



EHESP

Filière DESSMS

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

**Mise en place
des orientations stratégiques communes
du Centre Hospitalier d'Altkirch
et de l'établissement de Dannemarie
(Haut Rhin).**

Évaluation de l'impact sur les organisations

Sylvie SEILER

Remerciements

En préambule à ce mémoire, j'adresse mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apportée leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail ainsi qu'à la réussite de ma formation.

Je tiens à remercier Monsieur Dominique REUSCHLE, Directeur de l'EHPAD de Dannemarie (ex-Hôpital Local) et du Centre Hospitalier d'Altkirch, qui s'est montré accompagnant tout au long de mon stage.

Ma reconnaissance s'adresse particulièrement à Madame Delphine SCHATZ, Directrice adjointe du Centre hospitalier d'Altkirch, pour son accueil, sa générosité, sa disponibilité et son soutien pendant le stage et lors de la réalisation de ce mémoire.

J'exprime ma gratitude au Docteur Agnès ANFOSSI, Praticien hospitalier gériatre et chef du service gériatrique du CH d'Altkirch, pour son éclairage professionnel dans l'analyse du sujet et son dynamisme qui se traduit dans l'évolution de la culture gériatrique de prise en charge des personnes âgées à l'hôpital d'Altkirch. De même à Monsieur Denis FREYBURGER, cadre de santé à l'EHPAD de Dannemarie, Mademoiselle Ludivine GILET, responsable qualité au CH d'Altkirch et à l'EHPAD de Dannemarie, pour leur aide dans l'élaboration du *projet de vie* de l'établissement de Dannemarie.

Je n'oublie pas l'ensemble du personnel des deux établissements qui m'a offert d'excellentes conditions de travail et de formation et m'a toujours témoigné sa confiance.

Merci aussi à toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir en entretien ou m'ont offert de visiter leur établissement, à Madame Armelle DEBROISE qui m'a éclairée tout au long de ma réflexion de son expertise de chercheur en sociologie.

Sommaire

Introduction	1
PARTIE I : LES ENJEUX GÉRONTOLOGIQUES ET LES RÉPONSES QUI Y SONT APPORTÉES	7
A. Les enjeux gérontologiques	7
1. Sur le plan national et international.....	7
2. Sur le plan régional	10
3. Sur le plan local.....	10
B. Les politiques en faveur du vieillissement	11
C. L'organisation du secteur sanitaire, social et médico-social	12
D. Réponses proposées par les établissements, positionnement et stratégies communes	17
PARTIE II: MISE EN PLACE AU CH D'ALTKIRCH ET A L'EHPAD DE DANNEMARIE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES COMMUNES AUX DEUX ÉTABLISSEMENTS	23
A. Analyse critique de la stratégie commune proposée	27
1. Constitution d'un véritable pôle gériatrique au CH ALTKIRCH intégré dans l'activité sanitaire	27
2. À Dannemarie, le départ de l'activité de soins de suite et de réadaptation gériatrique	34
3. À Dannemarie, la Restructuration architecturale liée à la division de 12 chambre doubles	36
B. Propositions et points de vigilance dans l'élaboration du projet de restructuration de l'HL Dannemarie	41
1. La rénovation de l'EHPAD de Dannemarie est incontournable	41
2. Le rapprochement de l'HLD et du CHA, un levier d'action possible	48
Conclusion	51
Sources et Bibliographie	55
ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ADJ	Accueil de Jour
APA	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CG	Conseil Général
CG 68	Conseil Général du Haut Rhin
CHA	Centre Hospitalier d'Altkirch
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CRP	Comptes de Résultats Prévisionnels
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DAF	Dotation Annuelle de financement
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Équivalent Temps plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HDJ	Hôpital de Jour
HLD	Hopital Local de Dannemarie
HPST (loi)	Hôpital Patient Santé et Territoires (loi)
IDE	Infirmière Diplômée d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NPI-ES	Inventaire Neuropsychiatrique Version pour Équipe Soignante
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
ORSAL	Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PH	Praticien Hospitalier
PMC	Projet Médical Commun
PMP	Pathos Moyen Pondéré

PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRE	Plan de Retour à l'Équilibre
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PSRS	Projet Stratégique Régional de Santé
PUI	Pharmacie à Usage Interne
RH	Ressources Humaines
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SROS MS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Médico Social
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UVP	Unité de Vie Protégée

Introduction

Le vieillissement de la population et la prise en charge du grand âge sont avant tout un «problème de société» au-delà même des problèmes politiques, économiques ou administratifs qu'ils soulèvent. Les projections de population à l'horizon 2060, selon l'INSEE, révèlent qu'un tiers de la population aura plus de 60 ans, soit une progression d'environ 80 %. En supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040 contre 800 000 actuellement, soit 43% de plus qu'en 2000. Jusqu'en 2031, la part de la population âgée va croître de manière considérable en Alsace, pour atteindre plus de 230 000 personnes, soit près du double des proportions actuelles, selon les estimations de l'Observatoire régional de la santé (ORSAL).

En raison de l'évolution des structures familiales, les personnes âgées sont parfois amenées à terminer leur vie dans des établissements spécialisés : 3% vivent dans un établissement pour personnes âgées parmi les 75-79 ans, contre 22% des hommes et 37% des femmes parmi les 90-99 ans¹. À la croissance de la démographie gérontologique s'ajoute le redoutable constat de l'augmentation du niveau de dépendance des personnes âgées institutionnalisées.

Le Plan Solidarité-Grand Âge² présenté en 2006 par M. BAS, Ministre délégué, initie une réforme en cinq axes en mettant notamment en exergue la nécessité *"d'inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix"* d'une part et *"d'adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite"* d'autre part.

Le Rapport LARCHER de 2008³ réaffirme cette volonté et propose *"d'aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge. L'importance des besoins sociaux notamment en termes de gériatrie et de handicap impose de revoir l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade. La mission de l'hôpital*

¹ <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/maisons-de-retraite/chiffres-statistiques.htm>

² Plan Solidarité-Grand Âge. Présentation de M. P. BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille- 27 juin 2006

³ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER- présenté au Président de la République le 10 avril 2008

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>

en termes de coordination des soins doit être réaffirmée "en faveur de la recherche de l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée : redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social". La notion de filière gériatrique est donc fondée sur la volonté de coordonner, d'améliorer, de structurer la prise en charge de la personne âgée du domicile à l'institution d'hébergement et à l'hôpital⁴. Ainsi, le patient gériatrique est identifié comme une personne âgée de plus de 75 ans et présentant une poly-pathologie.

La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) votée le 26 juillet 2009, avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS), a réorganisé l'offre sanitaire et médico-sociale au niveau de chaque territoire. La régulation de l'offre vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système dans un cadre de ressources contraintes. Cette volonté est traduite dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROS et SROMS). Il n'en demeure pas moins qu'une réponse quantitative aux besoins futurs ne saurait être suffisante : les établissements doivent adapter leurs moyens organisationnels et architecturaux aux réalités de la grande dépendance.

Le Schéma Régional d'Organisation sanitaire 2006-2011 pour la Région Alsace a ainsi redistribué les activités relatives à la prise en charge des personnes âgées (SROS III Alsace, version révisée en juillet 2008). L'Hôpital Local de Dannemarie et le Centre Hospitalier d'Altkirch ont été impliqués dans la re-planification de l'activité gériatrique sur le Territoire 4 auquel ils appartiennent sans modifier fondamentalement la notion d'intégration des deux entités dans la filière gériatrique globale. L'offre publique de prise en charge gériatrique pour le bassin de vie d'Altkirch est assurée par ces deux établissements, et constitue l'essentiel de la filière gériatrique du canton.

L'Hôpital Local de Dannemarie est un établissement public de santé doublé d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Créé en 1978, il était dirigé par des religieuses jusqu'en 1984. A l'hospice d'origine se rajoute en 1932 un hôpital avec une maternité, une salle d'opération, des services de médecine, de radiologie et de soins externes. La structure actuelle de l'établissement est de 81 lits, parmi lesquels 71 relèvent de l'activité médico-sociale, 2 sont des lits d'hébergement temporaire et 10 sont des lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

⁴ Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques en référence au Plan Solidarité-Grand Âge

L'établissement est administré par un Directeur et le Conseil d'Administration présidé par le Maire de la ville de Dannemarie. La gestion de l'hôpital local est assurée par une équipe administrative composée du Directeur, d'un adjoint des cadres et de deux adjoints administratifs. Actuellement, l'établissement est soumis à deux obligations : la transformation en chambres individuelles de douze chambres doubles qui ne répondent plus aux normes, et le transfert au Centre Hospitalier d'Altkirch (CHA) fin 2012 de l'activité de SSR après avoir été privé de lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Ces contraintes créent l'opportunité de restructurer l'offre médico-sociale et de l'adapter aux conditions actuelles de prise en charge des résidents souffrant de troubles cognitifs.

Pour des raisons de proximité et de complémentarité, l'Hôpital Local de Dannemarie fonctionne en partenariat étroit avec le Centre Hospitalier Saint Morand d'Altkirch. Les conventions actuellement en vigueur portent sur le fonctionnement de la pharmacie, la prise en charge médicale par un praticien hospitalier du CHA titulaire de la capacité en gériatrie, la direction commune, les coopérations dans le domaine des finances et de l'hébergement des systèmes informatiques ainsi qu'un partenariat dans le cadre du Plan canicule. Potentiellement, les 10 lits de SSR de Dannemarie complèteraient avantageusement les lits d'aval⁵ offerts par le CHA.

L'activité de l'HL Dannemarie en 2010 correspond à 93 admissions, 2705 journées d'hospitalisation en SSR et 26 138 journées d'hébergement en EHPAD. L'effectif global en Équivalent Temps Plein (ETP) est de 56 personnes dont 43.5 affectées aux soins. L'EPRD 2011 avoisine les 4.3 millions d'euros et les investissements représentent 66 000€⁶.

La réalité de l'établissement repose d'une part sur une prise en charge gériatrique continue assurée par le médecin traitant et le praticien hospitalier du CHA, d'autre part sur des activités médico-sociales. Lorsque le résident requiert des soins aigus relevant de l'activité sanitaire, il est adressé principalement au Centre Hospitalier d'Altkirch. Le maintien provisoire de l'activité sanitaire est un vecteur fort d'identification et d'enrichissement du travail des personnels de l'établissement. Cependant, l'exploitation de la structure architecturale de l'établissement, constituée de deux bâtiments juxtaposés, en tant qu'outil d'accueil et d'accompagnement de la personne âgée dépendante, n'est pas optimale.

⁵ Lit d'aval : lit disponible à la sortie d'une unité d'hospitalisation ou de l'hôpital

⁶Rapport du directeur concernant l'EPRD 2011 de l'HLD du 25 mai 2011

Le **Centre Hospitalier d'Altkirch**, compte 235 lits dont 110 lits en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), 10 de SSR et 115 lits installés en Gériatrie. Établissement de référence pour la gériatrie, le CH d'Altkirch décline la filière en 25 lits d'unité de soins de longue durée (USLD), 10 lits en « court séjour » gériatrique en projet d'aménagement, 15 lits destinés à l'unité Alzheimer et un hôpital de jour de 7 places, concernant le champ sanitaire. L'établissement héberge également la structure du CLIC Alzheimer. Actuellement, d'importants travaux de construction et de réhabilitation visant à la création d'un pôle gériatrique intégrant l'ensemble de la filière sur un même site sont en cours de réalisation. La mise en service de la nouvelle structure est programmée pour 2012. Le projet médical du pôle fonde une réelle dynamique de développement de l'activité gériatrique tant quantitative que qualitative.

Le bon fonctionnement de la filière de soins gériatriques du CHA est conditionné à la coordination des différents acteurs internes et externes. Les conditions d'adressage des patients gériatriques aux urgences, la nature même de la prise en charge des personnes âgées, la volonté de réduire la durée de séjour à l'hôpital, le manque de lits d'aval sont des problématiques auxquelles il faut confronter des solutions transversales. Actuellement, la répartition des services de gériatrie est matériellement distribuée sur l'ensemble du site du CHA. Le projet en cours vise à fournir une certaine cohérence à l'organisation et répondre au besoin d'efficience des moyens déployés.

Conformément aux projets portés par l'ARS en réponse aux nécessités croissantes liés au vieillissement de la population du bassin de vie d'Altkirch, les deux entités autonomes ont redéfini leur offre sanitaire et médico-sociale. Les axes stratégiques des deux établissements sont fortement empreints d'une politique partenariale, certes drainée par la direction commune mais également par la volonté de développer des synergies entre les structures. C'est ainsi que le projet gériatrique a fait l'objet d'une approche globale impulsée par l'ARS, conçue et déployée par le Directeur commun aux deux établissements.

Au regard de ces éléments, il est intéressant de **s'interroger sur l'issue de la mise en place, vers 2013, des orientations stratégiques des deux établissements dans le domaine gériatrique : les intérêts des deux entités seront-ils également préservés ou, au contraire, en ressortira-t-il une certaine dissymétrie dans la redistribution de l'offre ?** Le programme de chacun des établissements, dont on attend une certaine complémentarité, constituera-il une réelle opportunité d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont atteintes de troubles cognitifs ?

Afin de nourrir une réflexion structurée sur ces thèmes, il a été nécessaire

- de cerner les besoins et les attentes des personnes âgées, de leurs familles, des personnels tels qu'ils sont évoqués dans les textes réglementaires et institutionnels,
- de comprendre la culture de chacun des établissements ainsi que les modes de fonctionnement actuels et leurs limites,
- de connaître l'évolution de l'environnement et le tissu de l'offre d'hébergement,
- d'étudier le cadre posé par les tutelles, les contraintes et les opportunités qui en résultent,
- d'examiner le programme en cours de réalisation au CHA et de définir un projet adéquat de restructuration de l'Hôpital Local,
- d'estimer *a priori* la plus-value apportée aux personnes âgées dépendantes.

Cette recherche sera l'occasion de fournir au directeur des deux établissements des éléments de suivi du projet, la décision de la restructuration de l'Hôpital de Dannemarie après le transfert des lits de SSR ayant déjà été approuvée par les instances de l'HLD. Le choix scellant le projet résultera d'un consensus favorable. La méthodologie retenue est axée sur une recherche d'hypothèses de restructuration réalistes et réalisables. L'évidence est, en la matière, trompeuse. La recherche documentaire et les consultations réitérées des parties prenantes au projet font évoluer les hypothèses en fonction des contraintes internes et externes.

Les principales informations permettant de nourrir le projet proviendront à la fois de données démographiques, de données externes relatives aux contraintes des tutelles, des études des experts (architectes), mais aussi d'autres établissements relevant du même secteur d'activité (effet d'expérience) ou de rencontres avec le personnel médical et soignant. D'autres données internes, telles que les orientations stratégiques des établissements, le recueil des études déjà menées à ce sujet (étude de faisabilité), les informations organisationnelles (Ressources Humaines par exemple) et financières (Rapport d'activité), seront également utilisées. Le dossier de réalisation du projet de réhabilitation en cours au CHA sera particulièrement analysé et constituera le socle d'une perspective de développement commun des deux établissements. La base de données des informations relatives à ce projet sera construite au travers d'entretiens, d'observations, de consultation de documents institutionnels ou d'éléments publiés sur ce thème.

Le vieillissement de la population constitue aujourd'hui un défi pour notre société et notre système de santé. Il s'agira au cours de ce travail de cerner les enjeux gérontologiques et les réponses qui y sont apportées tant au niveau national que régional ou local, afin d'inscrire les axes prioritaires des stratégies d'établissement dans une perspective d'évolution efficiente des structures (I). Une critique de l'actuel projet et de ses limites devrait permettre de faire de nouvelles propositions de réponse aux besoins, dans le cadre d'une stratégie réellement commune aux deux établissements (II).

PARTIE I : LES ENJEUX GÉRONTOLOGIQUES ET LES RÉPONSES QUI Y SONT APPORTÉES

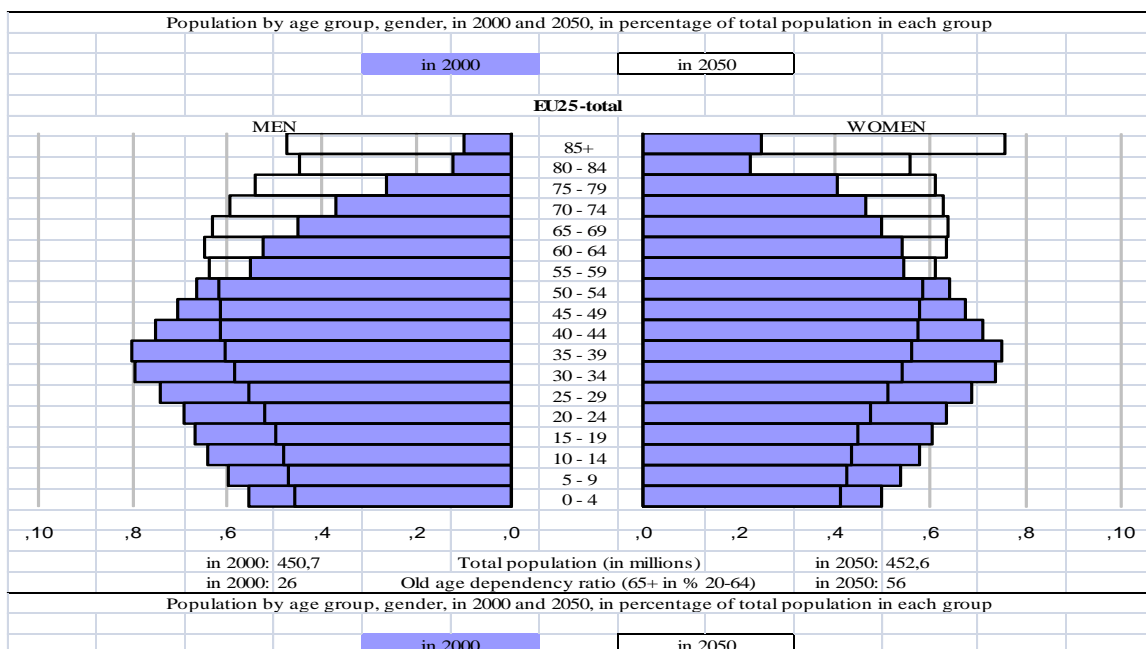
La démographie et les conséquences du vieillissement de la population en France et dans les pays développés ont fait l'objet de nombreuses statistiques, projections et analyses. Outre l'évolution sociologique de nos sociétés à l'égard du Grand-Âge, les données quantitatives permettent d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et de guider les décisions politiques.

A. Les enjeux gérontologiques

1. Sur le plan national et international

Les statistiques de l'OCDE, qui inspirent les pouvoirs politiques des pays développés, projettent une répartition générationnelle de la population à 2050 en forme de "champignon" avec une forte concentration pour les tranches au-delà de 60 ans et un rétrécissement des jeunes générations. Selon ces projections à l'horizon 2050, la part des femmes de plus de 85 ans représentera 1.6 fois celle des hommes. Cette génération sera 4 fois plus importante en 2050 qu'en 2000.

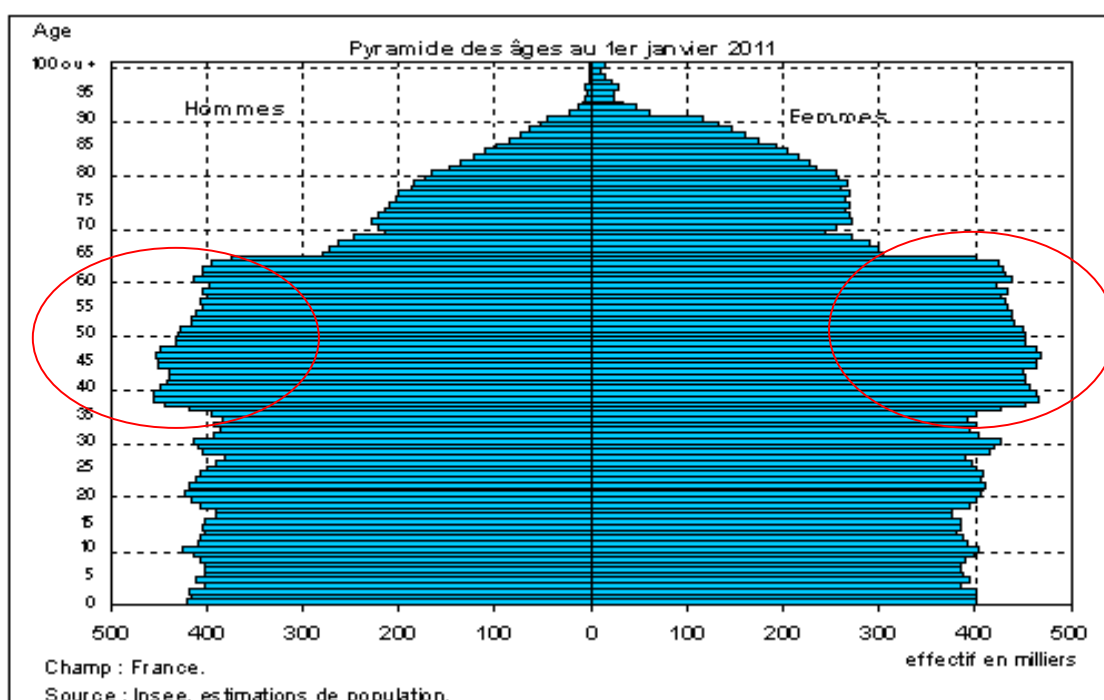
PANORAMA DE LA SOCIÉTÉ : LES INDICATEURS SOCIAUX DE L'OCDE – ÉDITION 2011



Source: OECD Demographic and Labour Force database, used in OECD(2007), Society at a Glance: OECD Social Indicators 2006 (www.oecd.org/els/social/indicators/SAG >see indicators GE2 Age dependency ratio).

Selon le Bilan démographique 2010 réalisé par l'INSEE, un Français sur six a plus de 65 ans ⁷

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. Au 1er janvier 2011, tous sexes confondus, l'âge moyen en France dépasse 40 ans alors qu'il était tout juste inférieur à 37 ans il y a 20 ans. Les personnes de 65 ans ou plus représentent 16,8 % de la population, proportion comparable à la moyenne européenne. L'Allemagne est le pays où le poids des seniors est le plus élevé avec 20,7 % de la population de plus de 65 ans au 1er janvier 2010 ; l'Irlande celui où il est le plus faible (11,3 %).



En France, les générations nombreuses du baby-boom (1946-1973) passeront le cap des 65 ans, pour les premiers d'entre eux, ce qui contribuera à augmenter fortement la part des seniors dans la population française. Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement de façon transitoire. Après cette date, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître, mais à un rythme plus sensible aux différentes hypothèses sur les évolutions démographiques.

⁷ INSEE - Population - Bilan démographique 2010, "La population française atteint 65 millions d'habitants", PLA Anne, BEAUMEL Catherine, division Enquêtes et études démographiques

Projection de population à l'horizon 2060 et structure par âge

	Population au 1 ^{er} janvier	< 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 74 ans	≥ 75 ans
	en millions	en %			
2015	64,5	24,2	51,0	15,5	9,3
2020	66,0	23,9	49,6	17,0	9,4
2025	67,3	23,5	48,4	17,2	10,9
2030	68,5	23,0	47,5	17,1	12,3
2035	69,7	22,6	46,7	17,1	13,6
2040	70,7	22,4	46,6	16,3	14,7
2050	72,3	22,3	45,9	15,9	16,0
2060	73,6	22,1	45,8	15,9	16,2

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, projections de population 2007-2060.

Notons que 2035 constituera le point d'inflexion d'une tendance haussière du nombre de personnes de moins de 60 ans. Seule la part du grand âge continuera à progresser faisant craindre une augmentation des personnes âgées dépendantes ayant besoin d'aide dans la vie quotidienne.

L'aspect économique du vieillissement démographique concerne l'évolution de la charge des inactifs sur les actifs. On le mesure par le ratio de dépendance démographique des personnes âgées calculé par le rapport de la population de plus de 65 ans à la population des 20 à 64 ans. On peut en déduire la mesure des problèmes de financement des retraites et de la dépendance à venir.

Selon les extraits du rapport CHARPIN⁸ sur le vieillissement de la population, le taux de dépendance passerait de 0,39 en 1995 à 0,53 en 2020 et 0,71 en 2040. Autrement dit, il y aurait 7 retraités pour 10 actifs en 2040 contre 4 actuellement. Ce ratio de dépendance aura progressé de 36 % entre 2000 et 2020 et de 82 % à l'horizon de 2040. Les projections statistiques publiées par l'OCDE, édition 2011, relatives aux pays membres, prévoient que ce ratio serait supérieur à 1 à l'horizon 2050.

Selon les études démographiques publiées par l'INSEE⁹, le vieillissement de la population française conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement. Aujourd'hui, la prise en charge de ces personnes combine à la fois solidarité

⁸ L'Avenir de nos retraites : rapport du Commissariat général du plan au Premier ministre de CHARPIN Jean-Michel, ZAIDMAN Catherine, AUBERT Jean-Marc - Janvier 1999

⁹ DUEE Michel, REBILLARD Cyril, Données sociales : La société française - Édition 2006, "La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040"

familiale, à travers l'aide apportée par les proches, et solidarité collective, par le biais de prestations comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

2. Sur le plan régional¹⁰

L'Alsace est une région jeune : la part des personnes âgées de plus de 75 ans est inférieure à la moyenne nationale et la densité de population est deux fois plus élevée qu'en France. On comptera 140 600 personnes de 75 ans fin 2011 en Alsace, soit une progression de 7.2 % en 3 ans. La région présente une offre d'hébergement à destination des personnes âgées relativement élevée. Pourtant, le constat de la saturation de l'ensemble des structures d'hébergement est régulièrement posé. Il apparaît que le fort taux d'institutionnalisation en Alsace s'explique, en partie au moins, par un état de santé dégradé (2ème région comptant la plus faible espérance de vie à 75 ans) et des taux de dépendance des populations alsaciennes de plus de 75 ans particulièrement élevés (17 % de la population âgée de GIR 4 à 1, contre 14 % pour la France métropolitaine). La population âgée alsacienne (> 75 ans) est très majoritairement féminine : on compte 1.91 femmes pour un homme (1.75 en France métropolitaine). Ce déséquilibre laisse envisager qu'une prise en charge institutionnelle de la dépendance sera d'autant plus importante que les femmes sont les actrices principales de l'aide familiale aux aînés. D'autre part, les femmes sont en Alsace plus actives professionnellement, ce qui se répercute sur l'aide aux proches âgés par un moindre maintien à domicile et une institutionnalisation plus importante.

3. Sur le plan local¹¹

A l'échelle du bassin de vie d'Altkirch, l'évolution démographique des 75 ans et plus aura été marquée par une augmentation importante de l'effectif des 75 - 84 ans jusqu'en 2010, rythme qui sera très ralenti d'ici 2020. Inversement, l'effectif des 85 ans et plus aura augmenté légèrement jusqu'en 2010, puis cette hausse s'accélérera jusqu'en 2020.

Le taux d'équipement du champ sanitaire et médico-social, en 2011 (en référence au nombre de places au 1er janvier 2008) serait de 93.39 % pour la zone de proximité

¹⁰ Info-stat de la DRASS Alsace n°1 d'avril 2008.

"L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace" Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé ORS Alsace 2010, étude réalisée en décembre 2009 par : POLESI Hervé, sociologue, chargé d'études; BENAÏM Anne, sociologue, chargée d'études ; NORDEMAN Pierre, démographe, chargé d'études ; IMBERT Frédéric, directeur de l'ORSAL.

¹¹ P. Enderlin, F. Imbert et S. Martin, "Portrait sanitaire et social - Zone de proximité d'Altkirch", septembre 2008, ORS Alsace

d'Altkirch avec 462 places d'hébergement permanent médicalisé, secteurs médico-social et sanitaire. Sachant que le taux d'équipement moyen régional serait de 113 places pour 1.000 personnes de 75 ans et plus en 2011 (121 places en 2008), la zone de proximité d'Altkirch serait potentiellement sous-équipée (-230 lits selon les estimations relatives au schéma gérontologique départemental de 2006-2011).

B. Les politiques en faveur du vieillissement

Le positionnement français à l'égard de la prise en charge des personnes âgées date de 1951 avec la "Campagne nationale en faveur des vieillards". Les décisions politiques majeures sont :

- 1999** Année Internationale des Personnes Âgées : une société pour tous les âges.
« Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées » Rapport de Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Députée.
- 2000** Circulaire relative aux Centre Locaux d'Information et de Coordination CLIC.
Circulaire relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD.
- 2001** Loi relative à la prise en charge de la **perte d'autonomie des personnes âgées** et à l'**allocation d'autonomie**.
Programme pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.
- 2002** **Loi 2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale.**
- 2003** Rapports de la Mission d'Information Parlementaire sur « La gestion des conséquences de la canicule et sur la prise en charge des personnes âgées ». 1er **Plan Canicule**.
- 2004** 2ème Plan Canicule.
Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004 – 2007.
- 2005** Circulaire d'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.
3ème Plan National Canicule.
- 2006** **Plan Solidarité Grand Age.**
4ème Plan Canicule.
- 2007** Circulaire relative à la **filière de soins gériatriques**.
Circulaire relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la

Sécurité Sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Plan National "Bien Vieillir 2007 – 2014".

5ème Plan Canicule.

Plan de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance.

2008 Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, Circulaire du 15 septembre relative à la mise en œuvre du **volet sanitaire**

2009 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de **l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi HPST.**

Circulaire du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du **volet médico-social** du « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ».

En résumé, chaque année les pouvoirs politiques en charge des personnes âgées ont contribué à la réflexion et impulsé des textes de loi encadrant la politique publique à leur destination. On pourrait ainsi faire remonter l'inventaire sur les dispositifs législatifs jusqu'aux années cinquante, ce qui montre à la fois une prise de conscience déjà ancienne de notre responsabilité sociétale à l'égard des aînés et la nécessité d'une réactualisation des textes du fait de l'évolution de la nature du vieillissement. La médiatisation et la pression nationale des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par exemple influent sur la prise de décisions politiques. Celles-ci ont été déclinées dans les stratégies et la gouvernance des territoires de santé et médico-sociale.

C. L'organisation du secteur sanitaire, social et médico-social

Le **département** est le "chef de file" de la politique gérontologique, notamment par l'élaboration du schéma gérontologique. Il détermine le versement de l'APA et le conventionnement des EHPAD.

L'**ARS**, dans le cadre de la loi HPST, assure le pilotage unifié de la santé publique en région afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système¹². L'agence a un rôle de régulateur de l'offre sur le territoire. Sa stratégie est traduite dans un Projet Régional de Santé PRS de 2010 puis dans le Plan Stratégique

¹² <http://www.ars.sante.fr/Les-objectifs.89787.0.html>

Régional de Santé PSRS 2011-2015¹³ présenté lors de la réunion de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie du 25 mars 2011. L'ARS autorise la création et l'activité des établissements de santé, des services de santé et de certaines catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (EHPAD, par exemple). Elle contractualise avec les opérateurs de santé, et participe au contrôle de ces établissements. L'ARS définit et met en œuvre avec l'Assurance Maladie et la CNSA, des actions destinées à prévenir et gérer le risque assurantiel sur le plan régional¹⁴.

La fonction stratégique de l'ARS en fait un acteur clé de l'organisation de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale : il en détermine la répartition régionale et territoriale et assure le suivi des établissements de santé et des structures médico-sociales. La loi HPST a réformé la procédure d'autorisation en généralisant le recours à la procédure d'appel à projet pour la création, l'extension ou la transformation de la capacité des établissements. La déclinaison de la politique menée par l'ARS est d'ordre sanitaire et médico-social. Concernant le Territoire 4 et la zone de proximité d'Altkirch, les réponses aux problématiques gérontologiques sont inscrites à la fois dans le Plan Gérontologique Départemental du Haut-Rhin et le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale (SROS et SROMS). Elles concernent le Centre Hospitalier (CH) d'Altkirch et l'Hôpital Local (HL) de Dannemarie.

Les réponses sanitaires aux enjeux gérontologiques régionaux sont inscrites dans le **SROS III ALSACE 2006-2011 arrêté par l'ARH, version révisée en juillet 2008**¹⁵. Ces dispositifs concernent principalement le CH d'Altkirch mais également l'HL de Dannemarie. En matière de prise en charge des patients âgés, le schéma s'exprime de façon complémentaire dans les volets du SROS III - Prise en charge des personnes âgées¹⁶ :

- La prise en charge des personnes âgées doit s'organiser graduellement. Elle *"repose en premier recours sur le médecin traitant à qui il revient de coordonner les interventions complémentaires médicales, spécialisées et paramédicales et la jonction entre d'éventuelles phases successives de prise en charge en milieu hospitalier ou à domicile"*. Il doit pouvoir compter pour cela sur le soutien de réseaux gérontologiques (CLIC Alzheimer d'Altkirch), de services de soins, d'aide

¹³ <http://www.ars.alsace.sante.fr/index.php?id=77302>, Projet Régional de Santé ARS Alsace

¹⁴ ARS Alsace, Rapport d'activité 2010

¹⁵ SROS 2006/2011 pour la région Alsace a été arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation arrêté ARH n°2006/44 du 9 mars 2006, et révisé arrêté ARH n°2007/11 du 27 février 2007, arrêté ARH n°2007/473 du 4 décembre 2007, arrêté ARH n°2008/362 du 7 juillet 2008, arrêté ARH n°2009/270 du 7 juillet 2009.

¹⁶ Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 Alsace - cahier thématique : Prise en charge des personnes âgées - version révisée en juillet 2008 - SROS III Alsace personnes âgées - mäj 08-07 - ARH d'Alsace du 07/07/2008 Auteur : THIRION Dominique

et de soutien à domicile, éventuellement de l'hospitalisation à domicile, d'une équipe mobile de gériatrie, voire de soins palliatifs, et doit pouvoir faire appel aux services d'un hôpital de jour (7 places au CH d'Altkirch en service depuis fin 2009). Ce dispositif de prise en charge est complété par l'activité de l'hôpital local, tel que l'HL de Dannemarie, et le centre hospitalier de proximité, le CH d'Altkirch en l'occurrence. Ce dernier permet à la fois des consultations et le soutien de son service de médecine polyvalente, niveau de proximité pour les soins de suite "polyvalents et gériatriques". On dénombre respectivement 10 lits au CH Altkirch et 10 lits à l'HL places Dannemarie. L'hôpital de jour gériatrique (7 places au CH) *"a pour missions le dépistage, le diagnostic, l'évaluation, le suivi des pathologies liées au vieillissement. Il doit avoir accès à des consultations ou interventions spécialisées sur place et pouvoir disposer d'un plateau technique. Le réseau de santé gérontologique contribue ainsi à l'organisation et à la coordination de la prise en charge. L'information de l'entourage de la personne âgée malade doit être assurée lors des hospitalisations ou consultation de dépistage, d'évaluation et de suivi"*.

- Le SROS III "Prise en charge post-hospitalisation aiguë" ¹⁷ indique que dans la graduation de la prise en charge des pathologies (pluri-pathologies) liées au vieillissement, de la dépendance ou du risque de dépendance, les SSR à compétence gériatrique relèvent du niveau de proximité.

La Conférence Sanitaire relative au Territoire 4, volet SSR, du 4 mai 2009 informe que le niveau d'équipement du territoire est de 1.61 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans, ce qui correspond à la moyenne nationale. Le volume des besoins haut-rhinois est évalué à 1.55 lits ou 1000 journées de SSR pour 1000 personnes de plus de 75 ans¹⁸. Ces ratios nationaux seraient défavorables à l'Alsace, qui est considérée comme sur-dotée. Tels qu'ils sont mis en œuvre au CH Altkirch, les SSR gériatriques, de 10 lits actuellement, vont se voir attribuer 15 lits supplémentaires après la mise en service du pôle gériatrique en construction et l'opération de transfert des 10 lits de SSR de l'HL de Dannemarie. Les services de SSR sont en principe adossés à des services de court et long séjour gériatriques ainsi qu'à un plateau technique. Le court séjour gériatrique du CH Altkirch est inscrit dans le projet gériatrique.

¹⁷ Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 Alsace - cahier thématique : prise en charge post-hospitalisation aiguë - version révisée en juillet 2009 - page : SROS III Alsace post-hospitalisation aiguë maj 0907 - Auteur : THIRION Dominique

¹⁸ Ratios nationaux, sur base DMS de 30 jours

- Le dispositif d'organisation tel qu'il est exposé dans ce volet du SROS III Médecine prévoit que ce service doit disposer de compétences gériatriques (ou équipe mobile). Le service de médecine du CH Altkirch compte un praticien hospitalier (PH) titulaire de la "capacité en gériatrie" en son sein. De plus, les 3 PH gériatres sont à même d'intervenir en cas de nécessité, dans quelque service de l'établissement que ce soit.
- Les objectifs opérationnels du volet "urgences"¹⁹ du SROS III relatifs aux personnes âgées précisent qu'il est impératif de favoriser la prévention en amont du recours aux urgences et de mettre en place des filières efficaces de prise en charge des pathologies ou des populations spécifiques, telles que les personnes âgées. En matière organisationnelle, toute admission d'un patient âgé doit faire l'objet de l'intervention précoce d'un médecin gériatre et d'une assistante sociale. Le Chef du Service des Urgences du CH Altkirch dispose d'une réelle sensibilité gériatrique et suit la formation requise afin d'obtenir la capacité de gériatrie.

Les réponses médico-sociales aux enjeux gérontologiques départementaux sont inscrites dans le **Schéma Gérontologique 2006 - 2011 du Haut-Rhin** en cohérence avec le SROS III, notamment dans son volet gériatrique. En 2005, lorsque le département réalise un état des lieux en la matière et une évaluation de la demande médico-sociale et de santé, il en ressort un taux d'équipement²⁰ important et supérieur à la moyenne nationale mais qui manque de pertinence sur le plan qualitatif et quantitatif. Alors que la moyenne départementale est de 165,4 %, le bassin de vie d'Altkirch présente un déficit de 230 lits²¹.

Le schéma gérontologique 2006 - 2011 arrêté par le Département du Haut-Rhin²² a fixé 4 objectifs majeurs relatifs à l'offre d'équipement :

- **Équilibrer l'offre sanitaire et médico-sociale** sur le territoire en fonction de la démographie de chaque bassin de vie. L'action 3 élaborée par le groupe de pilotage fait apparaître la nécessité d'installer des services de soins de courte durée gériatrique, d'une capacité minimale de 20 lits, épaulés par une équipe

¹⁹ Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 Alsace - cahier thématique : prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins - version révisée en juillet 2009 - page : sros3 Alsace urgences maj 0907 - Auteur du document : ARH d'Alsace - Auteur de publication : Dominique Thirion

²⁰Taux d'équipement médico-social : nombre de lits (Maison de Retraite et USLD) pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus de en 1999 / Schéma Gérontologique 2006 - 2011 du Haut - Rhin

²¹ Direction de la Solidarité - Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale 2005

²² Schéma Gérontologique 2006 - 2011 / Département du Haut-Rhin / volet Offre D'équipement

pluridisciplinaire (Praticiens hospitaliers, infirmières, aides soignantes, psychologues et kinésithérapeutes), avec un accès à des médecins de spécialité et adossés à un plateau technique. L'action 4 du même objectif préconise de renforcer les moyens des services de SSR notamment par une équipe gériatrique pluridisciplinaire telle que définie au SROS III. Le maillage territorial d'hôpitaux de jour gériatriques doit être complété pour atteindre l'objectif d'une unité par bassin de vie. Ces notions sont traduites directement dans le projet gériatrique du CH Altkirch et de l'HL Dannemarie par l'extension de l'activité du pôle gériatrique du CHA et la redistribution de l'offre entre les deux établissements.

- **Organiser des alternatives à la prise en charge lourde** en maillant le territoire de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, en développement de petites unités de vie et en créant des offres de logements adaptés tout en préservant le maintien à domicile. Le bassin de vie d'Altkirch a vu l'ouverture d'une structure autonome et unique²³, offrant 24 places, dont 12 réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées.
- **Définir une véritable offre répondant à la problématique Alzheimer** et maladies apparentées.

Ces deux derniers points ont offert l'opportunité à une structure associative²⁴ de développer un projet d'implantation de deux fois 70 lits sur 2 sites avec des possibilités d'accueil de jour, d'accueil temporaire et une unité de vie protégée Alzheimer.

- **Poursuivre la médicalisation de l'offre existante et favoriser la convergence tarifaire entre les établissements du Haut-Rhin.** Les 2 établissements, CHA et HLD, ont fait l'objet d'une convention tripartite 2010-2014 avec une mesure validée du degré de dépendance des résidents et un ajustement des moyens alloués.

La direction des établissements concernés par ces nouvelles stratégies d'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale et soumise à de tels redéploiements de moyens doit susciter l'adhésion interne mais également celle des politiques siégeant aux instances. Les élus locaux de Dannemarie et d'Altkirch, présidents ou membres des conseils de surveillance (maires et conseillers généraux du Conseil Général 68), représentant les citoyens auprès des établissements, ont soutenu les axes stratégiques des 2 entités et favorisé l'essor de l'activité de chacune d'elles. Ces positions se sont traduites à Dannemarie par l'étude et la proposition de la communauté des communes de céder à l'HL Dannemarie, la réserve foncière nécessaire à la restructuration de l'établissement.

²³ Fondation Alliman, "Le Doppelsbourg" structure autonome d'accueil de jour du Sundgau

²⁴ Armée du Salut

D'autres réponses peuvent également être recherchées. Elles se situent principalement dans l'engagement associatif et bénévole autour des EHPAD²⁵, le soutien des familles notamment comme représentants au sein des conseils de la vie sociale²⁶.

D. Réponses proposées par les établissements, positionnement et stratégies communes

Le projet médical commun **PMC 2010/2014**²⁷, impliquant le CH Altkirch et les Centres Hospitaliers du Territoire 4, comporte un volet relatif à la prise en charge de la personne âgée. Concernant la médecine et les SSR, le PMC, qui s'inscrit dans le réseau "Alsace Gériatologie"²⁸, organise en 2011 des filières d'aval à l'échelle du territoire 4 (qui concerne *de facto* l'HL Dannemarie) à l'aide du logiciel "Trajectoire". Il reste à mettre en œuvre :

- la création des consultations spécialisées à thème gériatrique mutualisées entre les 4 CH à partir de 2012,
- la coopération avec les secteurs de psychiatrie pour la psycho-gériatrie,
- l'extension de l'équipe mobile de gériatrie en 2011.

Le Centre Hospitalier d'Altkirch s'est vu soumis à un **Plan de Retour à l'Équilibre** (PRE) en **2008**, conformément à la réglementation²⁹, afin de résorber un déficit 2007 de 1257 000 €. Celui-ci est consécutif à une réduction de produits, malgré une augmentation de l'activité conjuguée à une aggravation du volume des charges. L'analyse des résultats fait ressortir un allongement de la durée moyenne de séjour (DMS) dans le service de médecine qui traduit l'accueil de patients âgés pour lesquels apparaissent des difficultés d'orientation post-hospitalisation.

Le PRE prévoit une réflexion commune entre le CH Altkirch et l'HL Dannemarie au sujet de la prise en charge des personnes âgées. Dans sa 4ème orientation relative au SSR, le Plan impose de localiser l'activité de SSR au CH Altkirch et de l'orienter vers les soins de

²⁵ EHPAD du CHA : "Mieux vivre à St Morand"

EHPAD de l'HL Dannemarie : "Les amis de l'Hôpital de Dannemarie"

²⁶ CVS : Conseil de la Vie Sociale

²⁷ Projet Médical Commun 2010/2014 du Territoire de santé n°4: CH d'Altkirch, de Mulhouse, Cernay et Thann; validé par les instance du CHA en juin 2010 - Conf. SROS III - Préconisations de formalisation des coopérations inter hospitalières

²⁸ "Alsace Gériatologie" - Pôle gériatologique du CH Mulhouse réalisé en 2010

²⁹ Décret n°2008-621 du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier d'établissements de santé

Circulaire n°DHOS/F2/2008/233 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de santé

suite polyvalents gériatriques sur la base d'un projet médical. L'objectif est de 25 lits après regroupement des activités. Cette unité sera placée sous la responsabilité du médecin chef du service de gériatrie, assisté du praticien hospitalier du service de médecine du CHA également responsable de l'unité de l'HL Dannemarie.

Par ailleurs, la 5ème orientation commande l'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique de 7 places (autorisation obtenue le 3 novembre 2004), alors que l'activité EHPAD sera répartie entre le CH Altkirch et l'HL Dannemarie avec transfert d'une partie des 20 lits non installés vers le site de Dannemarie. La capacité en lits rendue disponible par le développement de la chirurgie ambulatoire permettra l'ouverture au CHA d'un court séjour gériatrique de 10 lits après 2012. Ce dernier fonctionnera en étroite collaboration avec les services des urgences et de médecine. La 3ème étape du PRE prévoit l'élaboration d'un projet de rénovation de l'HL Dannemarie basé sur un transfert de capacité et la création d'une unité Alzheimer.

Le CH d'Altkirch ne dispose pas en 2008 d'une Dotation Annuelle de Financement (DAF) du fait de l'absence de SSR sur le site et de sa collaboration avec l'HL Dannemarie qui compte une unité de 10 lits. La mise en place au CHA d'un tel service de 10 lits de SSR polyvalents à orientation gériatrique (par transformation de 10 lits de chirurgie) constitue un axe majeur des orientations de l'établissement en matière gériatrique, avec des conséquences financières sur les recettes de l'établissement. S'agissant du financement de cette activité, le CHA se voit doté à hauteur des 10 lits mis en service sur le site en juin 2009. Cette dotation sera augmentée des produits issus du transfert des SSR du HL Dannemarie, mi 2012. Ce dernier se voit donc dans l'obligation d'anticiper sa restructuration et deviendra *de facto* un EHPAD.

Le calendrier des objectifs fixés dans le cadre du PRE a été globalement respecté. La mise en place du service de court séjour gériatrique et le transfert des 10 lits de SSR de l'HL Dannemarie sont conditionnés à l'achèvement du nouveau bâtiment du pôle gériatrique, fin 2012. Toutefois, la rénovation de l'HL Dannemarie est encore au stade de projet.

Les dispositifs relatifs à la gériatrie énoncés dans le SROS III et le PRE ont été traduits successivement dans les **orientations stratégiques du CH Altkirch** en 2008 et revus en 2009.

Une première version 2008-2012 des orientations stratégiques du CHA prévoyait de renforcer sa capacité d'hébergement pour la porter à 145 lits, dont une unité Alzheimer de

15 lits et une USLD redéfinie de 15 lits également. Cette capacité incluait des lits d'hébergement temporaire (entre 5 et 10). S'agissant des lits de SSR, il était proposé d'augmenter la capacité du service installé à l'HL Dannemarie en la portant de 10 à 30 lits, ce dernier assurant dès lors cette activité pour le compte des 2 établissements.

En 2009, suite au PRE et aux demandes de l'ARS concernant la localisation des SSR dans un établissement disposant d'un plateau technique, la direction du CH Altkirch a revu ses orientations stratégiques. La rénovation de l'unité de gériatrie sera soumise à la reconstruction du bâtiment abritant anciennement le service de long séjour. Par ailleurs, le Schéma Gérontologique du Haut-Rhin pour la zone du Sundgau propose, pour 2006-2011, la re-qualification de lits d'EHPAD en offre Alzheimer de 60 lits, le développement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour de 24 places et la création de 110 lits d'EHPAD. Dans cette zone et ce domaine, le CHA, du fait de l'existence d'un plateau technique et d'un service d'urgence, doit pouvoir jouer le rôle d'un établissement de référence et proposer les activités inhérentes à ce niveau. Enfin, la tarification à l'activité impose de veiller au respect de l'équilibre entre les produits générés par cette activité et les moyens mis en œuvre.

L'implantation d'une activité de SSR au CH Altkirch est inscrite au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) portant sur les objectifs stratégiques pour la période d'Avril 2007 à mars 2011³⁰. Le rapport d'évaluation des CPOM en date d'octobre 2010 fait état de l'opération de restructuration du pôle gériatrique validée par l'ARS³¹, et dont les travaux ont débuté en juillet 2010 pour une durée prévisible de 18 mois. Le transfert des 10 lits de SSR de l'HL Dannemarie signifiera l'achèvement du projet.

Plus spécifiquement, concernant les établissements d'Altkirch et Dannemarie, une orientation stratégique commune : les 10 lits de SSR de l'HLD viennent à Altkirch, qui donne 10 lits d'EHPAD en échange. Du fait de l'orientation stratégique commune et des modifications qui en découlent, Dannemarie devient un pur EHPAD et perd sa vocation sanitaire en 2012.

On peut par ailleurs citer, au rang des actions déjà mises en œuvre :

- la transformation des lits d'USLD à Dannemarie en lits d'EHPAD en 2008,

³⁰ ARS Alsace - Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens - Contrat sur les objectifs stratégiques Avril 2007 – mars 2011 signé le 31 mars 2007

³¹ ARS Alsace courrier du 7/10/2010, Approbation du programme d'investissements, en référence aux orientations stratégiques du CHA et de l'HL Dannemarie de juin 2009

- la "reconstitution" de 25 lits d'USLD redéfinie au CHA au 1er janvier 2010 par scission de l'EHPAD (utilisation d'une subvention CNSA de 560 138 €, obtenue en 2007 et affectée à l'USLD en 2010, avec l'accord de la CNSA),
- le développement d'une structure dédiée à la prise en charge gériatrique : Hôpital de jour Gériatrique, USLD redéfinie, SSR Gériatrique.

Enfin, il existe au CHA un projet d'ouverture d'un Court Séjour Gériatrique en 2013, conformément au contrat de retour à l'équilibre financier. Les travaux devraient s'achever courant 2012. Il résulte des hypothèses retenues au plan de financement pluriannuel que le compte de résultat prévisionnel³² principal devrait rester à l'équilibre sur la période étudiée pour devenir excédentaire à partir de 2013. Concernant les budgets de l'EHPAD et de l'USLD, les comptes de résultats provisionnels (CRP) ont été équilibrés avec les produits de l'hébergement. L'impact sur le prix de journée d'hébergement du programme d'investissement portant sur le pôle gériatrique du CH Altkirch a été validé par le Conseil Général du Haut-Rhin le 22 juin 2010. Les dotations soins correspondent aux dotations plafond auxquelles donnent droit les valeurs PMP et GMP validés en 2009.

L'interdépendance des deux établissements, au-delà des activités sanitaire et médico-sociale relatives aux personnes âgées, s'exprime par un fonctionnement conçu comme une conjugaison de moyens complémentaires.

Les actions recherchées et décidées localement par la Direction commune d'établissements portent sur les champs suivants :

- rendre le CH Altkirch « fournisseur » de l'EHPAD de Dannemarie en ressources spécialisées :
 - le Médecin praticien hospitalier assure la couverture médicale
 - la Direction est commune
 - la Direction des Finances d'Altkirch joue un rôle de conseil et de contrôle auprès de l'hôpital local
 - le Service de la Qualité et du suivi de la certification est chargé de la Gestion des risques à l'hôpital local
 - le Service informatique est partagé
 - une Pharmacie à usage intérieur (P.U.I.) a été mise en place au profit des deux établissements
 - le remplacement ponctuel en cas de congés est assuré entre les deux sites (ex : durant les congés annuels de l'agent d'entretien de Dannemarie, le Service technique du CHA supplée)

³² CHA / CRP 2010 - 2015 réalisé au 18/10/2010

- des opérations ponctuelles sont mises en place. Ainsi, lors de la réfection de la Cuisine centrale de Dannemarie, la Cuisine centrale du CH d'Altkirch a livré les repas (le personnel de cuisine de Dannemarie venant travailler à Altkirch). Un prêt ponctuel de matériel ou de consommables est également pratiqué.
- Rendre l'EHPAD de Dannemarie « fournisseur » du CH Altkirch : dans ce cadre, le blanchissage des vêtements personnels des 115 résidents du CH Altkirch est effectué à Dannemarie depuis 2000.

L'ensemble des services réciproques sus-cités fait l'objet de conventions entre les établissements et engendre pour l'HLD tous les avantages liés à la dimension d'une organisation plus importante. Sans prétention d'atteindre une taille critique sur ces champs mutualisés, l'estimation des gains qualitatifs et quantitatifs est notable pour l'HL de Dannemarie.

PARTIE II : MISE EN PLACE AU CH D'ALTKIRCH ET A L'EHPAD DE DANNEMARIE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES COMMUNES AUX DEUX ÉTABLISSEMENTS

Les deux établissements appartiennent au territoire de santé n°4 et entrent dans la zone de proximité d'Altkirch définie par L'ARH d'Alsace dans le SROS 2006-2011. La répartition des activités de soins est établie à raison de trois implantations de soins de suite (CH Altkirch, HL Dannemarie et Centre Médical de Luppach) et deux implantations de soins de longue durée (CH Altkirch, HL Dannemarie). Au regard des éléments évoqués dans la première partie et des besoins de développement en matière de prise en charge institutionnelle des personnes âgées sur la zone de proximité d'Altkirch, il était légitime que l'Hôpital local de Dannemarie et le CH d'Altkirch s'interrogent sur leur implication dans ce mouvement de développement de l'équipement sanitaire et médico-social. L'idée première de la direction commune était de renforcer le service de SSR de l'Hôpital Local de Dannemarie. Le projet a été amendé par la Tutelle au motif que les unités de soins gériatriques, SSR par exemple³³, devaient être adossées à un plateau technique et à un service d'urgence. La demande locale de prise en charge gériatrique étant patente, l'autorisation d'extension de capacité ne pouvait être accordée qu'au CH d'Altkirch, CH référent de l'HL de Dannemarie.

La direction commune des 2 établissements permet d'élaborer une stratégie conjointe de redéploiement et de développement du dispositif de prise en charge gériatrique. De nombreux partenariats et conventions de coopération entre les deux établissements (convention de direction commune, pharmacie, prise en charge médicale, canicule, finances et systèmes d'information) marquent déjà cette étroite collaboration.

Le directeur et les instances de gestion des deux établissements veulent développer un projet gériatrique commun et augmenter l'offre globale de prise en charge des personnes âgées. La première tranche du projet, à savoir la construction d'une unité de SSR renforcée au CHA, a déjà été validée et le chantier de deux ans a démarré en juillet 2010. L'étape suivante portera sur la reconversion de l'HL de Dannemarie sans lits de SSR. L'étude d'opportunité devra indiquer la nature des lits d'hébergement et les activités proposées par l'établissement. Les intentions à ce jour sont de supprimer le deuxième lit dans 12 chambres, de créer un lieu d'accueil de jour ainsi qu'une "unité Alzheimer" et

³³ Circulaire DHOS/O1 no 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets no 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

d'étudier la possibilité de créer un pôle d'activités et soins adaptés, PASA. L'ensemble de ces projets devrait permettre de prendre en considération les prises en charge adaptées aux pathologies de type Alzheimer. Aujourd'hui, le profil physique et psychique des résidents des EHPAD correspond à celui des patients d'USLD d'il y a 10 ans.

Une analyse critique de la stratégie commune proposée permettra de déterminer les choix les plus opportuns en termes d'activités à implanter ou à développer à l'HL de Dannemarie en complémentarité avec les structures de prise en charge existantes : unité d'accueil dédiée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, lits d'EHPAD séquentiel ou temporaire par exemple, places d'accueil de jour. Une attention particulière sera notamment portée à l'estimation des ressources nécessaires à l'activité EHPAD à venir par rapport aux ressources que généraient jusqu'à présent les 10 lits de SSR (valorisation sur la base du PMSI). Enfin, il est important de rester attentif au phasage chronologique qui est différent pour chacun des établissements : en terme de délais, le CH Altkirch en est déjà à la réalisation alors que l'HL de Dannemarie en est encore au stade de l'étude et de la réflexion.

Un mardi matin de mai 2011, Centre Hospitalier d'Altkirch.

Accompagnée de son fils, Mme M., 95 ans, est accueillie au service des urgences. Elle s'y rend à pied. Malgré son âge et son état de santé (principalement diabète et démence sénile), elle vit seule à domicile. Son fils est l'aidant familial principal, il lui rend visite journalièrement après son travail. Mme M., bénéficiaire de l'APA, est accompagnée au quotidien par le service d'aide et de soins à domicile, son suivi médical est assuré par son médecin traitant.

Mme M. présente depuis quelques jours un état confusionnel et son médecin traitant est consulté à ce sujet. Ce dernier relève également sur les derniers examens biologiques une hyperglycémie. Il téléphone au service des urgences du CH d'Altkirch et adresse la patiente, accompagnée par son fils, sans courrier ni autre information sur son dossier médical.

Admise au service des urgences, elle est ensuite placée seule dans un box, allongée sur un brancard. Cet espace sans fenêtre est confiné, sans repères spatio-temporels pour le patient, les bruits sont inhabituels et la lumière est artificielle, il y règne une certaine agitation du fait de l'activité du service. De plus, il n'y a pas de possibilité pour Mme M. de se rendre seule aux toilettes ni de boire en l'absence même de contre-indication médicale. Mme M. est de plus en plus confuse et connaît un épisode d'incontinence dans ses vêtements et en position couchée.

L'infirmière pose, *a priori*, un cathéter intraveineux et une sonde urinaire. Puis, le praticien hospitalier prend en charge la patiente et prescrit d'effectuer des examens complémentaires.

Le trouble de Mme M. s'aggrave et se traduit par un état d'agitation très important.

Le personnel du service des urgences décide d'attacher la patiente.

Celle-ci manifeste un état confusionnel extra-ordinaire.

Adressée ensuite au service de médecine du CHA, la prise en charge s'effectue dans la même logique. En quelques heures, la patiente présente les symptômes de la grabatisation et donc une augmentation de la dépendance. Le fils de Mme M. manifeste sa surprise face à l'évolution aussi rapide des troubles et de l'état physique, moins de deux heures après l'admission aux urgences.

Enfin, un praticien hospitalier Gériatre est appelé au chevet de la patiente et constate encore une fois le processus de iatrogénéisation³⁴ par une prise en charge mal adaptée aux personnes âgées. Ce dernier constate que les membres contraints sont ankylosés et que la patiente présente des complications de décubitus (liées à la position couchée): un encombrement pulmonaire et l'apparition d'un escarre dans le dos. Tous les actes invasifs

³⁴ Iatrogénéisation, définition du Haut comité de la santé publique qui considère comme iatrogène « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».

se sont avérés sans réelle nécessité, mais correspondent aux protocoles de prise en charge aux urgences. La contention, qui a contribué à l'aggravation de la confusion de la personne aurait pu être évitée dans un autre cadre (espace ouvert, lumière naturelle et sans bruit agressif pour un patient dans cet état), une médication adaptée aurait contribué à réduire les manifestations des troubles cognitifs. L'usage de Patch par exemple, évite un acte invasif et douloureux.

Mme M. a été adressée au centre hospitalier en raison de la manifestation inhabituelle de troubles du comportement et d'un diabète instable constaté par son médecin traitant. Sans être autonome chez elle, son maintien à domicile ne posait pas de problème majeur, ni pour elle, ni pour son entourage.

Une prise en charge gériatrique adaptée avec une orientation à l'entrée du CHA vers l'hôpital de jour gériatrique ou éventuellement le service de SSR et non aux urgences aurait évité des souffrances physiques et psychiques ainsi que l'aggravation du niveau de dépendance de la personne. Dans ces conditions, l'hospitalisation dans le service de médecine s'effectue *de facto*, au risque d'une durée de séjour prolongée car le retour à domicile est rendu compliqué et les lits d'aval en institution fort peu disponibles.

Ce constat interroge justement sur l'urgente nécessité de l'intervention d'une équipe mobile spécialisée en gériatrie dès l'admission d'un patient gériatrique et la création d'un service de court séjour gériatrique au sein du CH Altkirch.

Au terme de 3 semaines d'hospitalisation, Mme M., un peu plus dépendante, est rentrée chez elle et fait l'objet d'un suivi par le CLIC Alzheimer d'Altkirch.

A. Analyse critique de la stratégie commune proposée

La stratégie commune élaborée par la direction des deux établissements se décompose en trois actions majeures, dont la mise en œuvre a débuté en juillet 2010. Elle soulève à ce jour, un certain nombre de remarques et mérite une évaluation intermédiaire.

1. Constitution d'un véritable pôle gériatrique au CH ALTKIRCH intégré dans l'activité sanitaire

En 2008, l'équipe médicale des gériatriques du CH Altkirch propose de créer un véritable pôle d'activité gériatrique³⁵ regroupant au sein d'une filière de soins gériatrique cohérente tous les services en activité et les projets destinés aux personnes âgées. Cette intention s'est traduite dans le projet médical³⁶ du CHA associé aux CH de Mulhouse, Cernay et Thann.

Ce pôle d'activité gériatrique est conforme au Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, à la circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique, à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 ainsi qu'au décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôle d'activité. Il tient également compte du « Plan Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. L'intérêt majeur de regrouper tous les services dédiés aux personnes âgées au sein d'une filière gériatrique, dans un même pôle d'activité gériatrique, rend cohérente la prise en charge de la personne âgée hospitalisée. Il est primordial de permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge au vieillissement des patients accueillis et d'assurer leur continuité entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Le constat³⁷ permet de dire aujourd'hui que la personne âgée entrant à l'hôpital court le risque le plus élevé d'être hospitalisée à tort. De plus, elle l'est souvent dans un service mal adapté.

Or, l'hôpital rencontre actuellement plusieurs défis : faire face à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment de plus de 75 ans, répondre à leurs besoins spécifiques (elles sont souvent atteintes de poly pathologie et fragiles) et prévenir la perte d'autonomie, qui touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes de plus de 60 ans. Afin

³⁵ Projet de pôle d'activité gériatrique du CH Altkirch - octobre 2008 - sous la direction du Dr Agnès ANFOSSI, PH Chef du service Gériatrique et de l'EHPAD du CHA

³⁶ Projet médical commun 2010 - 2014 CH d'Altkirch, Mulhouse, Cernay et Thann, validé par les instances du CH d'Altkirch en juin 2010.

Filière gériatrique et Réseau Alsace gérontologie, pages 34 à 40
SSR au CHA, pages 42 à 43

³⁷ Conf. Entretiens avec les praticiens hospitaliers gériatres du CHA

d'éviter l'embolisation de certains services (des urgences et de médecine par exemple), le centre hospitalier doit pouvoir s'appuyer sur un potentiel suffisant de lits d'aval.

Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'une continuité de prise en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins qu'ils requièrent. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours "sans perte de chances" et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance.

La filière de soins gériatriques organisée au sein du pôle d'activité gériatrique du CHA vise à permettre à chaque personne âgée du Sundgau l'accès à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

La filière du **pôle d'activité gériatrique du CHA** s'entend comme une organisation fédératrice des différents « maillons » de l'activité gériatrique. En effet, aujourd'hui, la configuration éclatée de la localisation des services de gériatrie engendre des difficultés organisationnelles de coordination et de mutualisation des moyens en ressources humaines et matériels. L'existence d'une équipe mobile favoriserait le partage d'une culture gériatrique au sein de l'établissement.

L'état des lieux de l'offre gériatrique au CHA à fin 2010³⁸ peut se résumer ainsi :

- Le **Court séjour gériatrique** (noyau dur de la filière) comme l'**équipe mobile gériatrique** ne sont pas encore opérationnels. Cette dernière serait pluridisciplinaire (Géronte, IDE, assistante sociale), chargée de dispenser des avis gériatriques nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées fragilisées dans l'ensemble des services, aux urgences notamment.
- L'unité de **consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique** de 7 places a connu une année pleine d'activité en 2010 et enregistré 1285 venues pour une file active de 150 patients. Seules 9 hospitalisations ont été réalisées après consultation. 12 résidents d'EHPAD ont été "bilantés" dans ce service. Les tranches d'âge les plus représentées sont les 85-89 ans et les 75-79 ans.
- L'unité de **Soins de suite et de réadaptation gériatrique** de 10 lits est installée provisoirement dans 3 chambres à 3 lits et une chambre individuelle au cœur même des locaux du service de chirurgie du CHA. Les soins sont assurés par le personnel du service de chirurgie qui peine à s'adapter au surcroît de travail occasionné par la dépendance des patients gériatriques. Il faut prendre en compte

³⁸ Rapport d'activité 2010 - Pôle gériatrique du CHA - réalisé par le Dr Agnès ANFOSSI, Chef de service

que 35 % des séjours en SSR sont consécutifs à une intervention chirurgicale. Les patients mangent dans leur chambre mais ne disposent que du couloir pour marcher ou faire de la kinésithérapie. Malgré cette situation peu satisfaisante, les chambres sont toutes appropriées aux besoins des personnes âgées présentant une poly pathologie, dépendantes ou à risque de dépendance. L'unité de SSR gériatrique a connu une forte progression de son activité en 2010 (par rapport à 2009) : le taux d'occupation est passé de 90.76 % à 98.93 %, soient 300 journées supplémentaires. On constate également que la moyenne d'âge des patients accueillis est de 82 ans alors qu'elle n'était que de 81 ans l'année précédente et les tranches d'âge les plus représentées sont identiques à celles de l'hôpital de jour Gériatrique. Ceci explique en partie que la durée moyenne de séjour est en 2010 de 38 jours alors qu'elle ne se situait qu'à 34 jours en 2009. Au cours de la période, 55 % des patients sont rentrés à domicile et 19 % ont été placés en institution à l'issue du séjour en SSR. La saturation des lits de SSR traduit le manque de places en USLD-EHPAD.

- **L'unité de Soins de longue durée** n'est pas géographiquement distincte de l'EHPAD du CHA ce qui entraîne une forme de confusion dans le champ d'activité des services. L'individualisation des 25 lits d'USLD redéfinie ne sera effective qu'en 2012. Le taux d'occupation avoisine les 100 % et la DMS est stable autour de 3.5 années. L'âge moyen est de 83 ans et moins de 10 % des résidents ont moins de 70 ans. Le gériatre, responsable du pôle, déplore un ratio global de soignants trop modeste au regard de la charge de travail occasionnée par la grande dépendance des personnes âgées (GMP de 850). Ce ratio, de 0.57, est loin des 0.80 préconisé pour la prise en charge des personnes handicapées. Cependant, la répartition globale du personnel en 2010, en fonction des différentes tâches à réaliser, est jugée rationnelle. Grâce au Plan solidarité grand-âge, les effectifs ont été augmentés en 2009³⁹ ce qui a positivement impacté les conditions de travail et la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.

La filière du pôle d'activité gériatrique travaille en partenariat avec le réseau de santé « personnes âgées » qui fédère tous les intervenants professionnels à domicile auprès des personnes âgées (médecins généralistes, Pôle gérontologique du Conseil Général du Haut-Rhin, services infirmiers de soins à domicile des personnes âgées, CLIC ALZHEIMER, Accueil de jour pour personnes âgées, MARPA⁴⁰...). Une MAIA⁴¹ assurera

³⁹ Dotations en personnel liée au Plan solidarité grand-âge de 2009 : 5 AS, 5 IDE, 0.5 cadre et 1 ergothérapeute

⁴⁰ Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées

⁴¹ Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer, issu du Plan Alzheimer 2008-2012

la mise en œuvre du réseau gérontologique du bassin de vie du Sundgau à compter de 2012.

En ce sens, la valeur ajoutée de la filière gériatrique est d'associer, sur son territoire d'implantation, l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes. Elle contribue à fournir le juste niveau de prise en charge. Elle est garante de la diffusion de la culture gériatrique. Au centre hospitalier d'Altkirch, ces valeurs sont portées quotidiennement par 3 gériatres du pôle gériatrique, un PH titulaire de la capacité en gériatrie rattaché au service de médecine et un PH urgentiste, chef de service qui suit la formation à la capacité en gériatrie. Incontestablement, ces savoirs sont diffusés dans les équipes qui accompagnent les personnes âgées et s'installent progressivement dans les pratiques professionnelles.

Le rapport d'activité 2010⁴² du **service de médecine d'urgence et de l'UHTCD**⁴³ du **CHA** fait état d'indicateurs alertant l'établissement sur la nécessaire prise de conscience relative au développement d'une culture gériatrique dans les pratiques professionnelles. 13 % des patients pris en charge aux urgences sont des personnes de plus de 75 ans, proportion en constante augmentation. En 2010, sur les 1884 personnes âgées de plus de 75 ans entrées aux urgences, 901 (soit 48 %) ont été hospitalisées. Leur nombre était de 765 en 2009. Les sujets hospitalisés restent pour la plupart des sujets âgés, souffrant de poly pathologies, dont le maintien à domicile s'est avéré compromis par une perte de l'autonomie inhérente à une affection saisonnière ou tout simplement par la richesse des pathologies associée à l'augmentation de la durée de vie.

Au service des urgences, cette évolution de l'activité alliée au manque de lit d'aval est apparue non seulement chronophage dans l'exécution de l'activité de soins, mais aussi directement responsable de l'augmentation des temps d'attente. Le risque avéré d'embolisation du service est lié à la prise en charge de cas médicaux ne relevant pas toujours d'une hospitalisation médicale mais d'une prise en charge sociale. L'accès aux lits d'aval en interne manque de fluidité : en médecine, du fait d'une augmentation de la DMS concernant les patients âgés et en chirurgie, en raison de l'occupation de 10 lits par le service des SSR. Les difficultés de transfert vers l'hôpital de référence (CH de Mulhouse) se sont accentuées du fait de l'existence de difficultés identiques.

⁴² Rapport d'activité 2010 - Service de médecine d'urgence et de l'UHTCD du CHA - réalisé par Dr Pascale CHASSEROT SCHMITT, Chef de service.

⁴³ UHTCD: Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée.

Ainsi, le service des urgences s'est installé de façon quasi quotidienne dans une impasse stratégique de gestion des flux de personnes âgées. Ces personnes âgées ont souvent été réorientées vers le domicile face à une impossibilité d'hospitalisation et de transfert. Des rendez-vous d'hospitalisation ont alors été programmés mais cette démarche n'a pas pu répondre de façon qualitative à la demande de soin et a été difficile à vivre pour toute l'équipe des urgences. L'absence d'assistante sociale au sein du service ne contribue pas à améliorer le retour vers le domicile de ces patients âgés.

Le problème est récurrent à l'UHTCD qui comporte deux lits d'hospitalisation de courte durée, dits "lits-porte". Cette unité devrait accueillir majoritairement des patients pour lesquels un bilan médical sur quelques heures permet un retour à domicile. Cependant, l'UHTCD accueille de plus en plus de personnes âgées de plus de 75 ans pour lesquelles le retour à domicile est impossible, avec une durée de séjour qui s'étend parfois sur plusieurs jours (3 à 4 jours pour quelques malades). Quatre personnes âgées sont décédées en UHTCD au cours de l'année 2010. Il s'agissait de personnes en fin de vie adressées par des médecins libéraux. La moyenne d'âge des patients admis y est élevée et relève majoritairement de lits de gériatrie aiguë absents à ce jour sur l'établissement (court séjour gériatrique).

Bien que le fonctionnement du service se soit amélioré par l'apport de personnel paramédical, cela ne suffit pas à pallier les difficultés liées au profil médico-social des patients (très âgés, dépendants et porteurs de troubles cognitifs). La recherche d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients gériatriques est portée par les compétences, en la matière, du chef de service qui est en cours de validation de sa capacité en gériatrie.

On ne peut dissocier aujourd'hui le service des urgences et UHTCD de l'activité de l'établissement hospitalier d'Altkirch et *a fortiori* du pôle gériatrique. Il en constitue la principale porte d'entrée. La mise en service du bâtiment destiné à l'ensemble des services gériatriques ajouté aux trois unités de maison de retraite de 1994, marquera la structuration des moyens de prise en charge des personnes âgées du secteur. L'adressage direct des patients âgés au service de court séjour gériatrique aura sans doute pour effet de désengorger les urgences. Parallèlement, l'unité des SSR gériatriques de 10 lits actuellement renforcée par les 10 lits du HL Dannemarie et la création de 5 lits supplémentaires, soulagera le service de médecine et assurera l'orientation des patients hospitalisés suite à leur passage aux urgences. Sans autre affectation, l'unité de chirurgie disposera à nouveau de moyens d'accueil (4 chambres) des patients du service actuellement occupés par les SSR.

Sur le plan national, l'activité de SSR⁴⁴ ayant été redéfinie et réorganisée en avril 2008 fera l'objet, en 2012, d'une révision de ses modalités de financement. L'objectif est de parvenir, à partir de 2012, à une application progressive du modèle cible comme pour l'activité MCO et l'application d'une tarification à l'activité dite T2A. Un codage hebdomadaire de l'activité sera nécessaire. Le PMSI SSR⁴⁵ sera le marqueur médico-économique de l'activité. Aujourd'hui, il est envisagé d'introduire une cotation sur la base de l'Indicateur de Valorisation de l'Activité (points d'IVA) et on voit apparaître la notion de pénalité. Le concept de DMS n'est pas retenu dans la T2A SSR mais l'objectif n'en reste pas moins d'analyser et de réduire les coûts, de rechercher plus d'efficience.

L'interrogation sur la viabilité du dispositif et la qualité de la prise en charge gériatrique à l'hôpital est soulevée par le Dr Jean-Marie VETEL, gériatre et Président du Syndicat National de Gérontologie Clinique⁴⁶. Aujourd'hui, la T2A oblige les services de médecine à réduire la DMS et à orienter rapidement, si possible, les patients vers les SSR. Ceux-ci peuvent se voir adresser des patients âgés en phase aigüe de traitement, ce que JM Vetel appelle l'effet "toboggan". Le risque est d'assister à un glissement de l'adressage des patients : d'abord un court séjour d'hospitalisation de 8 jours, puis, si nécessaire, un passage vers les SSR de 30 jours maximum, suivi d'un retour à domicile si ce dernier est possible. Dans le cas contraire, le patient est contraint de rejoindre son domicile ou un Ehpad directement après le court séjour. Le développement d'USLD devrait pallier cette difficulté, mais l'organisation graduelle (décrite ci-dessus) peut se heurter à un problème de dimensionnement du nombre de lits de SSR et d'USLD, par rapport au phénomène de transfert des patients gériatriques et de capacité d'absorption des flux.

Dans un centre hospitalier tel que celui d'Altkirch, cette réforme d'organisation et de financement soumet les professionnels concernés à une nouvelle adaptation (tenue du dossier patient, résumé hebdomadaire, codage, traitement DIM et extension du système d'information). Le codage des actes l'évaluation du niveau de dépendance et des pathologies associées constituent la clé de voute de l'allocation des ressources, donc des moyens. Il en va donc de la responsabilité des personnels en charge de ces tâches. La dissociation et le développement de l'activité SSR au CHA va *de facto* améliorer les performances économiques des services de médecine par exemple. En effet, le niveau élevé de la DMS en médecine, lié à la prise en charge des patients gériatriques, et le

⁴⁴ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_2010.pdf

⁴⁵ PMSI SSR : Programme de médicalisation des systèmes d'information, champ des soins de suite et de réadaptation

⁴⁶ Revue Hôpital d'Ile de France n°43 - juin 2008 - Dossier : Des opportunités à saisir dans le secteur social et médico-social - Dr VETEL J-Marie (Invité) : "L'objectif n'est pas de sauver l'hôpital, l'objectif est de sauver les malades"

manque de lits d'aval trouveraient une solution dans l'orientation vers les SSR. L'estimation des ressources générées par l'activité SSR en 2011 sur une base T2A n'est pas simple. En revanche, le directeur et le responsable du pôle gériatrique peuvent en évaluer les charges : les ressources humaines Titre 1, les charges à caractère médical Titre 2 et les amortissements de l'investissement Titre 4 relatifs à l'EPRD⁴⁷. Cependant, la question reste ouverte quant aux moyens pérennes d'un service de SSR Gériatrique dont l'utilité en matière de santé publique est incontestable mais qui fait d'ores et déjà l'objet de recherche d'économies par rationalisation de la prise en charge. L'efficacité du dispositif repose donc sur un questionnement sur l'organisation optimale qui se traduira assurément par une amélioration de la qualité de la prise en charge.

La rénovation du bâtiment est en cours et devrait s'achever au premier trimestre 2012. Le projet de réhabilitation du bâtiment qui abritait antérieurement le service de long séjour a vocation à répondre aux multiples besoins décrits ci-dessus, en plus de la nécessité d'humaniser l'accueil des personnes âgées, comme :

- La suppression des 10 chambres à 2 lits dans le bâtiment EHPAD,
- La réorganisation de la distribution et de la composition des repas, avec service sur plateau adapté à chaque pensionnaire, ce qui permettrait de gagner du temps pour mieux donner à manger aux pensionnaires dépendants. La généralisation de ce dispositif à l'ensemble des services de gériatrie et de l'EHPAD du CHA permettra de répondre à un souhait exprimé en ce sens depuis dix ans.

Cependant, la restructuration architecturale ne se suffit pas à elle-même. Les gériatres alertent d'ores et déjà la direction de l'établissement sur la nécessité d'ajuster les effectifs en personnel soignant qualifié aux réalités de l'accompagnement de personnes très dépendantes et de répondre à l'inquiétude des familles.

Sur le plan comptable et financier, cette restructuration importante en termes d'investissement et de fonctionnement, impactera le prix de journée de 5 à 6 €. La direction a d'ores et déjà fait le choix de répartir la charge supplémentaire sur l'ensemble des résidents. Un travail de communication à ce sujet doit être mené auprès des résidents et leur famille.

En réponse à certains besoins de la population du bassin de vie d'Altkirch et des professionnels du centre hospitalier, ce nouveau bâtiment permettra de regrouper au CH

⁴⁷EPRD: état prévisionnel des recettes et des dépenses
Circulaire DHOS/F4/DGCP/5C/2008/98 du 25 mars 2008 et Circulaire interministérielle N°DHOS/F4/ DGFIP/CL1B/2009/14 du 16 janvier 2009

Altkirch : l'hôpital de jour, le CLIC ALZHEIMER, l'USLD redéfinie de 25 lits le service des SSR de 25 lits.

2. À Dannemarie, le départ de l'activité de soins de suite et de réadaptation gériatrique

Conformément au SROSS III, l'offre de soins sur le territoire 4 sera redistribuée. A l'achèvement des travaux du CHA, l'unité des SSR de l'Hôpital Local de Dannemarie sera transférée et l'établissement deviendra un EHPAD à part entière de 81 lits. En 2006, la réforme⁴⁸ avait converti en EHPAD l'unité de 27 lits d'USLD et requalifié la maison de retraite. En 2010, le taux d'occupation des lits de SSR était de 74.1 % et celui de l'EHPAD était au maximum.

Au-delà de la mutation des acronymes, l'établissement vit peu à peu la perte de reconnaissance de ses compétences exprimées par l'activité sanitaire. On peut indéniablement percevoir l'inquiétude du personnel au sujet du transfert des 10 lits de SSR et percevoir un sentiment de dévalorisation de leur savoir. Cette mutation les interroge également sur le devenir de l'établissement quant à leurs conditions futures de travail, au financement des investissements nécessaires par exemple.

Le transfert des lits de SSR viendra renforcer le pôle gériatrique du CHA et aura pour vocation de proposer une solution post-hospitalisation aux patients âgés. L'analyse des admissions à l'unité SSR en 2010 montre que le CHA a sollicité l'HLD à hauteur de 33 % (lits d'aval à l'hospitalisation) mais que 58 % des patients sont adressés à partir de leur domicile. La DMS a progressé de 6.5 jours en 10 ans et se situe en 2010 à 29.1 jours. Le taux d'occupation, de 74.1 %, est relativement constant depuis 5 ans. Ces indicateurs démontrent artificiellement que l'HLD ne joue pas pleinement son rôle d'absorption des sorties d'hospitalisation du CHA au vu notamment de la prédominance d'accès à partir du domicile. Cependant, l'adressage direct des personnes âgées en SSR signifie sans doute un meilleur usage des possibilités de prise en charge gériatrique sanitaire sans passer par le centre hospitalier. La coordination médicale sur le territoire semble donc relativement efficiente. En effet, sur demande des familles ou des services de soins à

⁴⁸ Circulaire DHOS/02/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les USLD

Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD

Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA/2008/340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD

domicile, via le médecin traitant, le patient gériatrique bénéficie d'un suivi médical de moyen séjour assuré par le PH du CHA au sein de l'HLD. Le taux d'occupation inférieur à 100 % signifie que les patients admis en SSR continuent à occuper leur chambre dans l'attente d'une place en EHPAD. L'unité de SSR joue ainsi le rôle de palier vers l'institutionnalisation lorsque le retour à domicile est inenvisageable.

Il est à craindre que les personnes accueillies actuellement en SSR, donc hospitalo-requérantes, soient maintenues dans la structure transformée en EHPAD, avec une dotation en soins moindre et des ressources inférieures. La recomposition des équipes à dominante soin vers le médico-social marquera définitivement la vocation EHPAD de l'établissement. Or les personnes âgées accueillies présentent le même degré de dépendance, souvent une pluri-pathologie et des troubles cognitifs. Le risque d'une moindre adéquation entre les nécessités et les moyens peut générer une frustration ressentie par le personnel qui mesure l'importance des besoins en soins et son impossibilité d'y répondre de façon satisfaisante.

Suite à la cession des lits de SSR, la nécessité de maintenir une couverture médicale assurée par le PH du CHA ne se justifie plus. Ne subsisteront que le médecin coordonnateur et les médecins de ville pour le suivi médical des résidents. L'EHPAD connaît les mêmes difficultés qu'une majorité d'établissements médico-sociaux relatives à la disponibilité des médecins libéraux, à la démographie médicale, aux difficultés d'accomplissement de la mission du médecin coordonnateur, d'harmonisation de la couverture pharmaceutique, etc. Outre qu'un certain nombre de médecins intervenant à l'EHPAD sont en fin de carrière, ils couvrent un secteur géographique rural et étendu et ont en charge un grand nombre de personnes âgées dépendantes maintenues à domicile.

A la différence du CHA, où la couverture médicale de l'EHPAD est assurée exclusivement par les gériatres praticiens hospitaliers, la direction de l'EHPAD de Dannemarie, en concertation avec le PH et le cadre de santé, a convenu que chaque résident conserve le choix de son médecin traitant. Le PH rattaché actuellement à l'HLD assure une présence quasi quotidienne dans la structure. Il constitue le référent médical direct pour le personnel et un éventuel interlocuteur pour les familles rassurées par une présence médicale au quotidien dans l'établissement.

La traduction financière du transfert des 10 lits de SSR vers le CHA est un manque à gagner considérable. Cette unité constitue aujourd'hui le budget principal H de l'établissement. Le compte de résultat prévisionnel 2010 présente un total général de 1 823 660 € pour le budget H, le budget E de l'EHPAD est de 2 507 641 €. En conservant

une structure organisationnelle et un niveau d'activité identiques, par extrapolation des données financières de l'EHPAD 2010, on peut évaluer à 280 000 € le déficit au compte de résultat occasionné par le changement de nature de l'activité. Cette perte de ressources peut être compensée par une augmentation du prix de journée d'environ 9.9 € ou par une réduction drastique des charges. Dans ce cas de figure, les charges incompressibles (amortissements, intérêts et autres charges de structure) vont guider la direction vers les variables d'ajustement classiques : les ressources humaines et les dépenses d'exploitation variables (arbitrage relatif aux marchés publics de consommables en faveur "du moins disant", par exemple).

Toutefois, à compter de 2012, les ressources liées à cette activité sanitaire auraient été assurées par le PMSI SSR du fait du passage en T2A. La réduction probable des recettes escomptées n'aurait pas soustrait la direction à une réflexion globale à ce sujet. La situation conjoncturelle aurait été favorable au développement de cette activité mais les conditions structurelles nécessaires à l'équilibre budgétaire étaient compromises. La mise en place d'un système d'information (PMSI SSR) basé sur le codage effectué par un personnel affecté et contrôlé par le DIM⁴⁹, mais également la formation des professionnels concernés et la mise en œuvre d'un dispositif de suivi continu du dossier patient, auraient été chronophages et coûteuses. L'intervention des médecins traitants et du médecin coordonnateur en charge des patients aurait été conditionnée à leur implication dans ce dispositif (codage des actes, évaluation PATHOS). Or, ceux-ci sont souvent dépourvus de la culture hospitalière et peinent à comprendre l'intérêt capital de tracer leurs interventions. Il est à craindre que l'équilibre des ressources et des emplois issus de l'activité SSR, calculée sur une base T2A requiert une taille critique et une structure technique et organisationnelle que l'HLD n'auraient pas atteintes avec 10 lits.

3. À Dannemarie, la Restructuration architecturale liée à la division de 12 chambres doubles

L'HLD devenu EHPAD est confronté à l'obligation d'humaniser certains locaux et de les adapter aux conditions actuelles d'une prise en charge de qualité. A ces fins, la direction doit mener un projet de réhabilitation et de restructuration de l'établissement. Douze chambres doubles doivent être transformées en chambre à un lit. Les familles, le personnel et la direction, soutenue par les instances de l'établissement, souhaitent mettre à profit la transformation des chambres pour réaliser une unité de vie protégée dédiée aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée. La

⁴⁹ DIM : Département d'information médicale

dimension envisagée serait de 14 lits, dont 2 lits d'accueil temporaire. Cette configuration permettrait de porter la capacité globale d'accueil séquentiel à 4 places. La réflexion fait écho à une volonté politique de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et proposer aux aidants des solutions d'hébergement temporaire afin de prévenir les situations d'épuisement. L'accueil en hébergement temporaire peut également correspondre à une orientation d'aval post-hospitalisation lorsque la personne âgée ne nécessite que des soins de nursing.

La teneur de ce projet a été approuvée chaque année par les instances de l'établissement depuis 2006 et intégrée au projet d'établissement. Il a été inscrit par l'ARH dans les propositions du Plan de retour à l'équilibre du CHA. Les autorités municipales et cantonales ont recherché et exprimé des propositions acceptables afin de pallier le manque de possibilités d'extension architecturale intrinsèque à la structure.

Un avant-projet, conduit par la direction de l'EHPAD de Dannemarie, a été formalisé : la définition du périmètre du projet résulte d'une réflexion globale et concertée entre les destinataires de la réalisation, les acteurs de l'offre médico-sociale du bassin de vie d'Altkirch (CHA et EHPAD Dannemarie) et les tutelles (Conseil Général 68 et ARH à partir de 2006). Dès lors, le Directeur a mis en exergue la nécessité d'intégrer l'évolution des besoins de la structure liés au vieillissement de la population et de la nature de la prise en charge institutionnelle.

Dans ce contexte défini, des études de faisabilité technique et économique ont été réalisées en 2006 et actualisées en 2010 par un cabinet d'expertise⁵⁰. Une réflexion conjointe avec le cadre de santé sur la faisabilité organisationnelle a été menée au fur et à mesure des propositions faites par la société d'expertise. La réhabilitation comprendra deux phases :

- 1) l'extension de la structure par la construction d'une aile supplémentaire abritant au minimum l'unité de vie protégée
- 2) la transformation des chambres doubles en pièces individuelles équipées d'un cabinet de toilette complet. La société chargée de l'étude a formulé deux scénarii possibles assortis de coûts et d'impacts architecturaux très différents.

Les deux hypothèses présentées ne recueillent pas le même engouement auprès des autorités locales. Celles-ci ne sont pas favorables au scénario reposant sur la destruction d'un bâtiment, ancien hôpital de Dannemarie, emprunt de l'histoire de la ville et composé de 5 logements sociaux et de la crèche.

⁵⁰ SEMHA Société d'économie mixte de Haute-Alsace - 68 Colmar

Le développement d'un tel projet, par sa complexité, s'inscrit dans la durée et il autorise des ajustements significatifs en fonction de l'évolution des besoins. En 2011, au terme d'une analyse de la démographie, des structures existantes et des besoins de prise en charge partielle non satisfaits sur la zone géographique de l'établissement, il est apparu qu'une unité d'accueil de jour adossée à l'EHPAD serait opportune. Au contraire de l'Hôpital de jour du CHA, l'Accueil de jour n'est pas médicalisé, mais il s'inscrit dans le maillage du réseau gériatrique. Il n'existe actuellement qu'une seule structure dans le Sundgau: Le Doppelsbourg de Hirsingue⁵¹. Elle est autonome, se situe à 16 km de Dannemarie et recrute sur un rayon de 30 km. Elle accueille, en moyenne 3 jours par semaine, 12 personnes originaires du canton de Dannemarie. Potentiellement, un ADJ Alzheimer à Dannemarie de 6 places répondrait aux besoins de la population locale. La mutualisation des moyens (UVP, ADJ Alzheimer) permettrait d'apporter une réponse cohérente aux besoins liés à la prise en charge des personnes dépendantes du canton sans fragiliser davantage l'équilibre financier du projet.

Toutefois, l'avancement du projet se heurte actuellement à la réforme des formalités d'autorisation en généralisant le recours à la procédure d'appel à projets⁵² pour la création, la transformation et l'extension de la capacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à financement public. En effet, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 22 juillet 2009 substitue cette procédure à la sélection des projets par les CROSMS⁵³. Elle a vocation à contribuer à la réalisation des schémas départementaux et régionaux et de leurs programmes, dont le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie⁵⁴, en application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La nouvelle procédure d'autorisation est entrée en vigueur à compter du 1er août 2010. L'ARS et le Conseil Général 68 élaborent conjointement une planification des autorisations en fonction des besoins. Les appels à projet ou à candidature 2011-2012 formulés par l'ARS Alsace⁵⁵ ne portent pas sur des projets de création d'unités de vie protégée Alzheimer ou accueils de jour. La position des tutelles en la matière a quelque peu évolué⁵⁶. L'ARH souhaitait que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes disposent d'une unité de vie protégée dédiée aux résidents atteints

⁵¹ Accueil de jour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des personnes isolées ou fragilisées, du domaine du Doppelsbourg à Hirsingue, Haut-Rhin 68 / fondation Allimann-Zwiller

⁵² loi 2009-879 du 21 juillet 2009 et décret 2010-870 du 26 juillet 2010 publié le 27 juillet 2010

⁵³ CROSMS Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

⁵⁴ PRIAC Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

⁵⁵ <http://www.ars.alsace.sante.fr/Secteur-medico-social.77316.0.html>

⁵⁶ Entretien Dr Isabelle MAGNIEN, direction de l'autonomie, Conseil médical, CG 68

de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. La création d'une unité de vie protégée et d'un accueil de jour dépend d'un soutien financier à l'investissement dans le cadre du PRIAC. On déplore actuellement une contrainte budgétaire telle qu'elle ne permet pas aux établissements d'envisager ce concours financier. Il n'y a aucune visibilité sur le financement des accueils de jour. Aujourd'hui, l'ARS dit satisfaisante l'existence d'au moins une UVP Alzheimer par secteur (exemple: le bassin de vie d'Altkirch) mais propose, avec le concours de la CNSA, de labelliser des pôles d'activité et de soins adaptés PASA et des unités d'hébergement renforcé UHR⁵⁷. Ces 2 derniers dispositifs visent à créer des structures organisationnelles internes destinées à améliorer l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles plus ou moins sévères du comportement (évaluation en référence à la grille NPI-ES⁵⁸).

Cependant, les mesures consécutives au diagnostic des besoins de l'EHPAD doivent être considérées comme inévitables. La conversion des chambres doubles et le maintien du nombre de places rend l'investissement incontournable. Le financement de l'acquisition du terrain et des travaux n'est pas envisageable sans un soutien important. L'arbitrage s'effectuera dans le sens d'une recherche d'amélioration de la qualité de la prise en charge, du maintien de la capacité d'accueil de l'établissement et d'un encadrement raisonnable de l'augmentation du prix de journée à charge des familles ou de l'aide sociale. Ce dernier sera fortement impacté par l'augmentation des charges de structure telles que les amortissements, les frais financiers et les charges de personnel (en raison d'une nouvelle configuration des bâtiments) non absorbées par une augmentation du nombre de lits.

Sur invitation du Conseil Général⁵⁹, l'établissement s'engage, début 2011, dans une réflexion conduisant à aménager un pôle d'activités et de soins adaptés, PASA, au sein de l'EHPAD. Cette éventualité n'est envisagée qu'afin d'apporter un complément de moyens d'encadrement des personnes manifestant des troubles du comportement. Le PASA est pour l'heure une réponse qualitative à une problématique avérée de l'établissement mais il ne répond pas aux priorités inscrites dans les axes stratégiques. La réflexion menée par le groupe de travail mobilisé sur les projets de construction d'une UVP et d'un ADJ Alzheimer a rapidement intégré la proposition du CG 68. Un projet de vie est rédigé dans ce sens en juin 2011. Mais en l'état, au vu de la configuration de l'établissement, sans investissement massif, même le PASA demeure incertain.

⁵⁷ Annexe à la circulaire 2009/195 du 6 juillet 2009 : cahier des charges relatif aux PASA et UHR

⁵⁸ Inventaire Neuropsychiatrique Version pour Équipe Soignante

⁵⁹ Entretien avec Mme Suzanne WEISS, Chargée de mission - service de prévention de la dépendance - Conseil Général du Haut-Rhin

La redistribution de l'activité sanitaire sur le territoire 4 a conduit le CH d'Altkirch à développer un véritable pôle gériatrique qui assurera, au terme de la construction, une prise en charge sanitaire et médico-sociale de qualité et adéquate à la problématique des personnes âgées hospitalisées. L'HLD, devenu un EHPAD à part entière, doit également adapter son offre à l'évolution du niveau pathologique et de dépendance des résidents et répondre aux besoins d'accompagnement institutionnel des personnes âgées. Dans un contexte conjoncturel financièrement peu favorable, les deux établissements sont soumis à une réflexion portant tant sur l'organisation de l'activité que sur les implications d'investissements importants.

B. Propositions et points de vigilance dans l'élaboration du projet de restructuration de l'HL Dannemarie

1. La rénovation de l'EHPAD de Dannemarie est incontournable

La rénovation est motivée par deux raisons essentielles :

- l'humanisation des chambres doubles en les transformant en espaces individuels équipés de sanitaires adéquats,
- le maintien de l'existant quantitatif de places dans l'établissement, à savoir 81 lits dont 2 d'hébergement temporaire.

La démarche entreprise par la direction tient compte des impératifs de réhabilitation susvisés et de la volonté de garantir à la population un niveau d'accueil équivalent en quantité et en qualité. La direction a d'emblée réfléchi à l'opportunité d'une Unité de Vie Protégée : l'état des lieux actuel montre que 30 personnes sont diagnostiquées "Alzheimer et maladie apparentée" dont 10 sont déambulantes et 4 ont présenté récemment une phase de déambulation, ce qui représente environ 42 % des résidents de l'EHPAD. Une partition différente de la structure faciliterait la prise en charge et améliorerait les conditions de vie de ces résidents. La direction suggère de dimensionner l'UVP à 12 places plus 2 d'hébergement temporaire.

Le Conseil Général du Haut-Rhin avait élaboré en 2006 des recommandations techniques et architecturales : exigences, normes et conseils, suggestions. Il a rédigé un "Abécédaire"⁶⁰ pour la construction et la restructuration des EHPAD. Un cahier des charges relatif aux unités de vie protégée est édité en 2007 par le Conseil Général 68, l'Assurance Maladie Alsace-Moselle et la Préfecture du Haut-Rhin. Il précise les principes de fonctionnement, le cadre architectural, les moyens humains nécessaires, l'indispensable inscription dans les projets d'établissement et de soins. L'octroi de financements départementaux était soumis au respect du cahier des charges et de l'Abécédaire. Cette démarche a contribué à améliorer considérablement les conditions d'accueil, d'hébergement et de soins des maisons de retraite du Haut-Rhin. Les objectifs qualité y sont clairement définis :

- offrir des espaces de vie confortables et accueillants
- faciliter les conditions de travail et l'organisation des soins

⁶⁰ http://www.solidarite.cg68.fr/Solidarite_ABCedaire.aspx

- privilégier des espaces qui permettent de renforcer l'animation et les liens autour des personnes âgées accueillies.

Le Conseil Général du Haut-Rhin réactualise l'Abécédaire en tenant compte de l'expérience acquise à la faveur des réalisations afin d'adapter les recommandations à l'évolution de la dépendance et des contraintes des financeurs. Il semblerait que les exigences et normes soient assouplies et mesurées en fonction du potentiel de développement de la structure. Bien qu'en phase de mise à jour, ce référentiel conceptuel reste d'actualité. Il a servi de base à l'étude de faisabilité réalisée en 2006 et 2009 de la rénovation de l'EHPAD de Dannemarie.

Mais, une procédure d'octroi d'une subvention d'investissement départementale datée du 20 décembre 2010 a été adressée par la Direction de l'Autonomie et de la Tarification des établissements accompagnée d'une lettre précisant la limite du soutien financier du CG 68⁶¹. Ce courrier mentionne les fortes problématiques financières (prix de journée) et invite les investisseurs à *"limiter le coût des opérations : en particulier, rationaliser les surfaces en imaginant des solutions novatrices pour ce qui concerne l'usage des espaces communs, ... et envisager des mutualisations de certains équipements ou prestations"*. L'Abécédaire devient un outil d'aide à la décision et non une norme, il n'est donc plus opposable en l'état.

La manifestation des troubles du comportement inhérents à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées constitue une incitation forte à concevoir ce nouvel espace comme une unité protégée, sécurisée et adaptée à ces pathologies. Ainsi, les personnes âgées déambulantes ont besoin d'une liberté de mouvement, d'un espace circonscrit et d'un environnement visuel et sonore stimulant. Le parangonnage⁶² des structures existantes⁶³ permet d'apprécier les organisations efficaces, de nourrir et d'améliorer le projet en cours à l'EHPAD de Dannemarie. Ainsi, la confrontation

- des conceptions architecturales et des contraintes associées (un ou plusieurs niveaux, disposition des espaces de déambulation, ceux réservés à la vie collective et aux familles, etc.),
- du dimensionnement des unités,
- des solutions organisationnelles adoptées,
- de l'amélioration de la qualité évaluée

peut encore enrichir l'ingénierie du projet.

⁶¹ 30 % dans la limite de 70 000 € par lit pour l'hébergement et 47 000 € pour l'ADJ
Courrier du 20 décembre 2010 signé Michel CHOCHOY, DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE DE LA SOLIDARITE et DES RESSOURCES

⁶² Benchmarking

⁶³ EHPAD du CHA, d' ILLZACH et de VILLAGE NEUF

La visite d'un EHPAD⁶⁴ doté antérieurement d'une UVP Alzheimer mais transformée opportunément en PASA en 2011 montre les limites d'une architecture peu adaptée à ce type de résidents. L'organisation sur plusieurs niveaux est très chronophage. *A contrario*, l'UVP Alzheimer de l'EHPAD du CHA, qui a obtenu un prix CNSA, a été conçue autour d'un projet spécifique. La qualité de vie des résidents et les conditions favorables de travail du personnel traduisent l'adéquation de la structure aux pathologies des personnes âgées et la rationalité des locaux.

La solution la plus confortable pour tous, consiste en la création d'une petite unité, séparée mais intégrée à l'ensemble d'hébergement plus vaste. L'UVP doit proposer un projet de vie qui réponde aux besoins spécifiques des personnes atteintes de démence, quels que soient les troubles du comportement dont elles sont affectées, et qui en constitue le canevas. Les aspects matériels du projet doivent se construire autour de celui-ci : sélection des résidents, adaptation de l'ergonomie des lieux, qualification du personnel, implication des familles, projet de soins, équipement adapté et sécurisation de l'unité.

À ce stade de la réflexion, une analyse prospective met en exergue deux points de vigilance :

- selon les indications du CLIC d'Altkirch, 36 personnes dépendantes du canton sont suivies à domicile, parmi lesquelles 45% présentent des troubles liés à la maladie de type Alzheimer et 38 % sont catégorisées en GIR 1 et 2. Or, la structure d'ADJ du Doppelsburg accueille, en moyenne 3 jours par semaine, 12 personnes originaires du canton de Dannemarie, donc cette structure est loin de satisfaire entièrement la demande.
- Le maintien à domicile est le souhait majeur des personnes vieillissantes. Les actions politiques s'orientent vers cette solution en favorisant l'organisation de services d'aide et de soins à domicile, en attribuant une aide financière, en développant les réseaux gérontologiques en charge du suivi des personnes, en proposant une prise en charge médicale de courte durée (SSR et HDJ), etc. Cependant, cet élan vertueux confine parfois la personne âgée privée de son autonomie dans l'isolement social. De plus, on apprécie mieux aujourd'hui les dommages collatéraux du maintien à domicile dont souffrent les aidants. Il convient de préciser que les familles font souvent le choix du maintien à domicile du parent âgé lorsque l'offre de services est bien structurée et la charge financière est moindre au regard d'une institutionnalisation en EHPAD.

⁶⁴ EHPAD de Village Neuf 68

De fait, le dimensionnement de l'hébergement temporaire pourrait être renforcé et une solution d'accueil séquentiel de type accueil de jour de six places⁶⁵ se justifierait. Les possibilités d'associer ces projections aux besoins actuels constituent une opportunité de mutualiser les moyens à mettre en œuvre dans la réhabilitation de l'EHPAD de Dannemarie.

Toutefois, l'EHPAD héberge 81 personnes âgées dont le niveau de dépendance est relativement élevé. Le GIR moyen pondéré (GMP) est de 655,14 (contrôlé le 20/08/2009 et validé le 6/10/2009), 30 personnes étant en GIR 1 ou 2. L'UVP ne répondrait que partiellement aux difficultés d'accompagnement des personnes souffrant de troubles cognitifs. L'opportunité d'aménager un PASA n'est pas écartée. Elle est même relativement bien reçue par le personnel, qui y voit une solution d'adressage lorsque les manifestations des troubles du comportement dégradent la qualité de prise en charge. Le groupe de travail piloté par la direction de l'établissement et chargé de la réflexion sur la rénovation de l'EHPAD ne dissocie ainsi plus les 3 projets : une UVP qui mutualiserait ses moyens avec l'ADJ et un PASA à aménager dans l'ancienne structure.

C'est dans cet esprit que le projet de vie est conçu et rédigé. L'approche organisationnelle de l'EHPAD reconfiguré pointe très rapidement la nécessité de renforcer les équipes médico-sociales. La juxtaposition de 3 bâtiments en enfilade génère un surcoût lié au fonctionnement. Pour ne citer que deux exemples : la veille de nuit doit être doublée et le redéploiement des équipes d'animation ne suffit pas à satisfaire au cahier des charges et au projet de vie. Or, 4,67 ETP⁶⁶ de personnel soignant sera disponible après le transfert des 10 lits de SSR au CHA. Le volume nécessaire au fonctionnement des nouvelles unités est évalué à 18,9 ETP, soit un différentiel de 14,2 ETP. Malgré une mutualisation maximale des moyens en personnel, l'augmentation des effectifs compromet la viabilité du projet. Seule une autre forme de management des ressources humaines permettrait de réduire les besoins. La direction et l'encadrement n'ont pas souhaité une flexibilité plus importante du personnel, comme pourrait l'être le travail "en coupé", au motif que ce mode d'organisation des plannings entraîne une détérioration des conditions de travail et une démotivation, et qu'il favorise l'épuisement des personnels. Face à de semblables situations, certains établissements favorisent un glissement des tâches (entre infirmières

⁶⁵ Circulaire DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1) - objet : Capacité minimale des accueils de jour Alzheimer et modalités de mise en œuvre de l'obligation de proposer un dispositif de transport.

⁶⁶ Les effectifs actuellement affectés à la prise en charge de 39 résidents en "Moyen et Long Séjour" est de 18,7 ETP et constitue la base d'extrapolation pour les nouvelles structures. Le transfert au CHA des 10 lits de SSR représente environ 1/4 de l'existant soit environ 4,67 ETP de personnel soignant affecté au budget H.

et AS par exemple), font appel à des stagiaires pour renforcer les équipes, à du personnel à temps partiel et envisagent une distribution différente des effectifs. Même en accompagnant ces mesures d'un effort de formation (sensibilisation à la nécessité d'utiliser le matériel adéquat par exemple) et de prévention des risques de maladies professionnelles (épuisement psychologique et physique), elles ne paraissent pas souhaitables.

Quant à l'aspect financier, la direction a repris les évaluations de la société d'expertise chargée de l'étude de faisabilité. Les montants traités sont indicatifs mais présentent une fiabilité acceptable à ce stade de l'élaboration du projet, en considérant toutefois qu'elle constitue une hypothèse basse.

Sachant que l'établissement ne dispose pas de réserve foncière suffisante pour la construction d'un bâtiment supplémentaire et que l'extension de l'existant est inenvisageable pour des mécaniques liées à l'architecture existante, l'EHPAD doit s'approprier un bâtiment voisin appartenant à la communauté de communes de la Porte d'Alsace (ancien hôpital de Dannemarie à forte charge symbolique pour les habitants de la commune). Celui-ci est actuellement occupé par la crèche et abrite 5 appartements à vocation sociale. La crèche va transférer son activité dans d'autres locaux mais la problématique des logements d'habitation demeure. La communauté de commune a donné son accord pour la cession mais a assorti sa décision d'une réserve sur le relogement des locataires.

L'étude présente deux hypothèses : la transformation de l'existant ou la démolition puis reconstruction avec une possibilité d'extension ultérieure. La différence de coût est significative. L'hypothèse préférentielle pour l'actuelle direction serait la construction neuve sur un niveau. Le coût de cette option est évalué à 1 700 000 € pour une UVP de 14 lits, soit environ 120 000 € par lit. L'extrapolation de cette proposition, afin de compléter le projet de 6 places d'ADJ et l'aménagement d'un PASA, conduit à une plus value de 200 000 €. Notons que le conseil général du Haut-Rhin n'accepte d'intervenir dans le financement de l'investissement qu'à hauteur maximale de 70 000 € par lit pour l'hébergement et 47 000 € par place d'accueil de jour.

Le compte de résultat prévisionnel 2012, après consolidation des budgets H et E et corrigé des variations liées à la transformation des 10 lits de SSR en lits d'EHPAD, mais sans tenir compte de l'impact des investissements de rénovation ni des dépenses du titre 1 générées par les nouvelles unités, se traduit par un déficit de 281 000 €. Par compensation, une augmentation du prix de journée de 9.90 € par jour ou 297 € par mois

assureraient l'équilibre. Aucun argument objectif ne pourra justifier cette augmentation auprès des familles qui ne verront aucune amélioration dans la prise en charge de leur parent. Il s'agira pour la direction de négocier une forme de compensation à cette perte brutale de ressources auprès des autorités de tutelle.

Le plan de financement de l'investissement UVP - ADJ - PASA prévoit :

- Dans le volet ressources : 40 % de subvention du CG 68 (hypothèse haute de subventionnement pour la rénovation et la création) et de la CNSA, 10 % par un emprunt à taux 0 et un emprunt bancaire à 4 % l'an ;
- L'impact au niveau du titre 4 des dépenses serait de 47 500 € (amortissement sur 35 ans) ou une augmentation de 3.6 € du prix de journée, soit 108 € par mois.

Le prix de journée 2010 à la charge du résident, fixé par le CG 68⁶⁷, est de 56.18 € et 52.68 € en fonction du bâtiment et de la qualité des prestations hôtelières. Il se situe dans la moyenne départementale. Mais il laisse peu de marge de réévaluation qui autoriserait des projets ambitieux de rénovation de l'EHPAD de Dannemarie. L'augmentation du prix de journée risque de ne pas être réalisable dans le cadre d'une convergence tarifaire et des limites fixées par le CG.

Un autre élément de complexité doit à ce stade être introduit : le contexte environnemental de l'EHPAD de Dannemarie est particulièrement concurrentiel. Un EHPAD multi-sites dans le Sundgau est actuellement en construction (Waldhigoffen à 23 km et Seppois-le-Bas à 14 km). L'autorisation de création porte sur 140 places, soit deux fois soixante dix places à Seppois-le-Bas et Waldhigoffen, avec la possibilité d'hébergement temporaire, d'ADJ et UVP Alzheimer de 15 places dans chaque structure. La mise en service est prévue en 2012. Le projet est financé par la Fondation Armée du Salut. Cette concurrence représente un risque réel à la fois pour l'EHPAD de Dannemarie et le CH d'Altkirch : l'embauche de 120 à 130 personnes, toutes catégories confondues, ne sera pas sans conséquences sur la capacité à recruter du CH d'Altkirch qui connaît déjà aujourd'hui de réelles difficultés de recrutement, notamment d'IDE. Celui-ci risque de voir son potentiel d'attraction réduit pour les personnels domiciliés dans le Haut-Sundgau.

L'ouverture des deux structures concurrentes de Waldhigoffen et Seppois-le-Bas peut déstabiliser les projets de l'EHPAD de Dannemarie qui a besoin d'un taux de remplissage maximum, mais aussi obérer le niveau d'activité de l'EHPAD du CH d'Altkirch. Le bassin de recrutement de l'EHPAD de Dannemarie se décline ainsi : 50 % des résidents sont originaires de Dannemarie et son canton ou du canton d'Altkirch. Le risque pèse sur

⁶⁷ CG 68 - Direction de l'autonomie - service de la tarification des établissements sociaux - Recueil des prix de journée 2010 notifiés aux établissements de compétence départementale - Secteur des personnes âgées

environ 30 % des résidents de l'EHPAD de Dannemarie originaires du Canton de Hirsingue. Ces proportions sont relativement stables. Il faut également noter que Bellemagny (à la limite départementale du Territoire de Belfort et à 10 km de Dannemarie) a un projet à court terme de rénovation qui verrait sa capacité augmenter de 28 lits.

Au regard des données ci-dessus, on constate un blocus de la situation pour lequel il n'existe pas de réelle solution : le niveau de dépendance des personnes âgées est chronophage, les effectifs "réels" sont insuffisants dans l'hypothèse d'une restructuration de l'établissement (l'absentéisme est important en 2011, lié principalement à des accidents du travail), les contraintes architecturales entraîneraient des surcoûts de fonctionnement (le besoin d'un ETP supplémentaire de nuit par exemple). La concomitance de la perte d'activité sanitaire (SSR) et la réhabilitation nécessaire engendrent une restructuration organisationnelle et une situation financière dégradées. La direction doit définir des priorités afin de rationaliser les ressources, atteindre l'équilibre budgétaire et rendre la structure viable. Il est clair que les difficiles arbitrages auront à éviter l'écueil de diminuer la qualité de la prise en charge des résidents faute de moyens en personnel. Concrètement, il faut que le personnel n'ait pas à arbitrer entre la fréquence du nettoyage des chambres, la qualité des toilettes, un habillage quotidien des résidents et la participation de ces derniers aux activités d'animation, par exemple. Il faudra concilier des intérêts antagonistes : maîtriser les coûts et assurer le maintien de la qualité de la prise en charge. Cette approche doit s'accompagner d'une communication active auprès des familles et du personnel.

La direction de l'établissement est contrainte à l'action rationnelle en finalité⁶⁸ dans le sens où elle recherchera une adéquation rationnelle entre les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre. La fonction de directeur d'un établissement public est aujourd'hui transcendée pour revêtir les compétences managériales d'un entrepreneur du secteur marchand. La résistance à cette tendance serait préjudiciable.

L'encadrement et l'animation des équipes reposeront sur la recherche de sens à donner à l'action, qui disparaît dans les actes habituels, mécaniques, contraints. Cette absence de sens qui renvoie au "poids de l'éternel hier", à la nostalgie d'un passé révolu. L'idéal consisterait à recréer des valeurs partagées, propres à l'organisation et à la mission de l'établissement, afin que chacun trouve un sens à son action et contribue ainsi efficacement au changement.

⁶⁸ WEBER Max, 1971, Paris Plon

2. Le rapprochement de l'HLD et du CHA, un levier d'action possible

Une autre piste de réflexion mériterait d'être étudiée : le rapprochement organisationnel et juridique de l'EHPAD de Dannemarie et du CH d'Altkirch, qui constituerait un levier d'action pour le directeur. Cette opération pourrait prendre la forme d'une communauté de territoire dans le champ médico-social.

En effet, la rénovation et l'extension minimale de 10 places d'EHPAD à l'HLD conduit l'établissement dans une impasse financière. De plus, il est en situation concurrentielle face à l'ouverture prochaine des 140 lits d'EHPAD de Waldighoffen et Seppois-le-bas qui absorberont une part, non évaluable aujourd'hui, de la file active de l'HLD. Cette concurrence constitue une menace sur le taux d'occupation. L'éventuel engagement financier des tutelles, destiné à compenser la perte de ressources liée au transfert de l'activité de SSR, ne sera pas pérenne et n'exonèrera donc pas la direction commune des deux établissements d'une réflexion de fond.

L'offre d'hébergement de l'EHPAD de Dannemarie pourrait s'inscrire dans un projet commun avec l'EHPAD du CHA sans y perdre sa spécificité. Le volume de places d'hébergement médico-social offert devrait dans ce cas être garanti par les tutelles sur les deux établissements. Et la demande d'autorisation d'extension portant sur les lits de SSR transférés au CHA et transformés en lits d'EHPAD devrait être accordée à la structure globale.

L'intégration d'une structure à une autre ne signifie pas nécessairement son assimilation. Ainsi, l'EHPAD de Dannemarie pourrait conserver une couverture médicale assurée par des médecins de ville mais profiter d'une culture spécifique et de compétences gériatriques propres aux praticiens hospitaliers gériatres du CHA. Cet aspect de l'organisation pourra porter ses fruits à l'occasion de la négociation de la prochaine convention tripartite, par exemple.

Le personnel est très attaché à la structure à "dimension humaine" de l'EHPAD de Dannemarie. Il pourra conserver les valeurs singulières de son établissement tout en s'enrichissant d'une réflexion éclairée par une culture sanitaire et gériatrique, de pratiques professionnelles différentes.

Quant à l'aspect comptable d'une telle opération, notons que la dimension élargie d'une structure n'est pas une fin en soi. Néanmoins, lorsque les charges de structure sont réparties sur un volume d'activité plus important, le risque pesant sur une unité est

sensiblement moindre. La mutualisation et la rationalisation des moyens se répercutent sur les coûts de fonctionnement mais également sur la qualité de la prise en charge.

Cette solution pourrait être mal accueillie par le personnel et les instances de l'EHPAD de Dannemarie. La perte d'autonomie d'un établissement, lorsqu'elle n'est pas préparée, pourrait susciter des craintes récurrentes à l'occasion d'une fusion (maintien du niveau d'activité, restructuration, perte d'emplois). Cependant, si cette stratégie est présentée par la direction comme une opportunité et non une fatalité, elle autoriserait l'EHPAD de Dannemarie à prendre sa part de bénéfice dans la mise en œuvre de la stratégie commune à l'HLD et au CHA.

Quant à la position des tutelles, elle ne constituerait probablement pas une entrave au rapprochement juridique des structures. Au regard de la dimension des activités gériatriques et médico-sociales, au sein d'un établissement à vocation sanitaire, l'ARS souhaitera peut-être que le CHA s'adjoigne des compétences de direction spécialisées dans ce champ d'activité.

Conclusion

Inscrit dans les projets d'établissements depuis 2006 à l'HLD et 2008 pour le CHA, la constitution d'une véritable filière gériatrique intégrée répond aux besoins évolutifs des usagers comme aux attentes des tutelles et des politiques à la recherche légitime de plus d'efficacité. Cette démarche se traduit par la transformation de l'existant, l'extension des structures et le redéploiement des activités. Une réalisation qui constitue une phase importante de la rénovation des deux établissements et dont le directeur est la cheville ouvrière.

Le pilotage du projet de construction d'un pôle gériatrique au centre hospitalier d'Altkirch, de par son importance organisationnelle et l'implication des personnels, marquera sans doute un tournant dans la diffusion de la culture gériatrique. À Dannemarie, les conditions de faisabilité du projet sont plus complexes. Des solutions internes de type organisationnel doivent être proposées, mais les tutelles sont tenues de se positionner afin que le projet puisse être viable. Ce n'est qu'à ces conditions que la mise en œuvre de la stratégie commune garantira pendant la transition, la symétrie des avantages.

A terme, l'offre sanitaire et médico-sociale du Sundgau se développera autour du CHA, pivot du dispositif. La médecine de ville doit prendre sa part de responsabilité dans l'articulation de la permanence et la continuité des soins et la prise en charge des personnes âgées, sur la base d'un système d'information commun, de coopérations et de mutualisation des moyens. "La maison de santé" adossée à l'hôpital de proximité pourrait être une piste de réflexion. La création d'une MAIA à Altkirch début 2012 permettra de renforcer cette articulation entre les intervenants des champs sanitaire, social et médico-social (ville - hôpital - aide à domicile) autour de la personne en perte d'autonomie et de ses aidants.

Certes, les établissements sont porteurs d'obligations de mise en œuvre de la stratégie globale du système de santé et médico-social (ARS). Ils sont soumis à la nécessité de rénover et réhabiliter, d'améliorer la qualité tout en assurant la pérennité de l'établissement dans un cadre financier précis. Garantir l'efficacité de chaque euro engagé doit être l'axe de l'action mais tout ne s'analyse pas exclusivement par le prisme financier, qui plus est à court terme. Il s'agit de faire de l'équilibre financier un indicateur de la qualité de la prise en charge. Les tutelles ont élaboré et avalisé un projet commun sans en mesurer l'impact sur chacune des deux entités. Comme si, avant l'heure, elles n'en faisaient qu'une.

La démarche proposée par le directeur sous forme de stratégie commune porte essentiellement sur la mise en œuvre de la redistribution quantitative de l'offre médico-sociale. La transition n'est pas amortie en amont par un projet spécifique au sein de l'HLD. L'évaluation sommaire de la situation à l'EHPAD de Dannemarie après le départ

des 10 lits de SSR montre qu'un risque de fragilisation est à craindre. L'investissement de rénovation à réaliser générera, certes, une valeur ajoutée qualitative pour les résidents. Mais le levier d'action le plus important sera la réorganisation, possible seulement si elle est porteuse de sens. Or, l'accompagnement au changement relève indéniablement des prérogatives du directeur. En effet, les contraintes financières induisent un questionnement de tous les protagonistes sur l'organisation de l'établissement qui se traduit inévitablement par une recherche d'amélioration de la qualité des soins. Et, à terme, par une meilleure gestion financière et un équilibre budgétaire. Les contraintes financières favorisent les innovations organisationnelles ou techniques et ne sont pas antinomiques à un accroissement de la qualité. En outre, l'expérience montre que les personnels s'impliquent davantage dans la recherche de rationalisation lorsqu'il s'agit de maintenir la pérennité de l'établissement. Cependant ce cercle vertueux montre des limites auxquels le directeur doit être attentif. Une autre voie peut alors être exploitée telle que le rapprochement juridique des deux établissements. La stratégie d'intégration visera à développer les dispositifs de mutualisation et d'organisation propres à garantir une efficacité maximale des ressources, voire même de créer une communauté de territoire.

Le succès vraisemblable du développement du pôle gériatrique du CHA repose, certes, sur la volonté du directeur de bâtir un outil efficient, mais surtout sur un projet de pôle, fruit d'une réflexion interdisciplinaire qui est allé au-delà de l'enceinte de l'établissement. Cette démarche participera à la nécessaire reconnaissance d'une prise en charge spécifique des personnes âgées à l'hôpital. Les bénéficiaires iront principalement aux patients et profiteront aux autres services (fluidité aux urgences et en médecine).

Le changement de culture au sein du CHA est un processus de longue haleine qui ne se décrète pas. Il est porté par la volonté de certains acteurs qui ont intégré l'évolution des contraintes. Le tournant culturel repose sur la formation, l'information et parfois sur le renouvellement du personnel. L'hôpital est un vecteur de dispensation d'une culture gériatrique, garante de la qualité des services, en son sein mais aussi à l'extérieur. Il doit opérer sa révolution culturelle, s'ouvrir à tous les intervenants de la prise en charge des patients gériatriques et admettre le décloisonnement nécessaire.

L'action du directeur d'établissement, dans le cadre de ses prérogatives, est conduite par sa capacité à se projeter, à anticiper les évolutions, à concevoir la réalisation de projets progressistes et à communiquer avec les acteurs associés à son action. Cette réflexion sur une situation de développement, ou de redéploiement de l'offre sera fréquente au cours d'une carrière de directeur d'établissement. D'autant qu'elle débutera lors d'une période de mutation structurelle de l'organisation sanitaire et médico-sociale. La politique générale des ARS et particulièrement la constitution de filières au sein des territoires est à

la recherche d'une meilleure articulation entre le sanitaire et le médico-social. Chaque directeur d'établissement sanitaire ou médico-social sera un des acteurs de la mise en œuvre de la politique publique en faveur du grand âge. L'étude menée dans le cadre de ce mémoire est multidimensionnelle et évolutive ; elle est le fruit d'une longue réflexion, conjuguée à des contraintes et des opportunités en mouvement.

C'est pourquoi la démarche directoriale devra reposer sur trois aptitudes : l'anticipation, la rationalisation et la communication.

Anticiper, c'est rester en veille active, être à l'écoute, ne jamais se satisfaire de l'existant ou des acquis, repérer les failles, les manques, et œuvrer à la pérennité de l'établissement. Cette démarche est inévitablement collective. Elle implique toute la communauté de l'institution. Lorsque l'équilibre budgétaire est atteint, devancer les difficultés financières par une réorganisation illustre, par exemple, l'aptitude du manager à préparer l'établissement à d'éventuelles contraintes extérieures et l'autoriser à avoir des projets.

Les choix doivent être rationnels. La planification et le pilotage de projets, en concertation avec les autorités de tutelle, s'inscrivent dorénavant dans une stratégie de développement du maillage territorial. La recherche d'efficience en termes de coût mais surtout de qualité et de complémentarité déterminent des arbitrages nouveaux dans les établissements. L'opportunité ne naît plus du désir de développer mais d'un calcul plus entrepreneurial par lequel on évalue les besoins et les risques associés au projet. Cependant, la mission de service public vient peser dans la hiérarchie des choix et astreint parfois le directeur à remettre en cause sa démarche.

La communication et la lisibilité des intentions sont indispensables à la réalisation des projets. Elles sont scellées à la rédaction du projet d'établissement et des volets le constituant. Si le directeur veut fédérer autour de projets complexes et parfois sensibles, il ne peut s'épargner une démarche collégiale et lisible par tous. Celle-ci s'en trouve souvent enrichie des compétences des parties prenantes. L'adhésion aux projets naît de la participation. Si la responsabilité de la prise de décision revient majoritairement au directeur, l'exercice de l'autorité peut être partagé avantageusement. La communication à l'égard des tutelles doit revêtir le même degré de transparence. Sans se situer sur un pied d'égalité, les contraintes sont souvent le fruit de décisions prises unilatéralement.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs

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

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

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

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

Circulaire n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital public

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

Circulaire DHOS/02/DGAS/2C n°2006-212 du 15 mai 2006 concernant les USLD

Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA du 10 mai 2007 concernant les USLD

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°2002-222 du 16 avril 2004 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004 - 2007

Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées - octobre 2001

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004 - 2007

Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002 - 2005 présenté par Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé et Paulette Guinchard - Kunstler, Secrétaire d'état aux personnes âgées le 20 mars 2002

Plan Solidarité Grand-Âge présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 juin 2006

Autres documents

ARH Alsace - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2011

ARH Alsace - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2011-
Volet prise en charge des personnes âgées

ARH Alsace - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS III) - Révision des
objectifs quantifiés de l'offre de soins - **novembre 2007**

Schéma gérontologique départemental 2006-2011 et les études sur "*Le bassin de vie d'Altkirch*"

Ouvrages

L'hôpital expliqué, son organisation, son fonctionnement - édition 2011 - FHF mai 2011

ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Février 2009

L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

ANESM - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles -

Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement - Décembre 2010
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm-2.pdf

Qualité de vie en Ehpac, (volet 2) : Le cadre de vie et l'organisation de la vie quotidienne - septembre 2011

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf.pdf

Articles

Revue Hospitalière de France FHF n°539 - Mars Avril 2011

Offre sanitaire et médico-sociale, quelle articulation ?, pages 4 à 6

La revue de Gériatrie, Tome 24, n°6, juin 1999

Éditorial du Dr JM VETEL : *Quel avenir pour le long séjour ?*, page 429

JM VETEL : *La place des personnes très âgées à l'hôpital*, pages 474 à 480

Rapports

Rapport Larcher sur les missions de l'hôpital - remis le 10 avril 2008

Info-stat de la **DRASS Alsace** n°1 - avril 2008

Rapport de l'ORS Alsace "*L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace*" - décembre 2009

Orientations stratégiques du CH Altkirch et de l'HL de Dannemarie 2009 - 2012

Rapports de Gestion du CH Altkirch et Rapports d'Activité de l'HL de Dannemarie de 2006 à 2010

Données extraites du **PMSI 2010 du CH d'Altkirch**

Rapport **GERONTO-CLEF** du Centre Languedocien d'Étude et de Formation en gérontologie - Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussite

http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer_RAPPORT_AJ_HT_MARS_2010.pdf

gerontoclef@inserm.fr

ARS Alsace, Rapport d'activité 2010

www.ars.alsace.sante.fr

Site **STATISS 2010** : statistiques et indicateurs de la santé et du social

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Agences Régionales de Santé (ARS), Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/statiss2010/frames/frd2f1.html?prov=B&depar=D>

Thèses et mémoires

- Mémoire DESSMS 2008 **Philippe BURTSCHER**
La filière de soins gériatriques - Un levier pour l'action du directeur d'un hôpital local - Étude sur la mise en œuvre d'une filière à l'échelle d'un territoire de santé en Alsace
ressources.ensp.fr/memoires/2008/dessms/burtscher.pdf

Conférences

Philippe VIGOUROUX, Directeur Général du CHU de Nancy et coauteur du rapport « Un programme pour la gériatrie ».

"Les personnes âgées aux urgences aujourd'hui : quels défis ? quels enjeux ?", 15 septembre 2011, EHESP Rennes

"Éthique du management et éthique professionnelle dans les établissements sanitaires et sociaux", 16 septembre 2011, EHESP Rennes

Romans, Essais

Madeleine CHAPSAL, 1988, *"Une saison de feuilles"*, Librairie Arthème Fayard, 380 pages.

Une des premières œuvres littéraires traitant de la maladie d'Alzheimer et de la dépendance.

Marie de HENNEZEL, psychologue, en coll. avec **Bertrand Vergely**, philosophe, 25 mars 2010, *"Une vie pour se mettre au monde"*, Essai, Carnets Nord, 222 pages.

Le psychologue, Marie de Hennezel et le philosophe, Bertrand Vergely, s'interrogent et livrent une analyse sur le vieillissement et ses richesses.

ANNEXES

Personnes rencontrées :

Dr Agnès ANFOSSI, praticien hospitalier gériatre et chef de service gériatrique du CH d'Altkirch et **Dr SCHNEBELEN**, praticien hospitalier gériatre au CH d'Altkirch

Mme BERROUX, psychologue de l'HL de Dannemarie et du CH d'Altkirch

Mme Andrée JAEGLER, Adjointe au Chef de Service Social Gérontologique du Conseil Général du Haut-Rhin et **Mme Noémie MOUROT**, assistante sociale au pôle gérontologique du secteur de Dannemarie

Suzanne WEISS, Direction de la solidarité du Conseil Général 68, représentante du département du Haut-Rhin aux instances de l'HL de Dannemarie

Dr Isabelle MAGNIEN, Direction de l'Autonomie du Conseil général 68, Conseiller médical

Mme Patricia KUENTZMANN, ARS Alsace, Missions territoriales 3/4, Inspectrice

Sites visités :

CLIC Alzheimer Altkirch, 23 rue du 3ème Zouaves 68134 ALTKIRCH

Accueil de jour du Domaine du DOPPELSBURG, 68560 Hirsingue

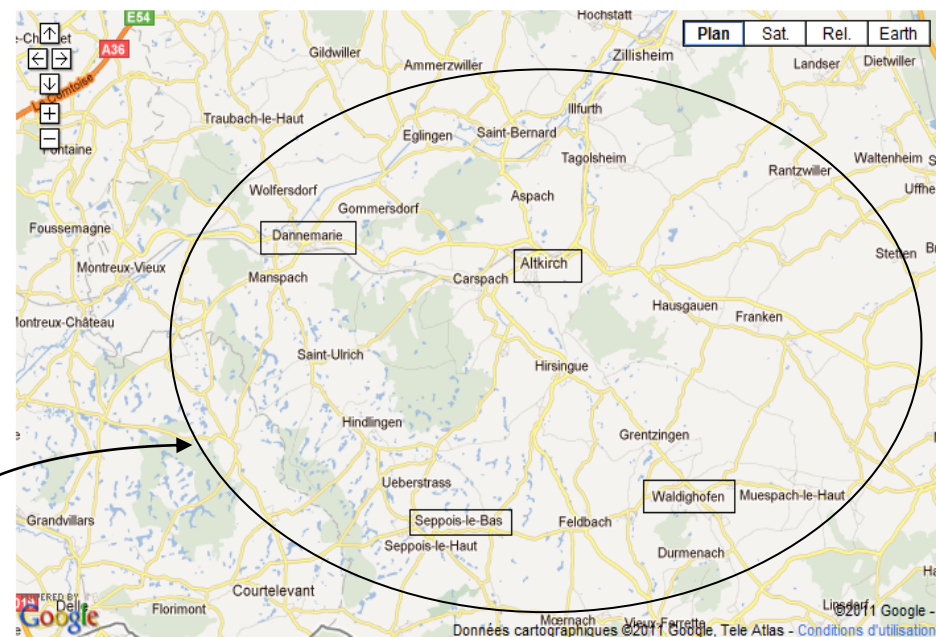
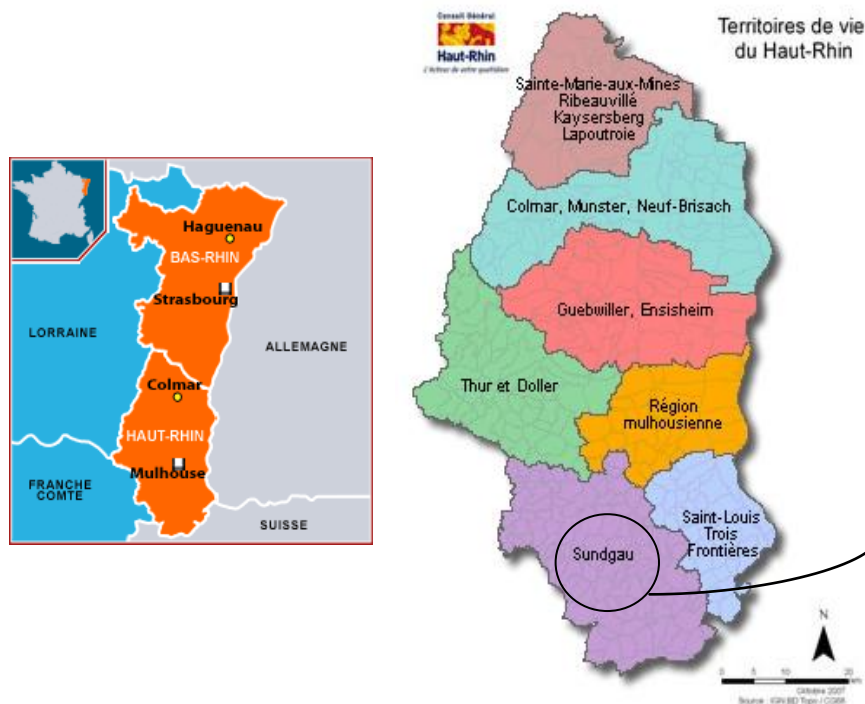
EHPAD "Le Séquoia", 1A, rue Victor Hugo 68110 Illzach

EHPAD Jean Monnet, 53 rue du Général De Gaulle, 68128 Village Neuf

Le **SUNDGAU** (prononcez « Soundgo ») est un territoire situé dans le sud de la région Alsace

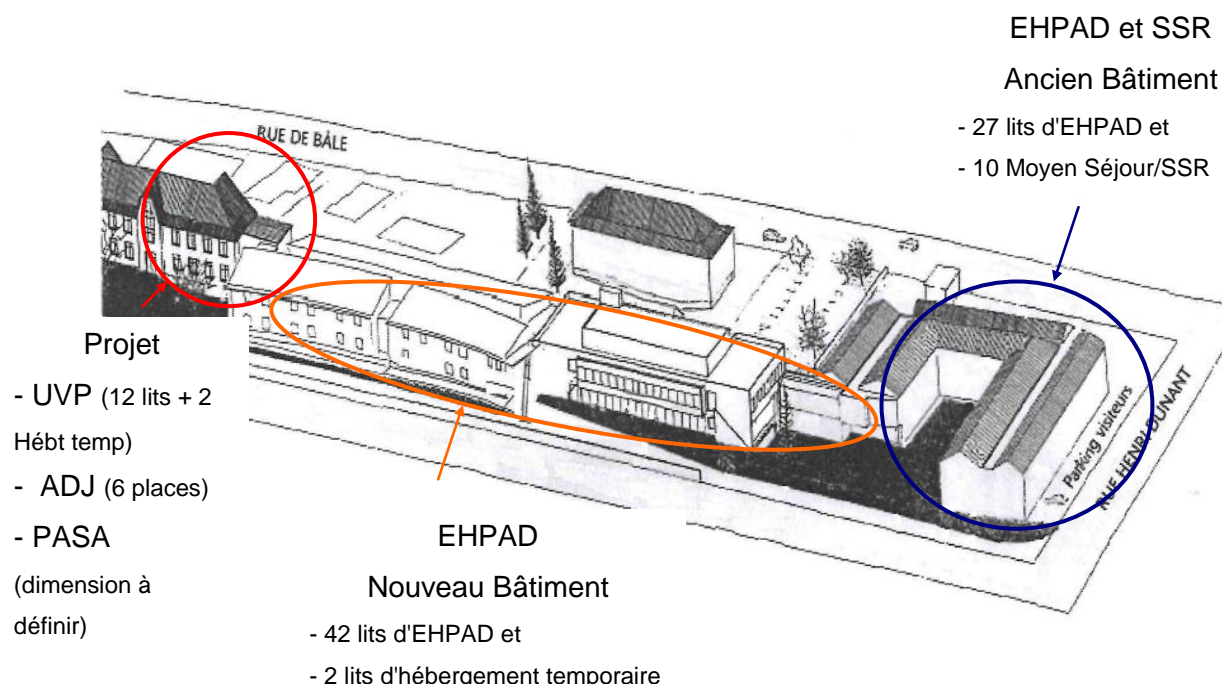
Sa capitale est Altkirch. Les principales communes de ce territoire sont Dannemarie, Hirsingue et Ferrette, toutes trois chefs-lieux de canton. Ces trois cantons et celui d'Altkirch forment l'arrondissement d'Altkirch, qui forme une partie du Sundgau géographique mais correspond presque exactement au Pays du Sundgau, au sens de la loi Voynet qui met en place un pays comme un territoire de projets.

Le Sundgau est bordé par la Suisse au sud, le Territoire de Belfort à l'ouest, les Vallées de la Thur et Doller au nord et la vallée du Rhin à l'est. Il faut noter également que le Sundgau est proche de plusieurs agglomérations comme Mulhouse, Bâle et Belfort-Montbéliard.



DISTANCES : Altkirch - Dannemarie : 11 km Altkirch - Hirsingue : 7 km
 Dannemarie - Waldighofen : 23 km Dannemarie - Seppois le Bas : 14 km

Plan de l'Hôpital Local - EHPAD de Dannemarie.



EHPAD de Dannemarie

Tableau de reprise des données chiffrées de la SEHMA
chargée de l'étude de faisabilité de 2010

PLAN DE FINANCEMENT 81 LITS		coût global de l'opération:	
		si subvention CG 68 de 40% du coût des travaux	si subvention CG 68 de 40% du coût des travaux et études
		1 255 800	1 675 000
A.	SUBVENTION du CONSEIL GENERAL et CNSA : 40%	502 320	670 000
B.	PRÊT SANS INTERÊT 10% du coût de l'opération	187 600	187 600
C.	EMPRUNT	1 186 080	1 018 400
IMPACT AU NIVEAU DU TITRE 4 DES DEPENSES			
ANNUITE D'AMORTISSEMENTS, nombre d'annuités:	35	53 600	53 600
FRAIS FINANCIERS de la 1ère année, taux annuel:	4%	47 443	40 736
IMPACT SUR LE PRIX DE JOURNEE			
CAPACITE POSSIBLE, En nombre de lits	81	3,598	3,359
TAUX D'OCCUPATION CIBLE, en %	95%		
Activité en nombre de jours	28 087		

EHPAD de Dannemarie

CR Prévisionnel 2012 sur base Budget primitif 2011

tenant compte de la transformation des 10 lits de SSR en lits d'EHPAD

Previsions 2012 sur la base des données relatives au BUDGET PRIMITIF 2011									
<i>transformation de 10 lits de SSR en Ehpap</i>									
Consolidation H et E									
<i>CHARGES</i>	H remplacé par 10 lits EHPAD	E	correction consolidation des budgets annexes	CHARGES	H remplacé par 10 lits EHPAD	E	correction consolidation des budgets annexes	PRODUITS	<i>PRODUITS</i>
Titre 1 - Charges de personnel	1 336 300	1 514 365		2 850 665	135 971	938 200		1 074 171	Titre 1 - Produits afférents aux soins
Titre 2 - Charges à caractère médical	105 600	129 209		234 809	52 899	365 000		417 899	Titre 2 - Produits afférents à la dépendance
					1 167 000		-697 000	470 000	Titre 3 - H : Autres Produits
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	337 000	720 650	-697 000	360 650	180 623	1 246 300		1 426 923	Titre 3 - E : Produits de l'hébergement
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciation, financières et exceptionnelles	65 000	197 700		262 700		39 000		39 000	Titre 4 - Autres produits
TOTAL DES CHARGES	1 843 900	2 561 924	-697 000	3 708 824	1 536 493	2 588 500	-697 000	3 427 993	TOTAL DES PRODUITS
TOTAL GENERAL DES CHARGES				3 708 824				3 427 993	TOTAL GENERAL DES PRODUITS
TOTAL DES CHARGES par lit sur base de 79 lits				46 947				43 392	TOTAL DES PRODUITS par lit sur base de 79 lits
DIFFERENTIEL			ESTIMATION DU TAUX D'OCCUPATION en EHPAD:	98,70%		NOMBRE DE JOURNEES base 79 lits:	28460		AUGMENTATION DU PRIX DE JOURNEE pour atteindre l'équilibre: 9,87 €
-280 831									

EHPAD de Dannemarie

Tableau de simulation des besoins en personnel dans le cadre de la restructuration de l'établissement

Hypothèses : transfert du SSR, création d'une UVP, ADJ et PASA

BESOINS MUTUALISES en PERSONNEL (ETP)				
<i>Type de structure:</i>	PASA Pôle d'activités et de soins adaptés	ADJ A Accueil de jour Alzheimer	UVP Unité de vie protégée Alzheimer	Détails des calculs:
Taille des unités, orientation prises en CS et CA	14 places	6 places	14 places dont 2 places d'hébergement temporaire	
AS/AMP /ASH de NUIT			2,4	2,4 ETP = 365j * 9,5h de nuit / 1430j de travail par an
AS/AMP ASH de JOUR (qualifié ASG)	le personnel rendu disponible en cours de journée lorsque les résidents sont adressés au PASA, complètera l'équipe chargée de la prise en charge lors des activités.		9,0	9 = 2,5 ETP car 3 pers le matin et 2 l'ap-midi *15 h *365 j / 1526
ANIMATEUR ou AMP	1,5	2,1	mutualisé avec PASA et ADJ	1,5= 7h *1,5 animateurs * 218 j /1526h 2,1=7,5h * 2 animateurs *218j /1526h
transport ADJ		0,57		0,57 = 2 transports par jour *2h *218j par an /1526h
IDE	0,5			
PSY	0,3			
ERGO/ psychomot	0,5			
MED CO	pas d'évolution substantielle du nombre PEC résidentielle			
MENAGE ET ENTRETIEN des LOCAUX	0,25	0,25	0,5	1ETP SI sur 2 niveaux OU 0,5 SI un seul niveau
SERVICE TECHNIQUE	0,5			
accueil administratif	0,5			
CONCLUSION	besoins supliés aux nouvelles structures		18,9	
	effectifs rendus disponibles par le transfert des 10 lits SSR au CHA		-4,67	
	Variation du Nombre d'ETP nécessaires au fonctionnement des 3 structures		14,2	

Synthèse des restructurations du Pôle gériatrique du CH d'Altkirch et de l'HL - EHPAD de Dannemarie

établissements	Avant	Après
CHA	235 lits dont:	240 lits dont :
	110 lits de MCO : Médecine 55 USC 7 Chirurgie 31 Obstétrique 10 gynécologie 5 UHTCD 2	110 lits de MCO
	SSR : 10 lits installés depuis 2009	plus 15 : création 5 et transfert HLD 10 Total 25 lits
	Gériatrie : 115 lits (+20 lits non installés) soit: 25 lits d'USLD redéfinie et 90 lits d'EHPAD	retrait de 10 lits d'EHPAD non installés EHPAD : 90 - 10 = 80 lits USLD : 25 lits total 115 lits
	Hôpital de jour gériatrique: 7 lits de court séjour et 5 lits de SSR total 12 lits	10 lits de court séjour gériatrique
	3 places d'hôpital de jour de Médecine	TOTAL 115 lits en GERIATRIE : - 10 EHPAD non installés compensés par l'extension de 10 lits d'EHPAD à Dannemarie + 10 lits de court séjour gériatrique + 10 lits de SSR de HLD + 5 lits de SSR créés = 130 lits + travaux d' "humanisation" afin de supprimer 10 chambres doubles.
augmentation du prix de journée après rénovation et restructuration du Pôle gériatrique : de 5 à 6 €		
HLD - EHPAD	81 lits dont :	81 lits et 4 lits UVP et 6 places d'ADJ
	71 lit d'EHPAD dont 2 lits d'hébergement temporaire 10 lits de SSR	extension : + 10 lits d'EHPAD (transfert de 10 lits autorisés mais non installés au CHA /demande en cours) transfert : - 10 lits de SSR TOTAL 81 lits d'EHPAD
		PROJET de rénovation: 1. travaux d' "humanisation" afin de supprimer 12 chambres doubles 2. création par construction d'une UVP de 12 places + 2 d'hébergement temporaire 3. création d'un ADJ de 6 places en mutualisant les moyens avec l'UVP 4. demande de labellisation d'un PASA dans l'ancienne structure
Augmentation du prix de journée après rénovation, restructuration et création d'une UVP, d'un ADJ et d'un PASA : de 9 à 12 €		
Effectif supplémentaire nécessaire : environ 15 ETP		

SEILER	Sylvie	Décembre 2011
DIRECTEUR ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL et MÉDICO-SOCIAL 2010 - 2011		
<p>Mise en place des orientations stratégiques communes du Centre Hospitalier d'Altkirch et de l'établissement de Dannemarie (Haut Rhin). Évaluation de l'impact sur les organisations</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Le vieillissement de la population questionne les établissements de santé sur la prise en charge des personnes âgées.</p> <p>La répartition de l'offre de soins et médico-sociale, déterminée par l'ARS, les oblige à réorganiser leurs activités et les structures d'accueil.</p> <p>Le Centre Hospitalier d'Altkirch est lié à l'Hôpital Local - EHPAD de Dannemarie par une même direction qui met en œuvre une stratégie commune aux deux établissements.</p> <p>Ainsi, le CH d'Altkirch recherche une amélioration du parcours de soins adapté aux poly pathologies du grand-âge. Il se dotera d'un pôle intégrant la filière gériatrique à compter de 2012.</p> <p>Quant à l'HL de Dannemarie, privé à cette date de l'activité de SSR et astreint d'humaniser l'accueil, sera soumis à des contraintes financières et organisationnelles fortes.</p> <p>L'analyse critique de la mise en œuvre par le directeur, de la stratégie commune, révèle des points de vigilance et conduit à proposer des leviers d'actions possibles.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personnes âgées, EHPAD, Pôle Gériatrique, filière gériatrique, Unité de vie protégée, Accueil de jour, PASA, restructuration, rénovation, stratégie</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		