent également. Une équipe mobile de Soins Palliatifs peut intervenir à la demande du patient et/ou de sa famille, des bénévoles peuvent visiter le patient. La mise en place de feuilles de transmission facilite les transmissions et la lisibilité du projet et permet aussi de recueillir les besoins du personnel.

En cas de décès, le personnel soignant connaît le protocole à suivre. Quand les volontés du défunt sont connues, elles sont généralement respectées.

Des Chartes pour le patient sont présentes dans l'ensemble des services. Chaque service possède sa propre charte (Médecine /SSR, USLD, EHPAD), et certaines sont communes à l'ensemble de l'établissement : Charte du patient hospitalisé, Charte du patient dépendant.

Une meilleure connaissance du personnel soignant :

Quelques éléments sur le personnel soignant ont été relevés par le biais de questionnaires¹⁵ à questions ouvertes. Il concerne le niveau de connaissances des soignants sur la personne âgée, les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent au quotidien et les moyens à développer pour les soutenir.

Les cadres de santé se sont montrées très intéressées par ce travail. Il a été remis au personnel soignant présent sur une période de 5 jours. Le taux de retour est de 33% (52 soignants ont remis le questionnaire sur les 155 soignants effectifs).

➤ Les caractéristiques de la personne âgée

Plus de la moitié des soignants abordent l'histoire de vie de la personne âgée, son vécu, sa fragilité, sa vulnérabilité qui a donc une part d'influence sur les soins. Ceux-ci requièrent plus de temps car la personne âgée a besoin d'être écoutée, rassurée, et est en demande d'affection et de reconnaissance, ce qui demande au soignant de la patience et des qualités relationnelles.

24% des agents ne perçoivent la personne âgée qu'à travers la maladie, la dépendance et le besoin accru en soins. On remarque que plus de la moitié de ces agents exercent en service de médecine/SSR.

En secteur d'hébergement, le personnel soignant a une bonne connaissance des caractéristiques de la personne âgée.

71% des agents interrogés disent être stressés dans le cadre de leur activité avec une majorité d'aides soignants (63% d'AS et FFAS) et 80% des agents évoquent l'usure professionnelle (dont 29 aides soignants).

Cette étude montre bien que travailler en service de personnes âgées est difficile car les patients demandent de l'attention, de l'écoute et de la patience qu'il faut combiner au rythme des soins. D'ailleurs, l'enquête montre que les aides soignants et faisant fonction sont plus sensibles à ces comportements que les IDE dont les actes requièrent de la technicité et sont moins liés à l'intimité de la personne (toilette corporelle, change).

De plus, ce sont les soignants de médecine/SSR qui semblent être davantage soumis à l'usure professionnelle. Faut-il le mettre en lien avec les motifs d'embauche dans l'établissement ? La plupart des IDE de médecine/SSR exprime en effet un choix personnel lié à la proximité de leur domicile plus qu'un choix professionnel.

➤ Les difficultés liées à la prise en charge

L'hospitalisation ou l'entrée en secteur d'hébergement est un passage douloureux tant pour la personne âgée que pour sa famille. Cet événement difficile se ressent chez les personnels soignants. La gestion des familles est la difficulté majeure rencontrée dans les services, notamment pour les aides soignants et faisant fonction et plus particulièrement en médecine/SSR où le personnel est peut être moins sensibilisé aux problématiques spécifiques des personnes âgées.

En revanche, en secteur d'hébergement, c'est l'agressivité des personnes qui est difficile à gérer. Cela correspond au profil des patients accueillis : en long séjour, les patients atteints de démence ou de troubles apparentés sont de plus en plus nombreux.

Par ailleurs, la charge de travail est aussi un élément cité dans l'enquête car le travail en gériatrie demande des qualités relationnelles importantes qui se traduisent par de l'écoute, de l'attention, de l'empathie qui doit se conjuguer avec le rythme des soins. Par exemple, en cas de décès dans un service, le personnel soignant se doit de continuer à assurer un soin de qualité tant sur le plan relationnel que technique, malgré le temps à consacrer à la toilette funéraire et à l'accompagnement associée à ce décès.

➤ L'accès à la formation, un levier d'aide pour les soignants

63% des agents concernés par l'enquête pensent que la formation est une aide et peut être une réponse à leurs difficultés. Sur les personnes interrogées, 70% sont des aides soignants. On pourrait supposer que leur formation, plus courte, apporte moins de connaissances sur la personne âgée alors qu'ils sont dans une relation de soin intime et quotidienne.

¹⁵ Annexe IV - trame questionnaire remis au personnel soignant

Les thèmes de formation¹⁶ souhaités sont divers mais on retrouve en priorité une demande de formation sur les pathologies liées à la vieillesse (dont les démences). Ensuite, différentes formations sont évoquées : manutention de la personne, prise en charge de la douleur, gestion du stress, soins palliatifs et accompagnement de fin de vie. Dans l'établissement, la prise en charge se veut être globale et commence à intégrer des notions liées à la vie sociale.

C) La vie sociale au sein de l'établissement

Le service Vie Sociale est rattaché à la direction LET et sur le terrain, c'est un cadre de santé qui supervise le service.

En gériatrie, le développement de la vie sociale est déterminant.

Les éléments recueillis sont extraits d'un entretien¹⁷ mené avec la responsable du service Vie Sociale et des observations faites au cours du stage.

L'animation se développe dans l'établissement, le projet d'animation est en train de se structurer. Les activités sont variées : sorties extérieures, loto, animations musicales ...

En revanche, des bénévoles interviennent régulièrement et leur présence est régulée par l'institution qui a développé une Charte des bénévoles.

Les familles sont de plus en plus sollicitées, même s'il reste difficile de les mobiliser en gériatrie. Soit les familles sont très investies et très présentes, soit elles sont absentes ou démobilisées face au quotidien de la personne âgée.

L'établissement favorise l'accueil des familles : elles ont la possibilité de prendre leur repas avec le patient à la cafétéria de l'USLD et une couchette peut être mise à leur disposition.

Enfin, un lieu de culte est à disposition des personnes sur chaque site et son accès figure dans le livret d'accueil.

¹⁶ Les données chiffrées ne sont pas significatives et sont donc considérées dans une vision d'ensemble.

¹⁷ Annexe V – trame questionnaire personnel vie sociale

D) Les prises en charge spécialisées

Une diététicienne intervient dans l'ensemble des services de l'établissement. Elle rencontre les patients à la demande du médecin et travaille en lien avec les services de restauration pour l'équilibre alimentaire des repas de la personne âgée. Elle tient compte des aversions, des goûts, des préférences, des textures.

Des kinésithérapeutes interviennent auprès des patients hospitalisés en SSR ainsi qu'auprès des patients du secteur hébergement (aide à la marche, rééducation, massages).

L'ergothérapeute prend en charge les patients de SSR.

Depuis 2006, le praticien gériatre assure des consultations de gériatrie à des patients hospitalisés ou non dans l'établissement.

La montée en charge de ces consultations est régulière et conséquente (+ 50 % en moyenne par rapport à 2006). En 2007, 92 patients ont bénéficié de 133 consultations. Trois ont été dirigés vers l'hospitalisation de jour du CHU de Montpellier. Trente deux médecins généralistes du secteur ont fait appel à cette consultation.

Il est important de noter qu'une assistante sociale intervient dans les services à la demande du patient et sur information des soignants. Les patients peuvent également avoir recours à un temps de psychologue, ainsi que leur famille.

E) Les autres éléments participant à la prise en charge du patient

D'autres éléments participent à la prise en charge de la personne âgée.

Les locaux sont adaptés en partie. Les services de médecine et SSR sont très récents et adaptés à la prise en charge. En revanche, les services d'hébergement USLD et EHPAD sont plus anciens et moins fonctionnels. Régulièrement, des aménagements sont réalisés pour améliorer la prise en charge et le confort des patients âgés : bandes noires au sol anti fugues, adaptation de la signalétique avec un représentant des usagers, rénovations régulières (salles de bain, salle à manger).

Un projet de reconstruction est prévu pour les 2 bâtiments les plus anciens abritant l'USLD et l'EHPAD.

Le respect des réglementations spécifiques dans l'ensemble des services participant au séjour de la personne est de rigueur. Des normes sont à respecter dans le secteur de la restauration (normes HACCP), de la lingerie (normes RABC), du traitement des déchets (gestion des DASRI), de l'entretien des locaux, de l'utilisation de produits. Des supports de traçabilité ont été mis en place.

Enfin, l'utilisation de matériels et équipements adaptés à la prise en charge de la personne âgée est un point fort de l'établissement car les équipes veillent à la bonne utilisation du matériel et il existe une politique d'achats coordonnée en lien étroit avec les services de soins. Les achats sont programmés et un effort particulier est accordé au renouvellement des équipements. La présence de matériels adéquats facilite la qualité de la prise en charge ainsi que le travail des soignants.

2.3.2 Les points à améliorer dans la prise en charge

A) Une qualité du suivi qui dépend des pratiques professionnelles

La qualité du suivi médical est liée aux pratiques professionnelles du médecin. Leur disponibilité est variable.

Les examens prescrits ne sont pas systématiquement inscrits dans le dossier du patient et il n'y a pas d'analyse de conformité des ordonnances.

Il n'y a pas actuellement de réflexion transversale menée sur le projet thérapeutique qui prend en compte l'ensemble des besoins du patient et permet de coordonner le travail des professionnels.

Le rapport bénéfice / risque n'est pas systématiquement évalué et dépend de la pratique médicale, sans traçabilité. Les outils de coordination ne sont pas développés.

B) Des pratiques soignantes perfectibles

La présence de chambres à deux lits pose de réelles contraintes pouvant nuire à la confidentialité et à l'intimité de la personne. Cette difficulté est présente tant en service de médecine/SSR qu'en USLD/EHPAD. La mise en place de paravents dans les chambres doubles est en cours de réflexion pour garantir le respect de l'intimité pendant les soins.

Si les règles du secret professionnel sont connues, dans la pratique, elles ne sont pas toujours respectées par les soignants, même s'il existe un protocole sur la confidentialité.

Par ailleurs, tout ce qui concerne la diffusion de l'information n'est pas formalisée (accès au dossier, réunion d'information avec les familles...). Les données des personnes à contacter ne figurent pas systématiquement dans les dossiers.

Globalement, les situations particulières qui nécessitent un consentement éclairé sont mal connues des soignants, certainement par manque de formation.

En médecine, les connaissances des soignants sur le droit des patients ne sont pas actualisées et les situations particulières peuvent être mal repérées.

En terme de dépistage, celui du VIH serait à formaliser avec l'accord et l'information au patient.

Les soignants rencontrent des difficultés pour identifier les patients devant bénéficier d'une surveillance particulière : patient à risque suicidaire, prévention des escarres. La prise en charge de la douleur est en cours de travail (groupe de travail sur ce thème pour mettre en place un protocole d'évaluation, un traitement thérapeutique et un mode de réévaluation périodique).

En médecine le personnel a pu récemment se trouver en difficulté face à certaines situations difficiles.

Enfin, le projet de vie et le projet de soins sont systématiquement réalisés mais le consentement du patient n'est pas toujours recueilli. A noter que les soignants impliquent plus ou moins le patient et tiennent plus ou moins compte de l'avis de la famille, en fonction de leur formation initiale.

Pour la sortie du patient, la transmission des informations en aval n'est pas formalisée en médecine et SSR.

Le respect de la volonté des patients pour les sorties est parfois difficile, de même avec les familles et il n'y a pas trace de cette volonté dans le dossier du patient.

En médecine, la volonté du patient est peu prise en compte pour sa sortie. Le mode de sortie va essentiellement dépendre de son degré de dépendance et pas forcément des directives anticipées qu'il a pu émettre.

Certains aspects la vie sociale seraient également à développer.

C) Une vie sociale à développer

Le temps d'animation, qui concerne le secteur hébergement, est peu important : une animatrice responsable du service Vie Sociale, une animatrice et une coiffeuse participant également à des activités. Au total, cela représente 2,4 ETP.

Peu d'activités sont proposées et les soignants sont plus ou moins impliqués et mobilisés sur cet aspect de la prise en charge. Les qualifications du personnel participent très certainement à cette tendance : on remarque la présence d'une seule Aide Médico-psychologique en service USLD.

En médecine/SSR, certains patients ont demandé à bénéficier d'animations mais ce type de prestation n'est pas financé en court et moyen séjour.

Peu de familles utilisent les repas accompagnants et les couchettes car les personnels ne sont pas tous informés de ces possibilités et la possibilité d'utiliser des couchettes ne figure pas dans le livret d'accueil.

Enfin, une fois les points forts et faibles repérés, il a semblé opportun de vérifier quelles sont les attentes des patients et résidents, en terme de prise en charge globale afin de mesurer les écarts et de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour adapter la prise en charge actuellement proposée.

2.3.3 Les attentes des patients et résidents en terme de prise en charge

La dernière étape de l'enquête concerne les patients et résidents. Si l'équipe de direction possède des connaissances sur la personne âgée, si les médecins sont favorables au développement d'une politique gériatrique au sein de l'établissement, si la prise en charge soignante est globalement satisfaisante, il reste à déterminer quelles sont les attentes des patients.

Pour cela, une double méthode a été utilisée. L'hôpital local de Lunel a mis en place une politique qualité dans laquelle s'intègre la satisfaction des patients. Un questionnaire de sortie existe en service de médecine / SSR et fait l'objet d'une attention accrue.

Pour l'instant, il n'y a pas de questionnaire de satisfaction mis en place en secteur d'hébergement. Ce type de questionnaire a donc été proposé aux résidents de l'EHPAD et

aux résidents de l'USLD en capacité de répondre. L'assistante sociale du service a participé au recueil des données.

A) Les attentes en médecine / SSR et en USLD / EHPAD

a) *Analyse des questionnaires de satisfaction de l'année 2008*

Des remarques positives et négatives se dégagent de l'analyse des questionnaires de sortie, proposés à chaque patient en fin de séjour.

Les remarques positives concernent le personnel tant à l'accueil administratif qu'au niveau des soins. Le personnel est qualifié de gentil, disponible, aimable, motivé, dévoué, professionnel, réconfortant. L'entretien et le confort de la chambre font également partie des points forts. Enfin, les patients sont satisfaits des repas, qualifiés de variés, copieux, bien servis et appétissants.

En revanche, d'autres réponses font état de remarques négatives concernant aussi le personnel, pas assez à l'écoute du malade, il est mentionné qu'il n'est pas assez humain à l'égard des malades et certains soignants manquent de tact. Les soins ne sont pas effectués de la même manière selon les soignants et l'information sur la prise des médicaments diffère également selon les personnels. Enfin, les réveils sont qualifiés de trop matinaux.

Les points négatifs concernent également l'entretien et le confort des chambres. Les chambres manquent de nettoyage le week end et les remarques concernent essentiellement les salles de bains dont les équipements sont insuffisants et qui manquent de fonctionnalité (pas de fauteuil dans les douches, pas de porte serviettes, aérations bruyantes et sales, eau du lavabo chaude).

Selon les chambres, l'environnement est bruyant, cela concerne les chambres à proximité de la chaudière et les chambres occupées par des patients déments (cris).

Enfin, les repas font l'objet de remarques: qualité médiocre, manque de fruits, répétitifs, trop copieux, pas assez variés. Certains malades évoquent le souhait d'avoir plus de qualité et moins de quantité. En fonction des jours, les repas sont servis trop chauds ou trop froids.

Des remarques plus ponctuelles et peu fréquentes ont pu être relevées : problème de liaisons téléphoniques, absence de navette entre le Pôle de Santé et le centre-ville, pas

de point presse ni de boîtes aux lettres, manque de personnel IDE et AS, impossibilité d'utiliser un casque TV pour les malentendants, manque de bancs sur le parking, pas de monnayeur, pas d'espace fumeurs protégé.

b) *Recueil des données des questionnaires transmis aux patients de l'EHPAD et de l'USLD*

Le taux de réponse des questionnaires remis aux personnes âgées est de 35% en USLD et EHPAD avec un taux de retour plus important en EHPAD. Cela s'explique par le degré de dépendance moins élevé qu'en USLD et donc par la capacité personnelle à remplir ce type de document.

Le questionnaire utilisé¹⁸ s'inspire de questionnaires déjà en vigueur dans les établissements ayant des activités de gériatrie.

Il se décompose en grandes thématiques :

- l'accueil dans l'établissement
- le confort de la chambre
- les repas
- les lieux de vie
- la prise en charge : soignante, médicale, vie sociale.

Globalement, trois grandes tendances se dessinent :

L'aspect matériel du séjour est satisfaisant : la chambre, les repas, les lieux de vie et la prise en charge soignante, le taux de satisfaction varie entre 85% et 97%.

En revanche, des points sont à améliorer en terme d'accueil du patient et de prise en charge médicale.

Pour l'accueil, le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis et la visite de l'établissement n'est pas généralisée.

En matière de prise en charge médicale, le délai de visite du médecin à l'admission n'est satisfaisant qu'à 68% et les patients soulignent le manque d'information lié à la prescription d'exams de santé.

¹⁸ Annexe VI - questionnaire remis aux patients USLD et résidents EHPAD

Enfin, en terme de vie sociale, de nombreux items ne sont pas globalement satisfaisants, les activités proposées ne sont pas suffisantes à 48% et seulement 32% des patients les trouvent adaptées. L'accès au culte est lui aussi inadapté (à 62%) et insuffisant (à 65%). Les patients trouvent également que la présence de bénévoles est insuffisante (71%) et que la prise en compte des avis et suggestions n'est pas systématique.

Toutefois, une note moyenne de 8,3/10 est donnée à la satisfaction du séjour à l'hôpital local de Lunel avec une variation de 5/10 à 10/10.

B) Les écarts entre la prise en charge proposée et les attentes des patients

Il est intéressant de mesurer les écarts entre la prise en charge actuelle et les attentes de patients et des résidents.

Très rapidement, on remarque que les points faibles de la prise en charge coïncident avec les éléments insatisfaisants soulignés par les patients et résidents à travers des questionnaires à savoir :

- le délai de visite du médecin traitant en médecine
- le manque d'information lié aux prescriptions d'examens médicaux
- les activités sont insuffisantes

Des points sensés être satisfaisants au niveau de l'institution ne le sont pourtant pas dans la réalité. Cela concerne :

- l'accueil du patient : remise du livret d'accueil et visite de l'établissement
- les activités ne sont pas toujours adaptées
- la présence de bénévoles est insuffisante
- l'accès au culte n'est pas suffisant ni adapté
- la prise en compte des avis et suggestions n'est pas systématique

3 Les préconisations pour optimiser le développement de la politique institutionnelle gériatrique

Le fait d'avoir effectué un premier état des lieux de la prise en charge permet d'évaluer la situation de l'établissement et de prendre conscience des améliorations à amener.

3.1 Affirmer clairement la volonté de développer une politique institutionnelle gériatrique et en donner une définition commune

Si développer une politique institutionnelle gériatrique s'inscrit dans une politique de santé plus globale, l'objectif est de répondre aux enjeux du vieillissement du territoire de santé.

L'analyse de la population accueillie dans l'établissement et l'environnement local renforce la légitimité de mener une telle politique au sein de l'hôpital local de Lunel.

Pour développer pleinement cette politique, il est important que la direction de l'hôpital porte ce projet, que les médecins soient partis prenante et que les équipes s'impliquent dans chaque service, tel qu'on l'entrevoit d'ores et déjà.

La volonté de développer cette politique doit se retrouver dans le projet d'établissement.

La réflexion doit se poursuivre et les actions déjà menées doivent se développer et s'inscrire dans la politique de l'établissement.

Concrètement, une politique se définit à travers des valeurs, une culture que l'on souhaite appliquer et transmettre au sein de l'établissement. Ces valeurs font référence à une éthique professionnelle que l'on souhaite développer. L'hôpital local de Lunel est un établissement public hospitalier, il accueille essentiellement des personnes âgées, sans discrimination de revenus, d'état de santé. Sans visée lucrative, il aspire à proposer une palette de soins la plus complète possible aux personnes âgées du territoire de santé sur lequel il est implanté. Le respect de la personne âgée, le respect de ses choix et la qualité du soin sont la base de la prise en charge proposée.

Ces valeurs doivent être écrites et se diffuser dans l'ensemble de la structure et chaque personnel doit y être sensibilisé et y adhérer.

Ces valeurs servent également de socle à l'élaboration du projet d'établissement dans son ensemble. L'établissement doit aussi mener une réflexion sur la place du soin dans la prise en charge globale du patient et du résident.

Porter et défendre des valeurs reposent tant sur une volonté de la direction que sur l'adhésion des équipes.

Enfin, l'organisation des services doit se référer à ses valeurs et faire en sorte de les respecter dans le long terme.

Offrir un niveau de confort aux patients et résidents peut entrer dans les valeurs que souhaite porter l'établissement : volonté d'améliorer les conditions d'hébergement, développer les prestations hôtelières, renforcer l'animation et la vie sociale, favoriser la place des familles et l'intergénérationnel.

Enfin, en ce qui concerne l'EHPAD dont le développement est certain, l'approche médico-sociale de la prise en charge doit se renforcer en modérant l'approche sanitaire même si l'établissement accueille des personnes âgées très dépendantes ou SMTI. Le personnel soignant, compétent dans le domaine des soins, va devoir s'adapter à cette nouvelle approche.

Donner une définition commune de la politique institutionnelle gériatrique au sein de l'établissement se présente donc comme une priorité. Elle devra prendre en compte non seulement les aspects médicaux et soignants de la prise en charge, mais aussi les aspects sociaux, familiaux et environnementaux de la personne.

Mise en œuvre :

Après une phase d'élaboration d'une politique institutionnelle propre à l'établissement à laquelle les équipes auront participé, le directeur arrêtera ses choix en adéquation avec la politique régionale (actuellement ARH et DRASS). C'est à ce stade que débutera la deuxième phase de présentation au Conseil d'Administration, peut être préparé au préalable par un travail de commission réunissant cadres de direction et quelques administrateurs. L'ensemble sera ensuite soumis au Conseil d'Administration plénier pour approbation.

Actuellement, une dynamique se développe dans l'hôpital. Si des actions sont en train de se mettre en place, des pistes d'actions complémentaires peuvent être proposées.

3.2 Développer des actions concrètes et poursuivre celles déjà mises en place

Des actions complémentaires peuvent être proposées en plus des actions déjà mises en place et en tenant compte des réalités de terrain.

3.2.1 Les actions déjà mises en place dans l'établissement ou en cours de réflexion

L'établissement a commencé à mettre en place des actions :

- formation des personnels à la spécificité de la personne âgée, ses pathologies, ses modes de prise en charge à travers le Plan Annuel de formation,
- développement des consultations gériatriques avec projet d'extension du temps de présence du médecin gériatre
- mise en place d'une politique d'achat par la direction LET (équipement et matériel spécifique à la prise en charge de la personne âgée)
- construction d'un projet d'animation
- réflexion autour du développement de modes d'accueil spécifiques (accueil de jour, hébergement temporaire, unités spécifiques pour personnes déambulantes, unités pour prise en charge de personnes handicapées vieillissantes.)

Par ailleurs, avec l'avancée en âge, les troubles psychiatriques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique sont fréquents. Lorsque les patients sont hospitalisés en service de gériatrie, l'interaction de ces pathologies avec les polyopathologies liées au vieillissement rend nécessaire une étroite collaboration avec les services de psychiatrie.

Les relations avec le secteur de psychiatrie du CHU de Montpellier ne sont pas totalement naturelles. Certains services, notamment les secteurs d'USLD et EHPAD, travaillent en étroite collaboration mais cela n'est pas formalisé à l'ensemble des services de l'hôpital. Or, en court séjour de médecine, il est fréquent d'accueillir des patients dont la double prise en charge serait nécessaire.

La signature d'une convention avec le secteur psychiatrique du CHU de Montpellier semble donc évidente et ne pose a priori aucune contrainte, d'autant plus que la ville de Lunel accueille un Centre Médico-Psychologique rattaché au CHU. L'établissement doit prochainement régulariser ce partenariat.

Néanmoins, pour optimiser une politique institutionnelle gériatrique, des actions complémentaires seraient à développer.

3.2.2 Les propositions d'actions complémentaires

A) Sensibiliser en permanence les soignants à la politique de lutte contre la maltraitance

La priorité concerne la pérennisation d'une politique de lutte contre la maltraitance dans l'ensemble des services, y compris les services de médecine et SSR où les personnels sont moins formés aux problématiques de la personne âgée.

Parler ouvertement des situations de maltraitance, les prévenir, les détecter et les traiter est une des priorités d'un établissement accueillant des personnes vulnérables.

Mise en œuvre :

Des formations - actions sont assez intéressantes dans la mesure où elle propose un volet de mise en pratique des connaissances théoriques acquises durant la session de formation.

Des modules de formation pourraient également se mettre en place en interne (à moindre coût), avec l'aide des psychologues, des assistantes sociales et du médecin gériatre, sans oublier d'inclure les personnels de nuit dont l'isolement constitue un facteur de risque.

La modification de la répartition des lits USLD/EHPAD amène à repenser les modes d'organisation, tant dans les services de soins que les services supports comme la restauration.

B) Une approche des soins à revisiter

Le rythme des soins pourrait être repensé (heures des toilettes et des soins, organisation autour des repas (mise de table, horaires des repas).

Le temps de travail soignant sera certainement revu avec les modifications d'activité (lits d'USLD transformés en lits d'EHPAD) et cela demandera dans un premier au temps au personnel à apprendre à travailler différemment.

Mise en œuvre :

Il serait possible de respecter au mieux l'horaire de lever des personnes afin de ne pas les réveiller pour effectuer leur toilette ou leur amener leur petit déjeuner. Une réflexion pourrait être menée pour repenser les horaires des personnels soignants. Par exemple, il serait possible de décaler les planning d'une heure passant ainsi de 6h24-14h, 13h30-21h06, 20h45-7h à 7h24-15h, 14h30-22h06, 21h45-8h. Au préalable, une réunion avec les représentants du personnel est à organiser pour consultation et avis.

Au sein des équipes soignantes, il serait intéressant de proposer aux cadres de santé d'avoir un rôle pivot permettant d'impulser une dynamique de travail pour éviter la routine, contrôler les pratiques soignantes, repérer les situations à risque et associer le plus possible les médecins au travail pluridisciplinaire.

La mise en place d'un référent au niveau des soins permettrait au patient et au résident d'avoir un interlocuteur privilégié et permettrait des échanges plus pertinents avec les familles.

C) Repenser les procédures de sortie

Une attention particulière est portée à l'admission du patient, quelque soit le service concerné. En revanche, les modes de sortie méritent d'être repensé. Cela concerne essentiellement les services de médecine et de SSR, car la plupart du temps, les patients intégrant l'USLD et l'EHPAD résident dans le service jusqu'à leur décès.

Mise en œuvre :

Il serait par exemple intéressant de disposer de l'avis du médecin gériatre à la sortie du patient ; actuellement, l'établissement réfléchit à l'opportunité d'instaurer un bilan gériatrique systématique à l'entrée du patient et pourquoi pas l'envisager à la sortie du patient.

Cette évaluation de sortie permettrait de définir la meilleure orientation possible du patient (domicile, SSR, USLD, EHPAD). Par ailleurs, les professionnels et les dispositifs d'aval peuvent être très nombreux (médecin traitant, IDE libérale, famille, aide à domicile, portage de repas, téléalarme...).

La sortie pour les personnes fragilisées et en perte d'autonomie est un passage décisif et le retour à domicile, lorsqu'il est souhaité, doit être privilégié si les garanties de prise en charge sont assurées.

Dans cette hypothèse, il faudrait solliciter l'ARH pour obtenir des budgets supplémentaires en le justifiant dans un projet écrit et argumenté au regard du projet d'établissement.

D) Développer la vie sociale en secteur hébergement

Si les moyens restent limités dans ce secteur, il est néanmoins important de développer les aspects relatifs à la vie sociale.

La responsable du service Vie Sociale dont la création de poste est récente, appréhende désormais le type de patients accueillis et le fonctionnement des services de soins.

La finalisation du projet d'animation va permettre de clarifier le programme d'activités et de trouver plus de cohérence avec les projets de soins.

Mise en œuvre :

L'EHPAD renouvelle sa convention tripartite fin 2010. Il devra proposer pour les 5 ans à venir un projet d'animation structuré, réfléchi et adapté aux problématiques de la personne âgée d'aujourd'hui et de demain. Par ailleurs, la transformation de 71 lits d'USLD en EHPAD sera bientôt effective. Ces deux facteurs sont l'occasion de renégocier d'une part les moyens humains octroyés lors de la signature de la première convention tripartite et d'autre part, d'obtenir des moyens humains suffisants pour mettre en œuvre le nouveau projet d'animation.

Le recrutement d'animateur « débrouillard » est également un atout, car il saura faire avec les moyens du bord des animations de qualité et il saura nouer des partenariats avantageux avec des acteurs extérieurs.

Enfin, l'animation n'est pas uniquement du ressort des animatrices, les activités doivent permettre le maintien de certaines fonctions et le personnel soignant doit y participer pleinement. La direction doit affirmer son soutien à l'animation et reconnaître le rôle de chaque profession dans le bien être du résident. Pour cela, la direction doit recruter du personnel qui aime travailler en équipe, favoriser la formation, veiller à la reconnaissance du travail par la hiérarchie ou encore développer des projets multidimensionnels impliquant différents types de professionnels.

Le recrutement de stagiaire AMP par le biais de l'IRTS de Montpellier pourrait permettre de mieux connaître cette profession et d'en évaluer ses atouts dans la prise en charge des personnes âgées. Actuellement, l'hôpital ne connaît qu'une AMP dans ses effectifs. Cette nouvelle profession est en effet plus développée dans le secteur privé que dans le secteur hospitalier. L'embauche d'aides médico-psychologiques en service de gériatrie semble une opportunité intéressante à laquelle l'établissement doit se sensibiliser.

La mise en place d'outils communs pour faciliter la communication avec les soignants serait aussi à développer : installation de plannings d'animations dans les salles de soins pour éviter de programmer des rendez vous médicaux sur ces plages horaires sauf urgences, proposition au résident/patient d'afficher son planning dans sa chambre pour le rendre davantage acteur, repérage des personnes ayant les mêmes centres d'intérêts.

Spécifier la nécessaire collaboration animateur-soignant dans les fiches de poste clarifierait les relations. Par ailleurs, le développement de projets devrait permettre de fédérer les équipes.

Enfin, la direction devra veiller à ne pas faire du budget animation une variable d'ajustement des budgets.

E) Développer les partenariats avec le Pôle de santé

Le partenariat public-privé qui lie l'hôpital local aux activités privées développées au Pôle de Santé, devrait permettre de développer des conventions au niveau des soins (cabinet de radiologie, scanner, consultations spécialisées) car actuellement, seules des conventions techniques de fonctionnement existent.

Par exemple, au lieu de transporter des patients au CHU de Montpellier pour certains examens, ils seraient judicieux de s'organiser avec les cabinets libéraux du pôle pour

éviter les transferts de patients. D'une part, le transfert dans un autre établissement insécurise le patient âgé et d'autre part, cela a un coût élevé.

Actuellement, l'utilisation des infrastructures du Pôle de santé n'est pas optimale et dépend de la pratique de chaque médecin.

Mise en œuvre :

Des échanges préalables avec la future Agence Régionale de Santé pourrait avoir comme objectif d'engager des négociations pour obtenir des tarifs conventionnés pour les patients de l'hôpital local.

Une convention type pourrait alors être proposée à la direction de la Clinique.

F) Mener une politique de ressources humaines en adéquation avec l'approche gériatrique développée dans l'établissement

Une approche de la vision globale de la personne âgée serait intéressante à mener. En effet, une meilleure connaissance de cette patientèle est nécessaire pour sa compréhension et son appréhension.

En terme de recrutement, les critères d'embauche doivent être en lien avec la spécificité gériatrique recherchée : profil, formation initiale, expériences professionnelles antérieures, qualités personnelles, qualités relationnelles. Une exigence dans le recrutement apparaît indispensable.

La direction des ressources humaines et le cadre supérieur de santé pourraient déterminer des critères basés sur les compétences, les parcours professionnels, les qualités pour travailler en équipe, en associant d'autres professionnels comme les psychologues, les assistantes sociales, les cadres de santé.

Dans les services de soins, les mutations en interne sont à favoriser. Le changement régulier de service prévient l'usure professionnelle et la routine ; cela demande également au soignant de réactualiser régulièrement ses connaissances et de repenser à ses pratiques professionnelles lorsqu'il intègre une nouvelle équipe. Cela facilite également la polyvalence en cas de réorganisations de planning liées à des absences.

Par ailleurs, la direction pourrait se rapprocher des autres acteurs intervenant dans le secteur gériatrique, car ce sont des agents potentiels pour l'hôpital.

En terme de professionnalisation, la prise en compte de la souffrance des soignants est une aide pour proposer un accompagnement adapté et réduire ainsi les risques d'épuisement professionnel.

Quant aux services supports (services logistiques, services techniques, service administratif), ils pourraient également bénéficier de formations relatives à la connaissance de la personne âgée. Par exemple, lorsque les services techniques interviennent dans la chambre d'un patient, certaines connaissances sur les pathologies et les comportements permettraient d'adapter l'acte technique à réaliser : certains patients âgés vivent très mal l'intrusion d'un ouvrier dans leur chambre et le tact n'est pas toujours présent.

En terme de prise en charge psychologique liée à la prise en charge de patients polyopathologiques est lourde et difficile à assumer et le nombre important de décès peut constituer une réelle souffrance pour les soignants.

C'est aussi dans ce cadre que le rôle et la place des psychologues pourraient être revisités car elles n'interviennent qu'auprès des patients et leur famille. Or, l'organisation de temps de parole avec les soignants permettrait d'évacuer la charge affective de la prise en charge ainsi que l'agressivité que certains soignants peuvent éprouver en service de long séjour.

En terme de suivi des personnels, la direction des ressources humaines et le médecin du travail pourraient installer un système de veille permettant de repérer en amont les situations d'épuisement professionnel des équipes, à l'aide par exemple d'un tableau de bord pointant les absentéismes, le turn-over...Des critères d'alerte pourraient être fixés (exemple : ratio minimum de personnel dans un service).

G) Construire un réseau autour de la prise en charge de la personne âgée

Il serait intéressant de développer le travail en réseau et de le formaliser. Le départ récent du Comité Local d'Information et de Coordination de l'enceinte de l'hôpital amène à repenser le réseau mis en place par les professionnels.

Parfois, la dépendance est soudaine et les familles ont besoin de se laisser un peu de temps avant de prendre une décision. Lorsque aucune décision n'a été envisagée en amont, l'hôpital de proximité demeure un recours évident en attendant de trouver un hébergement.

Actuellement, les soignants travaillent en partenariat avec d'autres professionnels autour de situations individuelles. La constitution d'un réseau permet d'envisager la situation de la personne âgée dans sa globalité.

En effet, l'objectif du réseau est d'assurer une prise en charge coordonnée et continue de la personne âgée dans son environnement. L'ensemble des aspects de l'individu est pris en compte. Le réseau facilite l'accès à des soins adaptés et la coordination et l'interdisciplinarité permet de mieux connaître l'ensemble des professionnels et des acteurs intervenant dans le secteur, et notamment les acteurs de la filière gériatrique.

L'hôpital local pourrait être un acteur central dans la constitution du réseau car il est déjà en lien avec de nombreux partenaires.

Quant à l'intégration des médecins généralistes dans le réseau, elle serait très riche dans la mesure où ils constituent le pivot du système de prise en charge des personnes âgées. Mais pour cela, il faudrait réfléchir au type d'implication que l'on pourrait leur demander en tenant compte de leurs contraintes professionnelles (présence en cabinet libéral, rémunération du temps passé dans le réseau, positionnement par rapport aux situations individuelles de leurs patients...).

Mise en œuvre :

Les deux assistantes sociales de l'établissement pourraient dans un premier temps effectuer un travail de recensement des partenaires et un travail de repérage des partenaires potentiels. Les médecins de l'hôpital pourraient effectuer le même type de repérage dans le cadre de leurs relations avec leurs confrères.

Dans un deuxième temps, l'équipe de direction pourra se saisir de ces données, interpellier les politiques locaux pour réfléchir à la formalisation du réseau.

H) Avoir un haut niveau d'exigence au-delà des services de soins

L'établissement doit avoir un haut niveau d'exigence pour l'ensemble de ses services afin d'assurer des prestations de qualité et faire face à la concurrence des autres établissements, notamment des EHPAD des communes alentours dont certains proposent des projets de vie et des prestations hôtelières de grande qualité.

Si la qualité des soins reste une priorité, il n'en demeure pas moins que le patient âgé aspire à une qualité de séjour qui augmente ces dernières années. Le confort de la chambre, la qualité des repas servis, les activités proposées, la convivialité de l'établissement sont autant de facteurs qui rendent le séjour de la personne plus supportable. Sans oublier que les personnes âgées de demain auront été habitués à vivre avec un certain niveau de confort et accepteront plus difficilement des prestations de base.

Mise en œuvre :

Il semble important que l'équipe de direction soit sensibilisée aux établissements qui l'entourent.

Les établissements récents proposent souvent des prestations intéressantes et les visiter et s'en inspirer représentent toujours un atout (cadre bâti, projet d'établissement, décoration et ambiance).

I) Mener une réflexion globale autour du futur projet architectural

Une réflexion plus globale serait à mener dans le cadre du projet de reconstruction d'une partie de l'hôpital. Les bâtiments actuels abritant les lits d'USLD et d'EHPAD seront vendus et reconstruits sur le site du pôle de santé. Le projet architectural mérite une réflexion poussée, en cohérence avec la politique que souhaite mener l'établissement.

Les échanges et les visites d'autres établissements dont la construction est récente apportent des informations complémentaires intéressantes sur les points forts de la construction, les erreurs à éviter...

L'aménagement des espaces est un point crucial du dossier de construction. Les espaces doivent être aménagés en fonction des orientations médicales données et des projets de

vie et de soins (unités spécialisées dans la prise en charge des résidents déambulants, accueil de personnes handicapées vieillissantes, accueil de résidents très dépendants...). Une des difficultés majeures repose sur l'engagement minimal sur 30 ans qui demande à ce que le cadre bâti réponde aux exigences de demain et d'après demain.

Cet aspect souligne l'importance de rédiger avec attention le projet d'établissement afin qu'il réponde aux projets que l'on souhaite développer pour la personne âgée, tout en anticipant les futurs projets à venir.

Le défi est donc de construire un cadre bâti pertinent, évolutif, adaptable en permanence aux besoins des patients / résidents et leurs familles.

Un contact avec les organismes de tarification et de contrôle est important car il permet de clarifier les exigences de construction au regard des cahiers des charges et des impératifs actuellement demandés et permet d'avoir une visibilité sur les orientations actuelles et à venir en matière de prise en charge des personnes âgées.

3.3 Les difficultés repérées pour le développement d'une politique institutionnelle gériatrique

Mettre en place une politique gériatrique n'est pas une démarche aisée et des difficultés peuvent survenir. Il est important d'en prendre conscience afin de les anticiper et d'y faire face.

3.3.1 Un virage non négocié vers des activités médico-sociales

L'hôpital local de Lunel est actuellement un établissement fortement sanitaire d'une part de par ses activités et d'autre part de par la formation et la culture des personnels.

Pourtant, les nouvelles orientations vont en faire un établissement à forte vocation médico-sociale et ce passage va très certainement susciter des incompréhensions et des éventuelles résistances.

Le personnel soignant devra adhérer aux nouvelles orientations données par l'établissement et accepter de modifier ses pratiques professionnelles en intégrant le secteur médico-social au sanitaire où le soin n'est plus au centre de la prise en charge.

Mise en œuvre :

Une valorisation du travail en gériatrie sera nécessaire pour arriver à recruter un personnel motivé, dynamique et réactif. Si une nouvelle politique de recrutement se met en place pour le remplacement des agents partant en retraite, il faudra néanmoins tenir compte des agents en poste qui pourront présenter des résistances aux changements.

La formation sera l'outil majeur pour accompagner cette évolution d'activités.

3.3.2 Des activités dont le financement risque d'être difficile

Les enjeux liés à la réforme du financement des hôpitaux sont de taille pour le secteur gériatrique. Actuellement, les modes de financements se basent sur des enveloppes globales. Avec l'arrivée du principe de la tarification à l'activité, chaque type de séjour correspondra à un tarif spécifique.

L'hospitalisation des malades âgés soulève plusieurs difficultés :

- La durée moyenne de séjour est plus longue ce qui engendre un coût du séjour important, la sortie du patient est plus difficile à organiser.
- La consommation de médicaments onéreux est en augmentation (ex : traitement pour la maladie d'Alzheimer)
- la pluridisciplinarité n'est pas forcément prise en compte dans la prise en charge du patient âgé (aspect médical mais aussi social).
- Il est à craindre que les moyens humains ne soient pas à la hauteur des besoins : recrutement de gériatres, de psychologues, de kinésithérapeutes ...

Par ailleurs, le temps de travail des soignants en gériatrie se conçoit différemment et cela n'est pas pris en compte dans le système de tarification. Le temps passé auprès du patient âgé est plus long (aide à l'alimentation, nursing), la fragilité et la dépendance posent des difficultés supplémentaires (fugues, escarres, chutes, dénutrition, risque de dépression). Enfin, le nombre de patients déments augmente.

La mise en place de cette tarification à l'activité risque donc d'avoir des conséquences problématiques : difficulté de gestion des lits d'EHPAD en milieu hospitalier, remise en question de la pertinence des hospitalisations en médecine, difficulté de développement d'activités supplémentaires comme par exemple les consultations gériatriques ou l'accueil de jour.

Par ailleurs, l'hôpital local va devenir un concurrent direct des EHPAD. Actuellement, son prix de journée, très attractif (environ 15 €/jour de moins que le tarif moyen des 4 autres EHPAD du canton), permet d'optimiser les lits d'EHPAD mais quand sera-t-il lorsque l'hôpital sera reconstruit et proposera alors un prix de journée équivalent aux autres établissements ?

Comment l'établissement gèrera-t-il sa double fonction d'EHPAD concurrent et d'établissement de proximité de recours ?

Conclusion

La dynamique actuelle impulsée dans l'établissement va monter en charge et tendre vers une plus forte intégration dans la spécificité gériatrique. L'orientation gériatrique semble incontournable compte tenu de l'âge de la population hospitalisée et de la teneur des projections démographiques.

Pour améliorer la qualité de la prise en charge, il était essentiel d'établir un état des lieux qui pointe les forces et les carences en terme de pratiques et de procédures.

Le développement d'une politique institutionnelle gériatrique n'a pas pour but de remettre en cause le travail fourni par les équipes mais a pour but de donner une ligne directrice pour optimiser la prise en charge médicale et soignante ainsi que l'ensemble des prestations qui concourent au confort de la personne âgée durant son séjour.

Le développement d'une telle politique nécessitera du temps, d'autant plus que les activités de l'hôpital vont évoluer. Le projet d'établissement, en cours de rédaction, devra impérativement intégrer cette nouvelle donne même si la partition des lits USLD/EHPAD n'est pas encore effective à la date de rédaction de ce mémoire.

Une plus forte sensibilisation du personnel et la mobilisation des médecins généralistes du secteur représentent un travail de longue haleine.

Lorsque la politique institutionnelle gériatrique de l'hôpital sera affichée, une réflexion plus précise sur la place de l'établissement dans la filière gériatrique devra être menée. Quels liens ? Comment ? Par quel biais ?

La construction de cette deuxième étape devra se faire avec beaucoup d'attention et de diplomatie afin de respecter les logiques et les intérêts de chacun, tout en priorisant l'intérêt du patient.

Le lien avec les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux est aussi à construire et le rôle de chacun doit être bien défini. Mais quoi qu'il en soit, si les partenariats et les conventionnements deviennent obligatoires, ils se construiront nécessairement dans le temps.

L'hôpital local de Lunel est un établissement à potentiel qui apparaît aujourd'hui totalement mobilisé pour réussir un projet d'avenir déterminant.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

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

Circulaire n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Décret n°2003-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux

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

Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la citoyenneté et à la participation des personnes handicapées

Circulaire n°DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise e œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité des SSR

OUVRAGES

AMYOT JJ., 2008, *Travailler auprès de personnes âgées*, 3^{ème} édition, Edition Dunod, 402 p.

AMYOT JJ – VILLEZ A, 2001, *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Edition Dunod, 214 p.

BADET-RODRIGUEZ C., 2007, *Les personnes âgées en institution : vie ou survie*, Edition Seli Arslan, 192 p.

CARADEC V., 2001, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Edition Nathan Université, 126 p.

CONNAGLE S. – VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées – De la relation humaine aux motivations*, Edition Erès, 150 p.

CONNAGLE S. – VERCAUTEREN R., 2007, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées – La culture gériatrique dans les équipes multiprofessionnelles*, Edition Erès, 141 p.

DELIOT C.-CASAGRANDE A., *Vieillir en institution : témoignages de professionnels, regards de philosophes*, Edition John Libbey, 176p.

FHF, *L'hôpital de A à Z*, Edition 2004.

FONTAINE R., 2007, *Psychologie du vieillissement*, Edition Dunod, 203 p.

HENRARD J-C., 2002, *Les défis du vieillissement*, Edition La découverte, 233 p.

HOLCMAN R., Août 2007, *La fin de l'hôpital public ?*, Edition Lamarre, 104 p.

JEANDEL C., BONNEL M., 2006, *Livre Blanc de la Gériatrie française*, Edition ESV Production, 431 p.

JEANDEL C., PERIE H., Octobre 1998, *Réussir son avancée en âge*, Edition Frison Roche, 223 p.

MAGUERES G., 2005, *L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, Edition ENSP, 119 p.

MANOUKIAN Alexandre, 2004, *Les soignants et les personnes âgées*, Edition Lamarre, 165 p.

ARTICLES

DEBROSSE D., ARBUZ G., Mars 2003, « Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? » *Gestion Hospitalière* n°424, , pp 191-199.

BUISSIERE A., Mars 2005 « Un métier d'avenir, les personnes âgées », *Le quotidien du médecin*.

DE LA SEIGLIERE A., LOMBRAIL P., Juin 1999, « La place du service de médecine de l'hôpital local dans l'offre de soins, *Journal d'Economie Mondiale*.

JEANDEL C., BLAIN H., 2003, « Aspects biologiques, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique », *La revue du praticien* n°53, pp 97-106.

JULIEN P., Mars 2008, « L'animation, un soin à part entière », *La revue de gériatrie*, n°138, pp 25-26.

RAPPORTS ET PLANS

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, Rapport remis au Ministre de la santé et des solidarités, avril 2006.

Vieillir en restant actif, cadre d'orientation, Genève, OMS 2002, 60 pages.

Plan Solidarité Grand Age présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 juin 2006

Plan National « Bien Vieillir 2007-2009 »

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

THESES ET MEMOIRES

KERGREIS M., La mise en place d'un réseau gérontologique à l'hôpital local de Sancerre : vers une coordination de la prise en charge des personnes âgées, mémoire ENSP 2007

TOURMENTE D., Les unités de soins de longue durée : du sanitaire au médico-social, Quel devenir pour l'USLD de l'hôpital local de Tournan en Brie, ENSP 2006.

MILLINER C., Vieillesse et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital : l'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique au Centre hospitalier de Landerneau, ENSP 2005.

SITES INTERNET

Le site du Ministère : <http://www.legifrance.gouv.fr> et personnes-agees.gouv.fr

Le site de la Haute Autorité de Santé : [www. has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Le site de l'INSEE : [www. insee.fr](http://www.insee.fr)

Le site de la fondation nationale de gérontologie : www.fng.fr

Le site des professionnels de la gériatrie et de la gérontologie : www.gerosante.org.fr

DIVERS

Schéma Gérontologique de l'Hérault 2008-2012

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III, ARH Languedoc Roussillon

Liste des annexes

- Annexe I répartition des Services de l'hôpital local de Lunel
- Annexe II trame d'entretien personnel de direction et cadre supérieur de santé
- Annexe III trame d'entretien destinée aux médecins
- Annexe IV trame questionnaire remis au personnel soignant
- Annexe V trame questionnaire personnel vie sociale
- Annexe VI questionnaire remis aux patients USLD et résidents EHPAD

ANNEXE I

REPARTITION DES SERVICES – HOPITAL LOCAL DE LUNEL

Bâtiment Place de la République :

- 35 lits d'EHPAD
- 21 lits d'USLD
- Direction générale, ressources humaines, cadre supérieur de santé, administration
- Espace santé
- Centre périnatal de proximité

Bâtiment Avenue de Mauquoio :

- 99 lits d'USLD
- Direction de la logistique, équipement, travaux
- Services hôteliers (cuisine, blanchisserie, reprographie, magasin central...)
- Services techniques

Bâtiment Pôle de santé :

- 28 lits de médecine
- 20 lits de SSR
- Pharmacie à usage intérieur

ANNEXE II

TRAME ENTRETIEN PERSONNEL DE DIRECTION – CSS

Connaissance du personnel de direction / Cadre Supérieur de Santé

FONCTION :

Depuis combien de temps travaillez-vous :

- dans la fonction ?
- dans l'établissement ?
- dans le service ?

Avez-vous choisi de travailler à l'hôpital local de Lunel :

- Parce que vous vouliez travailler dans un service accueillant des personnes âgées
- Pour des raisons personnelles
- Pour des raisons professionnelles
- Autres :

Pourriez vous citer 1 ou 2 facteurs qui vous motivent pour travailler dans un établissement accueillant essentiellement des personnes âgées ?

La connaissance des personnes âgées

Quelles sont, selon vous, les caractéristiques de la personne âgée ?

Selon vous, la prise en charge des personnes âgées demande t-elle au personnel de l'établissement d'avoir des compétences particulières :

- sur le plan humain oui non
- si oui, lesquelles :
- sur le plan technique oui non
- si oui, lesquelles :
- autres :

La politique gériatrique de l'établissement

Dans le cadre de la politique stratégique menée dans l'établissement, quelle analyse de l'environnement de l'hôpital local de Lunel faites vous ?

Comment définiriez vous la politique gériatrique de l'établissement ?

Quels partenariats vous semble t-il nécessaire de formaliser pour développer la politique gériatrique de l'établissement ?

Selon vous, sur quels critères pourrait-on évaluer le degré de politique gériatrique développé dans l'établissement ?

L'hôpital local de Lunel de demain – comment l'envisageriez-vous ?

ANNEXE III

TRAME ENTRETIEN AVEC LES MEDECINS

Connaissance du personnel médical

SERVICE :

Vous êtes : médecin généraliste médecin gériatre

Depuis combien de temps travaillez-vous :

- dans la fonction ?
- dans l'établissement ?

Pourriez vous citer 1 ou 2 facteurs qui vous motivent pour travailler auprès de personnes âgées ?

La prise en charge médicale

3) Quelles sont, selon vous, les caractéristiques / particularités de la patientèle « personnes âgées » ?

4) Selon vous, la prise en charge des personnes âgées demande t-elle des compétences particulières :

- sur le plan humain : oui non
Si oui, lesquelles :
- -sur le plan médical : oui non
Si oui, lesquelles :
- 1. sur le plan soignant : oui non
Si oui, lesquelles :
- autres :

7) Pensez vous que les patients soient satisfaits :

- des informations qui leur sont données sur leur suivi médical oui non
- de l'information donnée sur les examens prescrits oui non

- de la prise en charge de la douleur oui non
- du respect des conditions d'intimité pendant les soins / les visites oui non

8) Pensez vous que les avis et suggestions des patients sont suffisamment pris en compte ? oui non
si non, pourquoi selon vous ?

Comment envisageriez-vous votre implication / collaboration pour le développement de la politique gériatrique de l'établissement ?

Selon vous, quels axes seraient à développer pour favoriser le développement d'une politique gériatrique ?

Concernant l'évaluation de cette politique gériatrique, auriez-vous des outils / moyens à proposer ?

ANNEXE IV

TRAME ENTRETIEN PERSONNEL SOIGNANT

Connaissance du personnel soignant

SERVICE :

FONCTION :

Depuis combien de temps travaillez-vous :

- dans la fonction ?
- dans l'établissement ?
- dans le service ?

Avez-vous choisi de travailler à l'hôpital local de Lunel :

↑ Parce que vous vouliez travailler dans un service accueillant des personnes âgées

↑ Pour des raisons personnelles

↑ Pour des raisons professionnelles

↑ Autres :

5) Pourriez vous citer 1 ou 2 facteurs qui vous motivent pour travailler auprès de personnes âgées ?

La prise en charge des personnes âgées

La prise en compte de l'âge des patients est-elle importante oui

non

Quelles sont, selon vous, les caractéristiques / particularités de la personne âgée ?

Quels sont les moyens mis en place dans votre service pour répondre à ces caractéristiques ?

Travailler auprès de personnes âgées a-t-il un impact particulier en terme de :

- Stress oui non
- Usure professionnelle oui non
- autres oui non préciser :

Qu'est ce qui vous met en difficulté dans la prise en charge ?

Quelles sont pour vous les contraintes à gérer ?

Pensez-vous que la formation peut être un levier pour vous aider ? oui non

Si oui, quel type de formation aimeriez-vous faire ?

Comment l'établissement pourrait-il répondre à vos attentes (outils, moyens) ?

ANNEXE V

TRAME AVEC LE PERSONNEL SERVICE VIE SOCIALE

Connaissance du personnel animation / vie sociale

SERVICE :

FONCTION :

Depuis combien de temps travaillez-vous :

- dans la fonction ?
- dans l'établissement ?
- dans le service ?

Avez-vous choisi de travailler à l'hôpital local de Lunel :

- Parce que vous vouliez travailler dans un service accueillant des personnes âgées
- Pour des raisons personnelles
- Pour des raisons professionnelles
- Autres :

Pourriez vous citer 1 ou 2 facteurs qui vous motivent pour travailler auprès de personnes âgées ?

Le travail auprès des personnes âgées

Quelles sont, selon vous, les caractéristiques / particularités de la personne âgée ?

Comment en tenez vous compte dans le travail quotidien que vous faites auprès d'elles ?

Le projet d'animation actuel (ou en cours d'actualisation) répond t-il à ces spécificités ?
oui non

L'organisation actuelle des services vous semble t-elle adaptée à la mise en œuvre d'un projet d'animation ? oui non

En quoi ?

Selon vous, quelles sont les compétences et connaissances nécessaires pour travailler auprès de personnes âgées ?

Pensez-vous avoir les acquis nécessaires ? oui non

Pensez vous que la formation pourrait être un levier pour vous aider ? oui non

Quels thèmes aimeriez-vous aborder ?

Quelles sont, selon vous, les attentes des personnes âgées en terme de maintien de la vie sociale ?

ANNEXE VI

QUESTIONNAIRE REMIS AUX PATIENTS / RESIDENTS

Ce questionnaire est rempli par : vous-même ↑ autre ↑
Vous êtes en chambre : seule ↑ à 2 lits ↑
Qui vous a adressé à notre établissement : vous-même ↑ votre famille autre ↑

L'accueil dans l'établissement

Etes vous satisfait :

- de l'accueil et prise en charge administrative de votre dossier oui ↑ non ↑
- des informations reçues à votre arrivée oui ↑ non ↑
- des délais d'admission oui ↑ non ↑
- de la visite de l'établissement oui ↑ non ↑
- de la disponibilité du personnel oui ↑ non ↑
- des horaires de présence du personnel administratif oui non ↑

Le livret d'accueil vous a-t-il été remis à votre arrivée oui ↑ non ↑

Votre chambre

Votre chambre est-elle confortable ? oui ↑ non ↑

Si non, pourquoi ?

Votre chambre est-elle propre ? oui ↑ non ↑

La température des lieux est-elle adaptée à la saison ? oui ↑ non ↑

Les espaces de vie et circulations sont-ils :

- accessibles ? oui ↑ non ↑
- bien signalés ? oui ↑ non ↑
- propres ? oui ↑ non ↑

Les repas

La présentation des plats vous convient-elle ? oui ↑ non ↑

Trouvez vous que vos goûts / préférences sont pris en compte ? oui ↑ non ↑

La qualité des repas vous convient-elle ? oui ↑ non ↑

La quantité des plats est-elle adaptée ? oui ↑ non ↑

L'aide que l'on vous propose au moment du repas vous convient-elle ? oui ↑ non ↑

L'horaire de repas est-il satisfaisant ? oui ↑ non ↑

Le lieu des repas vous convient-il ? oui ↑ non ↑

Appréciez vous les repas à thème ou avec une animation ? oui ↑ non ↑

Les lieux de vie :

La salle de restaurant est-elle:

- | | | |
|--------------|------|------|
| • agréable | oui↑ | non↓ |
| • lumineuse | oui↑ | non↓ |
| • accessible | oui↑ | non↓ |
| • conviviale | oui↑ | non↓ |

Trouvez vous le salon :

- | | | |
|--------------|------|------|
| • agréable | oui↑ | non↓ |
| • lumineux | oui↑ | non↓ |
| • accessible | oui↑ | non↓ |
| • convivial | oui↑ | non↓ |

La prise en charge soignante :

Prise en charge médicale :

Suite à votre arrivée, la visite du médecin s'est faite dans un délai satisfaisant ?

oui↑ non↓

Etes vous satisfait des renseignements sur : votre état de santé ? oui↑ non↓

les examens prescrits ? oui↑ non↓

votre traitement ? oui↑ non↓

La prise en charge de la douleur est-elle satisfaisante ? oui↑ non↓

Soins et relations avec le personnel soignant

Le personnel est-il disponible ? oui↑ non↓

Le personnel est-il à votre écoute ? oui non↓

Les horaires de soins sont-ils satisfaisants ? oui↑ non↓

Le rythme des soins (durée) vous convient-il ? oui↑ non↓

Votre intimité est-elle respectée ? oui↑ non↓

Tient-on suffisamment compte de votre personnalité ? oui↑ non↓

La vie sociale

Trouvez vous que l'établissement prenne suffisamment en compte la place de votre famille ? oui↑ non↓

Vos avis et suggestions sont-ils pris en compte oui↑ non↓

Aimeriez vous avoir des lieux plus intimes ? oui↑ non↓

La présence de bénévoles vous satisfait-elle ? oui↑ non↓

Les activités proposées sont-elles adaptées ? oui↑ non↓

Les activités proposées sont-elles suffisantes ? oui↑ non↓

Etes vous satisfait des activités à l'extérieur ? oui↑ non↓

L'accès au culte est-il suffisant ?

oui↑ non↑

L'accès au culte est-il adapté ?

oui↑ non↑

Satisfaction globale

Pourriez vous donner une note de 1 à 10 sur la qualité de votre séjour au sein de l'établissement : /10.

Commentaires libres, remarques, suggestions :