

Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin-Port Royal

**LE MEDECIN COORDONNATEUR
ET LA MUTUALISATION
AU SEIN DES EHPAD EN GUADELOUPE**

Docteur Raymonde REINETTE et Docteur Ménard SEYMOUR

Diplôme Inter Universitaire

« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur
d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes »

Année 2012/2013

SOMMAIRE

SIGLES UTILISES	Page 3
INTRODUCTION	Page 4
PRESENTATION DE LA GUADELOUPE	Page 6
1/ Contexte géographique	Page 6
2/ Données démographiques	Page 8
3/ Habitudes socio-culturelles	Page 9
4/ Transformations récentes de la société Guadeloupéenne	Page 10
a) Modifications architecturales	Page 10
b) Modifications socio-professionnelles	Page 11
c) Modifications des liens familiaux	Page 11
HISTORIQUE DE L'HEBERGEMENT COLLECTIF DE PERSONNES AGEES EN GUADELOUPE	Page 12
LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN GUADELOUPE	Page 14
AUTRES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES AGEES EN GUADELOUPE	Page 16
VECU DES FAMILLES PAR RAPPORT A L'INSTITUTIONNALISATION	Page 21
MUTUALISATION AU SEIN DES EHPAD	Page 23
CONCLUSION	Page 29
BIBLIOGRAPHIE	Page 30

SIGLES UTILISES

EHPAD	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CROSMS	Commission Régionale de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
HLM	Habitations à Loyers Modérés
ARS	Agence Régionale de Santé
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
CLIC	Centre local d'Information et de Coordination
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

INTRODUCTION

Dans le cadre du diplôme interuniversitaire de formation à la fonction de MEDCO en EHPAD, nous avons, Docteur Raymonde REINETTE et Docteur Ménard SEYMOUR, en regard des 13 missions du médecin coordonnateur en EHPAD (1), mené une réflexion sur la problématique de la mutualisation au sein des EHPAD dans notre région, la Guadeloupe.

Nous avons retenu ce thème pour notre mémoire de fin de formation, en raison de la création récente dans notre région de nombreux EHPAD. D'autres projets ont reçu un avis favorable du CROSMS au cours de l'année 2010, en vue de combler le retard considérable que la Guadeloupe a accumulé en terme de structures d'accueil de personnes âgées.

Le taux d'équipement en structures d'accueil de personnes âgées en Guadeloupe est en effet, l'un des plus faibles de toute la France.

Par ailleurs, jusque dans les années 2000 la prise en charge en institution spécialisée des personnes âgées dans notre région, n'a pas été, une priorité des instances en charge de l'organisation gériatrique.

D'autre part la structure familiale en Guadeloupe s'est depuis longtemps organisée sur et autour de la propriété familiale, avec et autour des parents et grands-parents, très souvent sous un même toit.

Ceci explique en grande partie que de nombreuses personnes âgées en Guadeloupe préfèrent encore de nos jours vivre au domicile. De plus, la culture de l'habitat collectif extra familial n'est pas très répandue, d'où les difficultés que rencontrent beaucoup de nos compatriotes âgés pour quitter leur domicile et aller vivre en institution.

Cela nous permet d'évoquer également la complexité des sentiments qui habitent les membres de la famille par rapport à un hébergement en EHPAD de leur parent.

En outre, suivant les prévisions de l'INSEE, la Guadeloupe sera en 2030 l'une des trois régions de France qui comportera le plus grand pourcentage de personnes âgées.

Il y a par conséquent de fortes chances que, face à ce vieillissement important de la population Guadeloupéenne et face aux transformations observées au sein de la famille guadeloupéenne, les hébergements en EHPAD vont être la meilleure alternative au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Enfin, différents paramètres tels que :

- des difficultés socio-économiques de cette population âgée
- des exigences organisationnelles au sein des EHPAD,
- l'obligation d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques gériatriques pour une prise en charge de qualité des résidents,

nous amènent à porter une réflexion sur la mutualisation au sein des EHPAD.

PRESENTATION DE LA GUADELOUPE

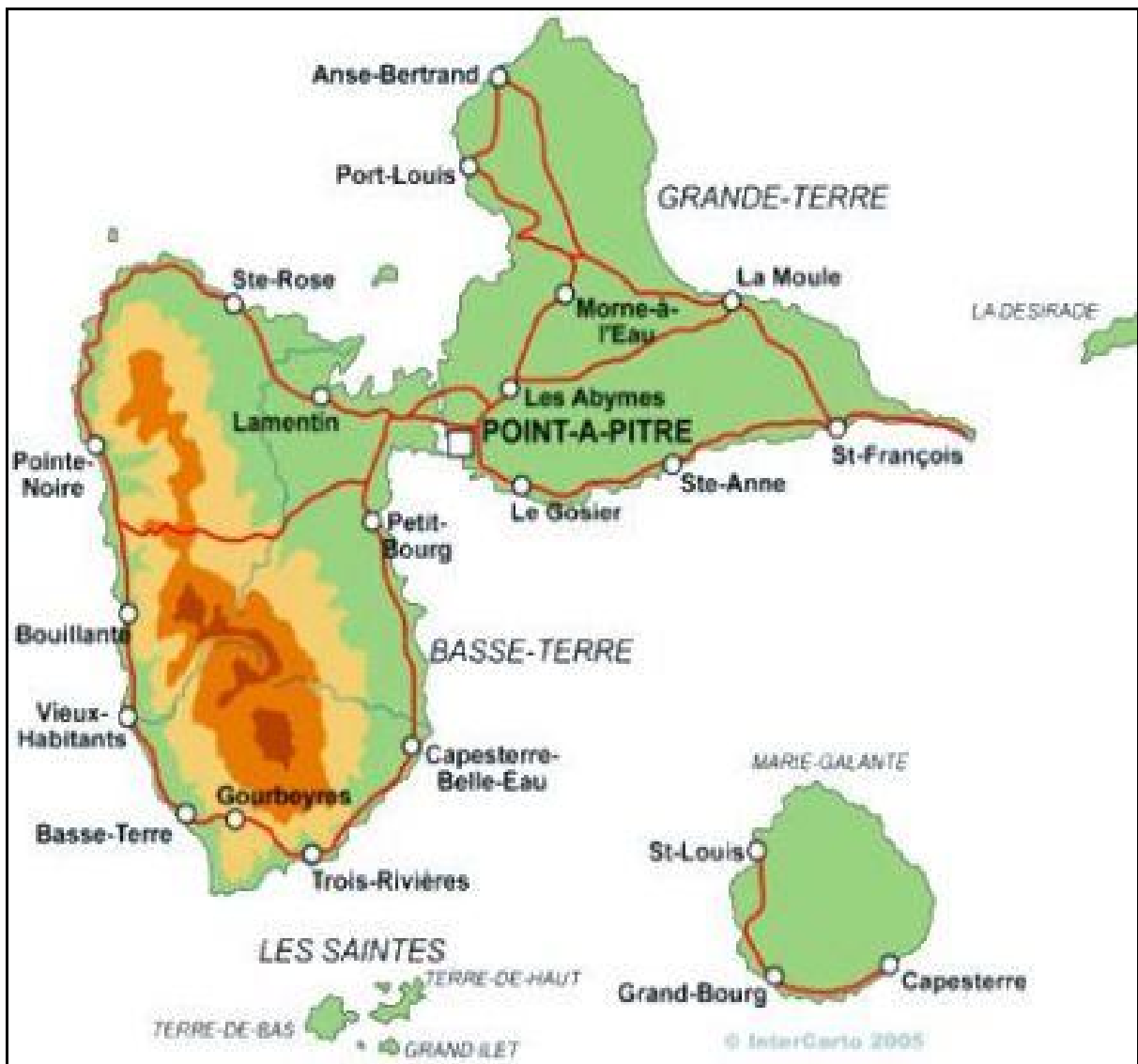
La GUADELOUPE, est un département Français d'Outre-mer depuis mars 1946. De fait, les mêmes dispositions réglementaires en vigueur en France hexagonale s'y appliquent, dont celles relatives aux actions gérontologiques, notamment pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées au sein des EHPAD.

1/ Contexte géographique

Située au centre de l'arc des Petites Antilles, à 7000 km de la France Hexagonale, d'une superficie de 1628 km², la Guadeloupe se distingue notamment par sa structure archipélagique, au cœur d'un environnement géographique constitué par les micro-Etats de la Caraïbe.

La Guadeloupe est donc un archipel, qui regroupe la Guadeloupe dite «continentale», en forme de papillon, composée des îles de Basse-Terre et de Grande-Terre séparées par un étroit bras de mer, et entourée des îles du Sud que sont Marie-Galante, La Désirade, Les Saintes (Terre-de-Bas et Terre-de-Haut) et les îlets de la réserve naturelle de la Petite Terre.

Les îles du Nord, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, initialement rattachées à la Guadeloupe, ont été érigées en Collectivités d'Outre-Mer, depuis la loi organique du 21 février 2007.



Les îles de Guadeloupe

(Basse-Terre ; Grande-Terre ; Désirade ; Marie-Galante ; Les Saintes)

2/ Données démographiques

Alors que la population Guadeloupéenne est restée pendant longtemps une des plus jeunes de France, elle est depuis peu en train de devenir l'une des plus vieilles.

La Guadeloupe comptait au recensement de 2009 une population de 401 554 habitants (2), parmi lesquels les 65 ans et plus représentaient près de 13,75%.

Ces personnes âgées représentent une part de plus en plus importante dans la population, si bien que les projections démographiques envisagent un doublement de cette proportion à l'horizon 2030.

L'INSEE prévoit en effet, que la part des 65 ans et plus atteindra 33% de la population guadeloupéenne en 2030, contre actuellement 14,4% en Guadeloupe et 21% en France hexagonale. (17,7% en 2010 ; 24,5% en 2020 ; 33,5% en 2030).

Ainsi parmi toutes les régions françaises, la Guadeloupe occupera le 3^e rang compte tenu de sa proportion de personnes âgées de plus de 65 ans.

Les différentes pathologies ainsi que la fragilité s'installant avec l'avancée en âge expliquent les situations de perte d'autonomie et de dépendance de nos personnes âgées.

Ces situations ne permettent pas toujours un accompagnement à domicile et rendent bien souvent nécessaire une prise en charge en institution.

Le vieillissement de la population est dû à plusieurs facteurs, parmi lesquels

- La baisse de la natalité
- L'allongement de l'espérance de vie
- L'exode de la jeunesse
- Le retour au pays des Retraités Guadeloupéens

3/ Habitudes socio-culturelles

La famille Guadeloupéenne traditionnelle est une famille élargie. En effet, il y a proximité relationnelle entre les membres de la famille nucléaire, les ascendants et les collatéraux. Cette famille peut également s'étendre à des personnes qui n'ont pas de liens de sang avec elle, telles que les marraines, parrains, amis. Ceux-ci pouvaient également participer à l'éducation des enfants.

Cette proximité s'observe également au niveau de l'habitat.

En effet, les liens familiaux qui englobent les conditions de vie et d'habitat, ont perduré jusqu'à un passé encore très proche, avec cohabitation sur une même propriété familiale de générations différentes allant jusqu'aux arrières grands-parents.

Depuis peu, les exigences de vie nouvelles avec notamment l'engagement et bien souvent le départ vers la France hexagonale d'un nombre de plus en plus important de jeunes guadeloupéens, à la recherche d'un emploi par exemple ou pour effectuer des études supérieures, ont participé à la dislocation de la cellule familiale guadeloupéenne, avec l'éloignement progressif des enfants et petits enfants.

A cela se sont ajoutées les priorités professionnelles, avec un engagement de plus en plus marqué des femmes dans le monde du travail, mais aussi une orientation des enfants, différente de celle des parents et grands parents, les écartant ainsi de la propriété familiale.

Cette organisation de la société guadeloupéenne d'il y a quelques années, explique tout de même l'importance des solidarités de proximité d'alors, bien que celles-ci donnent quelquefois lieu à des représentations paradoxales que traduisent beaucoup de nos proverbes locaux (3).

Par ailleurs, les représentations négatives sur la solidarité renvoient à la misère, ontologiquement liée à l'esclavage (4), et aux dures périodes de colonisation qu'a connu la Guadeloupe.

Cependant, l'entraide n'a pas totalement disparu, même si beaucoup de personnes âgées de Guadeloupe vivent encore dans la précarité.

Certaines conduites restent encore fortement ancrées dans le comportement de notre population âgée, notamment lorsqu'il s'agit d'héritage et de successions. Rares sont les personnes âgées qui ne pensent « laisser » à leur descendance la maison ou une parcelle de terre, quelque fois utilisée ou exploitée par plusieurs membres d'une même famille.

Le passé de beaucoup de nos personnes âgées avec les difficultés de scolarisation qu'elles ont connues et par voie de conséquence les difficultés dans la maîtrise de l'écrit, font que leurs relations se font principalement oralement et non par écrit.

Cette oralité qui prédomine dans nos relations peut peut-être expliquer le manque de traçabilité de nos jours et les nombreuses situations conflictuelles au sein des familles, notamment celles en rapport avec les indivisions de propriétés et leurs conséquences.

Malgré tout, beaucoup de nos compatriotes guadeloupéens ont gardé le désir de vivre au domicile et de posséder leur propre propriété, avec la maison et toutes ses dépendances (cuisine, cour, animaux domestiques et de proximité, ...).

Ainsi, l'habitat collectif extra familial, essentiellement représenté par des habitations à loyers modérés (HLM), était peu partagé par nos personnes âgées et semble maintenant davantage prisé par les jeunes générations, victimes non seulement de la crise financière actuelle mais aussi de la crise du foncier que connaît notre région.

4/ Transformations récentes de la Société Guadeloupéenne (5)

a) Modifications architecturales :

L'habitat de la plupart des guadeloupéens, constitué par la case créole avec un espace appelé « la cour » (lakou) a progressivement été remplacé par des immeubles collectifs, qui ne permettent pas toujours les mêmes rapports de proximité entre parents et entre voisins.

b) Modifications socio- professionnelles :

Jusqu'aux années 1970, la population était en majorité rurale, avec une prédominance d'ouvriers agricoles et de paysans.

La crise économique de ces années là, s'est accompagnée non seulement de la fermeture de nombreuses usines de canne à sucre, principale culture de l'île, où travaillaient ces ouvriers, mais aussi d'un exode vers les centre-villes, et le départ de nombreux jeunes vers la France hexagonale.

Au terme de leur carrière professionnelle dans l'Hexagone, ces Guadeloupéens reviennent de plus en plus au pays, vivre leur retraite.

c) Modifications des liens familiaux

Les familles d'antan, constituées de nombreux enfants, une dizaine en moyenne, deviennent de nos jours rares.

De plus, ces familles évoluent bien souvent sur le mode nucléaire.

Les modifications des solidarités d'alors, du mode d'habiter, de la vie professionnelle, ont contribué aux transformations des liens et des rapports familiaux.

C'est ainsi que lorsqu'un parent se trouve en situation de dépendance et qu'il vit au domicile, un de ses enfants, en général la fille aînée, devient aidant principal, et cet aidant se trouve très souvent seul à assumer les responsabilités de l'accompagnement.

Il arrive que parfois les autres membres de la famille ne contribuent en général que très peu ou pas du tout à l'accompagnement du parent dépendant.

HISTORIQUE DE L'HEBERGEMENT COLLECTIF DE PERSONNES AGEES EN GUADELOUPE

L'accueil de personnes âgées en hébergement collectif n'a pas été pendant de longues années une priorité de l'action gérontologique dans notre région.

Si bien, que cette prise en charge en institution ne se faisait que dans l'unique établissement de l'île, l'actuel centre hospitalier gérontologique du Raizet, alors appelé asile des vieillards.

Cet établissement est situé dans la zone d'habitation du Raizet, sur le territoire de la Ville des Abymes, dont la population avoisine 60000 habitants et qui est limitrophe à Pointe-à-Pitre, ville économiquement la plus importante de l'île.

L'origine de du centre hospitalier gérontologique du Raizet remonte à 1946.

La construction a été commencée par une association diocésaine, qui faute de ressources suffisantes pour finaliser les travaux, s'est vue alors dans l'obligation de céder l'établissement au Département de la Guadeloupe qui va poursuivre et terminer les travaux.

En 1951, un établissement appelé « l'Asile des vieillards » est ouvert et comprend à l'époque deux bâtiments qui étaient de simples dortoirs destinés à abriter des vieillards infirmes et incurables. Ils étaient soignés par des religieuses infirmières de la congrégation des Sœurs, missionnaires du Saint-Esprit, qui resteront au service des pensionnaires jusqu'en 1966.

En 1968, un projet d'agrandissement voit le jour. Ce projet est terminé en 1970. La capacité est alors de 354 lits, dont 60 lits de maison de retraite et 294 lits d'hospice.

L'asile des vieillards devient alors officiellement le Foyer Départemental du Raizet.

En vue de son humanisation, un arrêté ministériel en date du 30 juillet 1991 ramène la capacité totale à 265 lits.

Outre un service administratif, l'accompagnement des résidents était assuré par un personnel soignant salarié et des médecins libéraux contractuels, intervenant sous forme de vacations jusqu'en 1994. Une réorganisation au niveau du personnel administratif et aussi médical s'est ensuite opérée.

L'établissement est devenu alors le Centre Gérontologique du Raizet, et est actuellement nommé Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet.

Etablissement public de santé, départemental, le Centre Hospitalier Gérontologique du Raizet comporte un secteur sanitaire, l'unité de soins de longue durée, d'une capacité de 188 lits et un secteur médico-social d'une capacité de 77 lits.

Si le centre gérontologique a été le premier établissement d'accueil de personnes âgées, la Guadeloupe dispose actuellement sur son territoire de plusieurs établissements spécialisés dans ce type d'accueil (EHPAD).

En effet, le schéma gérontologique départemental ainsi que le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de la Guadeloupe, précisaient la nécessité de créer des structures capables d'accompagner et de prendre en charge les personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie, avec notamment la création de lits supplémentaires tant en accueil permanent que de services complémentaires tels que l'accueil temporaire et l'accueil de jour.

Au 1er janvier 2010, étaient autorisés en Guadeloupe 21 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), incluant des places d'accueil de jour et des places d'hébergement temporaire. Leur capacité d'accueil et d'hébergement portait sur 1 443 lits et places (1 212 lits d'hébergement permanent, 91 lits d'hébergement temporaire et 140 places d'accueil de jour).

En décembre 2012, seules 46 % des places autorisées en hébergement permanent ont été installées (585 places), 30 % pour l'accueil de jour (44 places) et 5 places en hébergement temporaire.

À l'horizon 2020, la totalité des places autorisées devraient être installées, ce qui porterait le nombre de places totales disponibles en Guadeloupe à 1212 pour l'hébergement permanent, 91 pour l'hébergement temporaire et 140 pour l'accueil de jour.

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DEPENDANTES EN GUADELOUPE

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) correspondent à des structures collectives, qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie, qui ne veulent ou ne peuvent plus rester à domicile.

Le terme EHPAD a remplacé l'ancienne appellation «maison de retraite».

Les EHPAD appartiennent au domaine médico-social, et répondent à la réglementation du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ils assurent un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que la blanchisserie, les soins d'hygiène et médicaux selon l'état de la personne accueillie, des animations et des activités de loisir.

Ils peuvent sur le plan de leur gestion être soit du domaine privé, soit du domaine public, et fonctionnent dans le cadre d'une convention tripartite, qui les associe au conseil général et à l'agence régionale de santé (ARS) de la Guadeloupe.

Cette convention tripartite garantit les modalités de fonctionnement et les offres fournies aux résidents.

Les EHPAD en Guadeloupe sont répartis dans les cinq bassins de vie qui ont été délimités, et sont au nombre de 13 Ils regroupent aussi bien des établissements privés que publics, et peuvent bénéficier d'une habilitation à l'aide sociale pour une partie de leur capacité d'accueil.

La majorité de ces EHPAD sont des établissements privés, les autres sont du domaine public, dont un localisé sur le territoire de la ville des Abymes (EHPAD Jérémie JALTON), est géré par le centre communal d'actions sociales de cette municipalité.

LISTE DES EHPAD DE GUADELOUPE

Etablissement	Bassin de vie	Ville d'implantation	Nombre de lits	Statut
EHPAD Les Flamboyants	1	Gourbeyre	50	Privé
EHPAD Domaine Choisy	3	Gosier	52	Privé
KALANA	1	Bouillante	60	Privé
EHPAD CH de Capesterre Belle Eau	1	Capesterre Belle Eau	12	Public
EHPAD CH Beuperthuy	2	Pointe Noire	88	Public
EHPAD Le Bel Age	2	Lamentin	25	Privé
EHPAD J. JALTON	3	Abymes	40	Public communal
EHPAD CH Gériatologique du Raizet	3	Abymes	77	Public
EHPAD Emeraude	4	Le Moule	25	Privé
EHPAD SOLEYAN NOU	4	Port Louis	89	Privé
EHPAD AKAMANMAN	4	Morne-à-l'eau	49	Privé
EHPAD Les Eaux Marines	4	Le Moule	32	Privé
EHPAD Résidence Sacré Cœur	1	Basse Terre	60	Privé

AUTRES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN GUADELOUPE

Au côté de ses EHPAD, la Guadeloupe dispose de plusieurs autres dispositifs participant à la prise en charge des personnes âgées.

Nous pouvons citer :

- **les services d'Accueil de Jour** : 4 services sont représentés

Accueil KLEN DEN DEN	Baie Mahault	10 Places
ASSISTANCE 2000	Basse Terre	12 Places
LAKOU LAKANSIEL	Capesterre BE	12 places
LES HIBISCUS	Sainte Anne	10 places

- **les services d'Accueil temporaire** : 2 établissements proposent en leur sein ce type d'accueil pour une capacité totale de 10 places

KALANA	Bouillante	5 places
SOLEY AN NOU	Port Louis	5 places

- **le Service de Médecine aigue de gériatrie**

Bien que la Guadeloupe dispose d'un centre hospitalier universitaire à Pointe à Pitre, d'autres hôpitaux et cliniques, aucune de ces structures ne comporte de service de médecine aigue de gériatrie. Les personnes âgées lors d'hospitalisation sont prises en charge au même type qu'un adulte.

- Les Unités de soins de longue durée (USLD)

L'USLD, unité de soins longue durée, est un établissement sanitaire destiné à l'hébergement des personnes ayant perdu leur autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance et des soins médicaux constants (article L 711-2 du Code de la santé publique).

Les moyens médicaux de l'USLD sont renforcés par rapport à ceux disponibles en EHPAD.

En Guadeloupe, en 2012, on compte cinq USLD avec une capacité totale d'accueil de 165 places. Le nombre de places est en baisse par rapport aux années précédentes car certaines places ont été reconverties en lits d'EHPAD.

Le rôle des USLD a été recentré sur leur activité sanitaire et donc sur l'accueil des patients requérant des soins médico-techniques plus importants que ceux dispensés en EHPAD (SMTI).

Etablissement		Bassin de vie	Ville d'implantation	Nombre de lits
USLD	USLD CH Capesterre Belle Eau	1	Capesterre Belle Eau	67
	USLD CH Beauperthuy	2	Pointe Noire	30
	USLD CH Gérologique du Raizet	3	Abymes	188
	USLD Les Eaux Marines	4	Le Moule	32
	USLD Saint Christophe	5	Grand Bourg Marie Galante	30

- **Les foyers logements**

Les foyers logements sont des établissements d'accueil des personnes âgées valides, leur intérêt est de regrouper des personnes âgées isolées (milieu rural) ou souffrant de solitude.

Il en existe deux en Guadeloupe, localisés dans région de Pointe à Pitre .

- **Le Service Mobile de Gériatrie**

Il s'agit d'un service intra-hospitalier

Il n'intervient qu'au sein des différents services du centre hospitalier universitaire de Guadeloupe, localisé sur le territoire de la commune des Abymes.

- **Les services de soins infirmiers à domicile** (SSIAD)

Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les aides à l'accomplissement des actes essentiels de vie.

Ils concernent les personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, les personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et les personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques.

Les services de soins infirmiers à domicile ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou en différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Ils sont en Guadeloupe au nombre de 15 répartis dans les différents bassins de vie.

LISTE DES SSIAD DE GUADELOUPE

Etablissement		Bassin de vie	Ville d'implantation
SSIAD	KERABON SOINS	1	Baillif
	ASSISTANE 2000	1	Basse-Terre
	Man Bizou	1	Capesterre
	Soins Ti Caz	5	Désirade
	Alliance Antillaise	4	Le Moule
	SSIAD de Abymes	3	Abymes
	Atoumo	3	Morne à L'Eau
	Mediplus	1	Petit Bourg
	Ass. Guadeloupe Promotion Santé	3	Pointe à Pitre
	La Préservatrice	2	Pointe Noire
	Longan	4	Port Louis
	Arc en Ciel	4	Sainte Anne
	Dou Manman	2	Sainte Rose

- **Les Services d'aide à domicile**

Il s'agit de prestataires intervenant au domicile des personnes âgées avec un personnel qualifié dans l'aide pour la réalisation des actes de vie courante.

Ils sont au nombre de 54 qui ont reçu un agrément du conseil général.

- **Les familles d'accueil**

Elles sont au nombre de 183 pour 391 places

- **Les services de coordination gériatrique**

- Le réseau gériatrique.

Un réseau gériatrique a été créé en 2002 et a fonctionné en Guadeloupe de 2004 à 2006. Depuis le 1^{er} janvier 2007, il n'est plus fonctionnel .

- CLIC

Un seul CLIC existe en Guadeloupe. Il est localisé à Marie Galante, une des îles du Sud de Guadeloupe.

- MAIA

Une MAIA a vu le jour courant 2012 en Guadeloupe.

VECU DES FAMILLES PAR RAPPORT A L'INSTITUTIONNALISATION

Malgré les transformations du mode de vie, de fonctionnement, des habitudes, certaines valeurs sont encore ancrées, et le choix de placer son parent en EHPAD est quelquefois douloureux.

La décision peut-être vécue comme un acte contre nature, contraire aux normes en vigueur dans la société Guadeloupéenne.

Pour certains, elle peut apparaître comme une idée coupable d'abandon ou de détachement. C'est la solution extrême face à l'épuisement de l'aidant ou des autres accompagnants.

« La norme culturelle admise est que les enfants expriment leur gratitude envers leurs parents, en s'occupant de ceux-ci lorsqu'ils deviennent vieux. C'est la dette de la nouvelle génération envers la précédente. Le fait de vivre ensemble induit une mise en commun des moyens, la solidarité fonctionnant au quotidien, selon un système de réciprocité implicite » (5).

Des sentiments complexes, mêlant l'amour de ses parents, l'angoisse d'une décision lourde, le souci de conserver l'équilibre de son foyer, sont présents dans ces situations.

Dans ce contexte, la culpabilité et le sentiment d'échec peuvent être au premier plan. Cela s'exprime indirectement par des attitudes diverses : remise en question de soi-même, remise en question de l'établissement, du personnel soignant, agressivité, plaintes.

Les choses sont encore plus difficiles si les tensions familiales existent du fait de l'absence de consensus sur la décision prise.

Lorsque les conditions sont réunies en terme de disponibilité familiale, d'aides institutionnelles, de mode d'habitat, la personne âgée peut être maintenue à domicile, entourée des siens et de ses repères. C'est la solution idéale.

Quand cela n'est pas possible, dans l'intérêt de la personne âgée et aussi des aidants, quand la prise en charge est lourde, que la parent lui même se met en danger, il n'y a guère d'autre choix que l'hébergement en institution.

Le plus important est la préparation par une information adaptée et l'accompagnement par des professionnels.

Nous pouvons tout de même distinguer 3 types de familles : des familles qui acceptent difficilement l'institutionnalisation de leur parent, des familles qui ont fait un choix réfléchi et assumé, et aussi dans de rares cas des familles qui se déchargent sur l'institution.

La décision d'institutionnalisation vient souvent ébranler les valeurs et les références traditionnelles.

En effet, la vie en institution est généralement vécue de manière négative et suscite bien des peurs chez bon nombre de nos personnes âgées, surtout qu'il reste encore présent dans la mémoire de beaucoup d'entre elles, l'image de « l'Asile des Vieillards » du Raizet, premier établissement d'accueil de personnes âgées dans notre région.

Ce souvenir fait aisément assimiler tout EHPAD à un asile de vieux, un « ghetto pour vieillards » ou à un « mouroir ».

Ainsi, même en cas de maladie lourde, chronique ou en cas d'une lourde situation de dépendance, rester à son domicile est ressenti comme plus satisfaisant que d'aller dans un EHPAD.

Malgré l'acceptation négative que revêt l'entrée en EHPAD et le désir manifesté par beaucoup de personnes âgées de rester vivre à leur domicile, l'évolution démographique de la Guadeloupe, à l'horizon des années 2030, avec une très importante proportion de personnes âgées, rend nécessaire et probablement inévitable le choix d'aller vivre en EHPAD. Encore faudrait-il que ces EHPAD, du moins ceux qui vont prochainement s'ouvrir répondent aux caractéristiques socio-culturelles et économiques de notre population.

MUTUALISATION AU SEIN DES EHPAD – ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Mutualiser consiste pour plusieurs acteurs ou partenaires à mettre en commun les moyens, les savoirs et savoir-faire afin de tirer profit davantage d'une action (6), que si celle-ci est menée isolément par un seul des acteurs.

Tous les EHPAD de Guadeloupe disposent d'un Médecin coordonnateur, qui intervient conformément à l'article D312-158 du CASF modifié par décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011- article2. Ce décret précise les différentes missions du médecin coordonnateur en EHPAD, qui sont les suivantes :

1. Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre
2. Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;
3. Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;
4. Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
5. Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
6. Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7. Contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
8. Elabore un dossier type de soins ;
9. Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;
10. Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;
11. Collabore à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;
12. Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en oeuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;
13. Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Au regard de ces différentes missions, et aussi de certains textes qui régissent le fonctionnement des EHPAD, notamment l'article 321-7 du CASF, la mutualisation doit faire partie de la réalité fonctionnelle et quotidienne de ces établissements.

Dans la plupart de ses missions, le médecin coordonnateur en EHPAD est invité à mutualiser. Au moins deux de ses missions, - mission 10 et mission 11 - mentionnent clairement la nécessité pour le médecin coordonnateur de s'impliquer dans une démarche de mutualisation.

Divers outils qu'il met ou qu'il est amené à mettre en place au sein de l'EHPAD prévoient cette mutualisation. Celle-ci peut se refléter au travers de l'élaboration d'instruments concrets de partage et de mise en commun des connaissances, concernant la prise en charge des résidents et à leur suivi.(7)

Il s'agit par exemple du dossier du résident, des différentes fiches de protocoles, des fiches de suivi ou même de la liste préférentielle de médicaments. Ceux-ci seront sensés avoir fait l'objet de groupes de travail ou d'échanges préalables.

La mise en œuvre de conventions avec des établissements et la collaboration du Médecin coordonnateur à la mise en place de réseaux gérontologiques participent également à cette dynamique de mutualisation.

Leur finalité est aussi bien de favoriser la coordination et les complémentarités entre les acteurs, que de garantir la continuité des prises en charge des résidents et de leur accompagnement.

Toutefois, dans un EHPAD, les possibilités de mutualisation peuvent aller au delà de l'implication et des missions du seul médecin coordonnateur.

D'autres postes en effet, souvent à l'origine de dépenses importantes en EHPAD, tels la buanderie, la restauration, ou certains postes administratifs ou de soins peuvent être concernés et rentrer dans une dynamique de mutualisation.

Qu'il s'agisse d'établissements privés ou d'établissements publics, les EHPAD de Guadeloupe sont pour la plupart de petits établissements, d'une capacité d'accueil de 60 résidents en moyenne.

Malgré tout, assurer une bonne qualité de l'accompagnement de ces résidents va mobiliser non seulement des moyens humains suffisants mais encore des ressources financières parfois importantes.

La mutualisation est un processus qui peut permettre une meilleure efficacité, une meilleure gestion des coûts des prestations offertes aux résidents et par conséquent un prix de journée le moins élevé possible.

Cet aspect financier dans la prise en charge en EHPAD est réel en Guadeloupe, d'autant que beaucoup de nos personnes âgées, futurs résidents d'EHPAD, ont été dans leur jeune âge des travailleurs, pour la plupart agriculteurs ou sans emploi et aux maigres ressources, donc ne pouvant bénéficier que d'une retraite faible.

A cette complexité financière s'ajoute la réticence trop souvent affichée de l'entourage proche, pour lequel l'obligation alimentaire, dispositif pourtant réglementaire, reste problématique.

La mutualisation entre établissements et services dans le champ sanitaire et médico-social est un mécanisme utilisé depuis de nombreuses années pour redéfinir l'offre de soins et d'hébergement,(8)(9), dans ce contexte de rationalisation des ressources, que nous connaissons depuis quelques années.

De nombreux outils de mutualisation existent. Dans le domaine médico-social dont relève les EHPAD, nous pouvons citer :

- **La convention** : c'est un mode de coopération souple et simple, sans grand formalisme, qui présente un grand intérêt fonctionnel et qui permet d'échapper à un contrôle administratif très lourd. C'est un procédé contractuel entre établissements qui conservent leur personnalité morale. Le régime juridique de la convention relève du droit général des contrats.
- **L'association loi 1901** : qui vise les associations à but non lucratif. Elle présente l'avantage de se former librement et une certaine souplesse en ce qui concerne sa création, sa gestion et ses règles de fonctionnement. Elle peut en outre couvrir un objet très large, mais la flexibilité de leur organisation empêche la mise en place d'une coopération dans un cadre juridique stable.
- **Le Groupement d'Intérêt Public** est une structure destinée à associer des établissements publics et privés. Il constitue donc une passerelle entre le droit public et le droit privé. Cette formule ne supprime pas l'existence des établissements, mais permet au contraire de réaliser des équipements que chacun d'eux ne pouvait assurer seul, économiquement.

- **Le Groupement d'Intérêt Economique** est une personne morale de droit privé. Sa structure est souple, avec ou sans capital. Le cadre légal du GIE est jurisprudentiel et donc plus précis que celui du GIP.

- **La direction commune** est une forme de mutualisation, définie par un décret en date du 26 décembre 2007 et qui facilite la mutualisation et la coopération entre établissements. La finalité est la mise en réseau des personnels, dont les équipes médicales, et aussi les équipements, ce qui permet d'avoir les mêmes protocoles, les mêmes façons de faire.

- **Les groupements de coopération sociale et médico-sociale** constituent un instrument juridique issu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et dont la majorité des règles se trouvent à l'article L312-7 du code de l'action sociale et des familles. Ces GCSMS ont vu leur statut juridique évoluer, avec la possibilité de gérer certaines prestations telles que la pharmacie à usage intérieur (PUI) à compter du 1^{er} janvier 2011 figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2010 (LFSS).

- **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** (CPOM) qui existent depuis 1996 sont étendus au secteur médico-social par la loi du 2 janvier 2002. Ce dispositif contractuel facultatif permet d'unir la ou les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation, l'organisme gestionnaire et, le cas échéant, le ou les organismes de protection sociale qui participent au financement autour d'engagement pris pour permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets de coopération. La loi HPST introduit une obligation de signature d'un CPOM pour les EHPAD et les établissements et services « *relevant de la compétence tarifaire exclusive du DGARS ou du représentant de l'Etat dans la région...et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de la tarification un seuil fixé par arrêté* »

- **Les réseaux de santé.** La loi du 4 mars 2002 a modifié la législation sur les réseaux. Une seule forme existe désormais, le réseau de santé. La définition du réseau de santé est large. Les fonctions mises en réseau peuvent être l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins. L'objet du réseau est l'accès aux soins ainsi que la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

Ces différentes modalités citées, peuvent contribuer à la mutualisation de certaines prestations au sein des EHPAD de Guadeloupe.

Comme nous l'avons précisé précédemment, les EHPAD de Guadeloupe sont des petits établissements. Mais quelque soit leur capacité d'accueil, ces établissements doivent faire face aux obligations de qualité, pour tout ce qui concerne l'accompagnement des résidents.

Cet accompagnement, forcément diversifié, nécessite une multitude de prestations, dont le coût peut se révéler élevé.

Ceci explique par exemple, un prix de journée relativement onéreux dans les EHPAD de Guadeloupe, comparativement aux prix de journée pratiqués dans les EHPAD en France Hexagonale. Nos personnes âgées, aux faibles ressources pour la plupart, ne peuvent souvent pas assumer seuls le coût financier de cette prise en charge en Institution. L'aide sociale à l'hébergement est alors très sollicitée.

La mutualisation des prestations proposées au sein des EHPAD, peut constituer une solution pour la réduction du coût de la prise en charge des personnes âgées.

Elle peut également permettre au médecin coordonnateur d'accomplir avec plus d'aisance ses différentes missions, dont la plupart mentionnent la nécessité de collaboration. C'est notamment le cas pour ce qui concerne la continuité des soins au sein de l'EHPAD, qui très souvent ne peut pas toujours être assurée par les médecins traitants des résidents.

CONCLUSION

Notre réflexion sur la mutualisation au sein des EHPAD, dans le cadre de notre formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD, nous amène à penser, vu les différentes missions de ces établissements, que notre région la Guadeloupe, devrait sensibiliser voire inciter les promoteurs d'EHPAD à s'engager dans l'une ou l'autre des procédures de mutualisation.

Cette mutualisation peut concerner aussi bien le personnel que les prestations offertes aux résidents.

Cette réflexion sur la mutualisation au sein des EHPAD devrait se poursuivre auprès des différents acteurs du domaine gérontologique de Guadeloupe, compte tenu de l'évolution de la société guadeloupéenne dans les années à venir, tant en ce qui concerne les aspects démographiques que socio-culturels ou économiques.

Actuellement, la mutualisation entre EHPAD et autres établissements sanitaires ou médico-sociaux est peu développée en Guadeloupe, mais celle-ci pourrait parfaitement s'organiser autour des différents outils existants.

L'engagement des EHPAD de Guadeloupe dans un processus de mutualisation, devrait participer au développement d'une véritable culture gérontologique dans notre région, car cela pourrait constituer une alternative en faveur de l'institutionnalisation et être ainsi d'un intérêt non négligeable.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Légifrance : Article D312-158 du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011- Article2. Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD.
- (2) INSEE : - Recensement 2009 – Fiche de synthèse des populations légales en vigueur à compter du 1^{er} Janvier 2012
- Statiss 2012
- (3) Proverbes locaux : « *Guadeloupéyen pa solidè, antan lontan nou té solidè* »
- (4) Luciani LANOIR L'ETANG « Réseaux de solidarité dans la Guadeloupe d'hier et d'aujourd'hui » - L'harmattan
- (5) Nadia MALESPINE : Master 2 - Gestion et Evaluation des Institutions sanitaires et Sociales - Les aidants familiaux « Face à la pathologie du parent atteint de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées »
- (6) Wiktionnaire
- (7) Rapport IGAS : Annie FOUQUET -Jean Jacques TREGOAT-Patricia SITRUK□
« L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » - Mai 2011
- (8),(9) LA SANTE DES RESEAUX - Quelles innovations ? (2005)
Presses Universitaires de France
LES RESEAUX DE SANTE : Mode d'emploi - Colloque du 17 octobre 2006 –
Maison de la Chimie - Paris
EPISSE Céline : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2006/2007
«La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient ». L'exemple des établissements du Val d'Aunis et de Saintonge.
Philippe CALVEZ - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010
« La mutualisation inter établissements : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social »