

A la réforme : l'atrophie des soins de longue durée en France expliquée aux nuls - Tribune de Bernard Pradines

C'est ainsi que l'on pourrait décrire la situation des unités de soins de longue durée (USLD, ex-longes séjours) en France. Dans leur quasi-totalité hospitaliers publics, ces services prétentieux avaient l'audace de représenter, au début des années 2000, plus de 17 % des lits d'hôpital en France, qu'ils soient publics, privés ou relevant du secteur psychiatrique.

De plus, offense supplémentaire, avant toute étude de terrain, ils étaient réputés héberger les mêmes résidents que les maisons de retraite devenant désormais établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Affront inadmissible : ils étaient moins mal lotis en personnel que ces dernières. Une infirmière était le plus souvent présente la nuit et un plateau technique se trouvait presque toujours à proximité.

Comme l'on ne pouvait pas se départir d'une approche ancienne de la vieillesse, il fallait réunir tout le monde dans un grand secteur médico-social sans avoir pris la peine de comprendre que l'évolution était désormais médico-sociétale.

De plus ils avaient eu le culot d'échapper à la nouvelle névrose obsessionnelle collective : celle des évaluations dont on sait à quel point elles humanisent l'ensemble des activités sociales par leur capacité d'optimisation et de rentabilisation des productions des biens et des services.

Mal leur en prit : ils furent d'abord débaptisés : unités au lieu de services.

Certes une enquête montrait à l'évidence que les patients « hospitalo-requérants » existaient bel et bien. Ils se trouvaient mal répartis entre une minorité déjà présente en SLD et une majorité hébergée en maison de retraite. L'ensemble équivalait au nombre de lits existants en SLD ; il eut donc fallu inciter les uns et les autres à rejoindre la structure la mieux adaptée à leur état de dépendance et surtout à leur état de santé.

Que nenni. Dans un grand élan réducteur, le nombre de lits a fondu comme neige au soleil pour n'en laisser persister environ que 36 %. Plus grave : ce

sont des services entiers qui ont disparu, donc un accès de proximité devenu impossible à de nombreuses familles et proches.

Mais ces services ingrats ont encore joué le pire des tours à leurs meurtriers : leur cadavre bouge encore.

C'est ainsi que l'on a besoin d'eux pour créer des unités d'hébergement renforcé (UHR) qui peuvent apparaître rédhibitoires pour un EHPAD. Mais aussi pour éviter des hospitalisations répétées à partir des EHPAD. Ainsi, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

de 2011 s'interroge ingénument :

« Faudra-t-il à terme recréer des places d'USLD ou médicaliser davantage les EHPAD pour éviter de ré-hospitaliser certains patients ? »

Ne faites pas comme moi : ne riez pas. Ayons certes pitié de nos concitoyens âgés dont l'orientation et les soins ont ainsi été pervertis. Soyons magnanimes : ayons aussi une pensée pour ceux qui se sont trompés aussi lourdement, fidèles exécutants fournisseurs d'outils d'évaluation ou administratifs obéissants n'ayant pas compris le sens caché du mot « réforme ».

Bernard Pradines, spécialiste en gériatrie, formateur, 17 février 2012