

Le long séjour n'est pas mort !

Murielle JAMOT, Michel SALOM

A la suite des remontés angoissés des gériatres ayant subi la coupe PATHOS 2012 en USLD confirmées par leurs directeurs, la FHF et le SNGC ont réalisé une enquête dont l'analyse relative aux conséquences d'une convergence tarifaire appliquée sans discernement était particulièrement inquiétante.

Analyse de la convergence tarifaire en 2011 en USLD

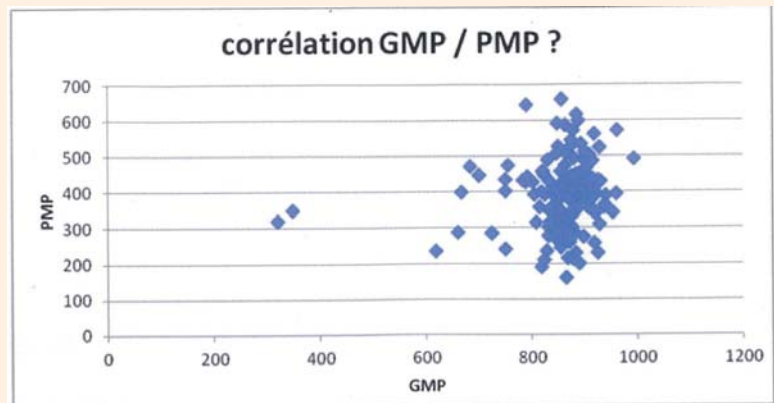
212 USLD ont répondu à notre enquête, soit 13 889 lits sur les 32 000 existants. Toutefois, seules les réponses complètes de 144 USLD avec des coupes PATHOS validées 2011 pour 11 483 lits ont pu être exploitées soit 36% des lits d'USLD couvrant toutes les régions métropolitaines. La capacité moyenne est de 79 lits.

Le PMP moyen était de 405 en 2006 (médiane à 403 ; le moins 117, le plus 781) et de 393 en 2011 (médiane à 399, le moins 161, le plus 659). Le GMP moyen en 2011 est de 853 (médiane à 870 ; le moins 321, le plus 994).

Ce graphique montre l'évolution des coupes PATHOS entre 2006 et 2011.

On note une plus grande concentration des coupes entre 300 et 500 points en 2011.

Comme le montre le graphique ci-dessous, il n'existe pas de corrélation entre le GMP et le PMP pour les USLD.



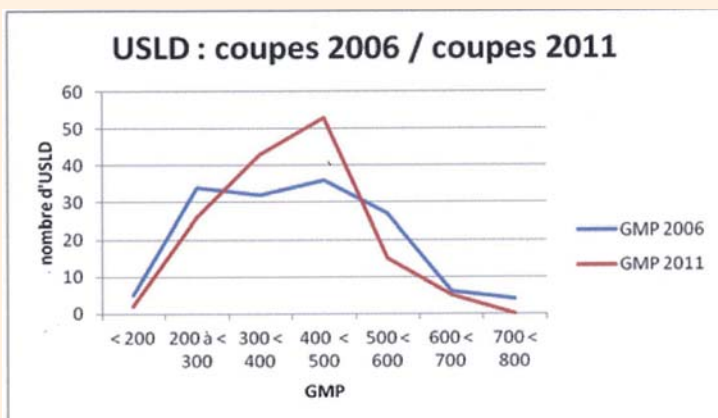
Sur l'échantillon 447 personnes ont moins de 60 ans soit 3,8% de la patientèle totale.

126 USLD sont en situation de convergence tarifaire ; elles représentent 10 150 lits soit 88% de l'échantillon. Ces USLD avaient un PMP moyen de 418 lors de la coupe 2006 et une médiane à 410 (le moins 117 ; le plus 781) ; il n'est plus qu'à 377 après validation de la coupe 2011 (le moins 161 ; le plus 600), avec une médiane à 389. La coupe Pathos moyenne 2011 avant validation s'élève à 406 avec une médiane à 411.

Le GMP moyen 2011 est de 849 avec une médiane à 871, (le moins 321, le plus 960).

La Revue de Gériatrie 2012 ; 37:225-228.

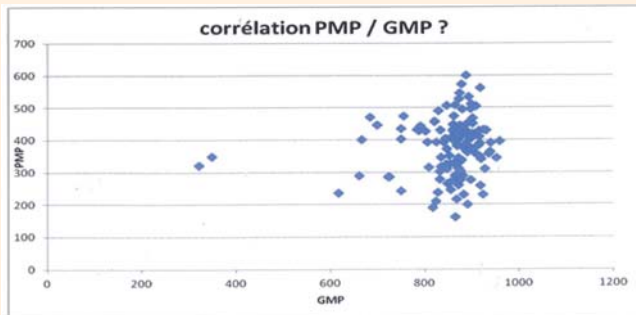
Auteur correspondant : Docteur Michel Salom, Centre de gériatrie clinique Léopold Bellan, 78 Magnanville ; France. E-mail : pressngc@orange.fr



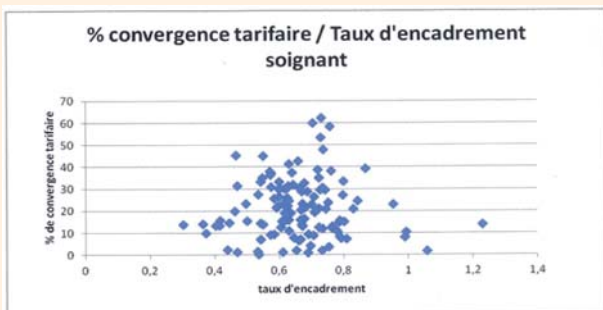
Adjointe en charge du secteur social et médicosocial, FHF(MJ) ; Président du Syndicat National de Gériatrie Clinique, Centre de gériatrie clinique Léopold Bellan, (MS), 78 Magnanville ; France.

Le long séjour n'est pas mort !

Comme le montre le graphique ci-dessous, il n'existe pas de corrélation entre le GMP et le PMP pour les USLD en situation de convergence tarifaire.

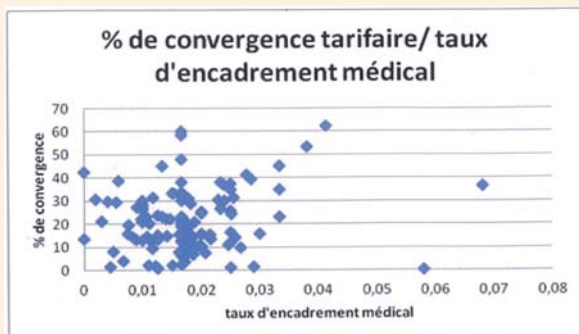


Le montant de la convergence totale s'établit sur cet échantillon à 76,5 M€. La dotation soins 2011 perçue par les USLD de l'échantillon s'élève à 363,3 M€. Si on extrapole à partir de cet échantillon sur la France entière, cela signifie que les USLD devraient rendre 211,5 M€ d'ici 2016, ce qui représente 6 000 postes de soignants ! Le ratio d'encadrement soignant dans les USLD en convergence tarifaire est de 0,65 ; la médiane est à 0,66. Les taux d'encadrement s'échelonnent de 0,30 à 1,23 avec une concentration entre 0,4 et 0,7. Le graphique ci-dessous montre qu'il n'existe pas de corrélation entre le niveau de convergence tarifaire de l'USLD et son taux d'encadrement.



Le ratio d'encadrement médical moyen est de 0,018 ETP médical par lit (la médiane est à 0,016, le plus bas est à 0,002 ; le plus haut à 0,068).

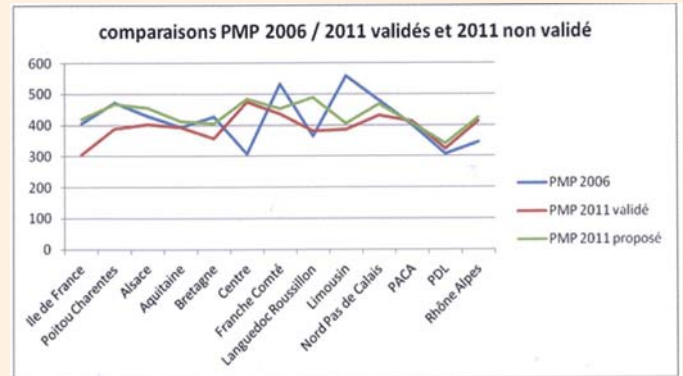
Le graphique ci-dessous montre qu'il n'y a pas non plus de corrélation entre le ratio d'encadrement médical et le niveau de convergence de l'USLD.



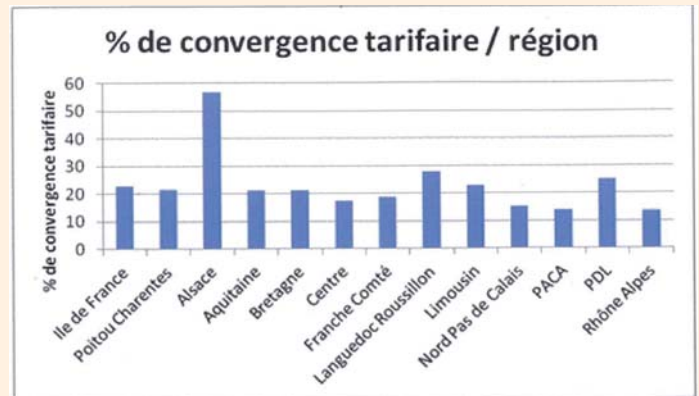
Analyse régionale

13 régions ont pu faire l'objet d'une analyse plus détaillée.

Comme le montre le graphique ci-dessous, les PMP validés l'ont été dans toutes les régions en baisse par rapport au PMP proposé, notamment en Ile de France, Poitou Charentes, Languedoc Roussillon.



Les régions connaissent une situation diversifiée au regard de la convergence tarifaire comme le montre le graphique ci-dessous. Certaines sont très touchées comme l'Alsace et le Languedoc Roussillon. D'autres le sont pour plus de 20% de leur dotation soin : Ile de France, Poitou Charentes, Aquitaine, Bretagne, Limousin et Pays de Loire.



Enfin, sans surprise, comme au niveau national, comme le montre le tableau de la page 3, il n'existe pas de corrélation entre le taux d'encadrement soignant et le niveau de convergence tarifaire. C'est d'ailleurs l'Alsace qui a le ratio d'encadrement soignant le plus faible, qui connaît aussi le niveau de convergence le plus élevé !...

Le long séjour n'est pas mort !

	% de convergence tarifaire	ratio d'encadrement soignant
Ile de France	22,6	0,68
Poitou Charentes	21,3	0,64
Alsace	56,7	0,54
Aquitaine	21,1	0,70
Bretagne	21,2	0,67
Centre	17,3	0,59
Franche Comté	18,6	0,69
Languedoc Roussillon	27,7	0,69
Limousin	22,6	0,73
Nord Pas de Calais	15	0,64
PACA	13,8	0,63
PDL	25	0,63
Rhône Alpes	13,6	0,61

Si les lits d'USLD ont été partitionnés entre 2007 et 2010 c'était pour que les lits sanitaires puissent "accueillir et soigner des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum». Les USLD accueillent d'ailleurs majoritairement des personnes âgées mais également des personnes de moins de 60 ans.

Les pouvoirs publics s'étaient engagés en 2008 pour la publication d'un décret USLD afin que la partition ne soit qu'une étape dans la perspective du développement d'une offre de soins cohérente et structurée sur le territoire au plus proche des citoyens.

Ce décret attendu devait être préparé en concertation avec les représentants du secteur et devait permettre de préciser les missions des USLD redéfinies (notamment au regard de celles des EHPAD) au sein d'une filière de soins mais également d'étudier l'axe de la tarification.

Or le mécanisme appliqué aujourd'hui de tarifier les USLD comme les EHPAD ne peut pas leur permettre de remplir les missions qui leurs sont imparties. Non seulement parce que les tarifs plafonds appliqués ont été définis sans aucune concertation et ne permettent pas

une présence médicale et infirmière continue, mais parce que les USLD assument des missions sanitaires spécifiques qui expliquent qu'une tarification au GMPS ne soit ni suffisante, ni pertinente. Ainsi, les USLD assument des charges liées à leur vocation sanitaire et à la qualité des soins qu'elles dispensent : examens de radiologie et d'échographie, transports sanitaires, consultations externes en dentaire, ophtalmologie, ORL, cardiologie,..., instances qualité (CLIN, CLAN, CLUD, COME-DISM...), service social...

La DGOS a indiqué partager l'analyse du SNGC et de la FHF et a précisé :

- Pour 2012 : Dans la mesure où elle n'avait pas encore le retour de toutes les coupes PATHOS de toutes les USLD, de demander aux ARS en 2012, comme en 2011 ne tenir compte que des coupes PATHOS 2006 d'une part, et d'autre part de n'appliquer qu'une convergence très limitée comme en 2011 ;

- Pour la suite, la DGOS a indiqué vouloir rapidement rouvrir le dossier sur plusieurs sujets : la mise à jour de l'outil PATHOS, les soins dans les USLD de patients de moins de 60 ans médico-requérants, le reste à charge, les modalités de tarification...

Cette bonne volonté doit être signalée, saluée et prise en considération.

La FHF et le SNGC seront donc parties aux débats et bien évidemment vous rendront compte des résultats. ■

Rien n'est acquis pour la gériatrie

Bernard POCH

Dès le début des années 70, à l'occasion de la transformation des hospices, la gériatrie s'est lentement installée dans le système hospitalier. L'organisation du soin aux malades âgés a progressé au fil des années et la pratique gériatrique s'est perfectionnée. Les maisons de retraite ont évolué vers un accueil plus adapté des personnes âgées avec dépendance.

La circulaire ministérielle sur la filière gériatrique a été une étape importante dans la reconnaissance du fait gériatrique. Mais peut-on considérer que tout secteur sanitaire dispose actuellement de ce type de filière ?

Récemment le Plan Alzheimer 2008-2012 a marqué une étape qui comptera pour mieux cibler la prise en soin Alzheimer. Mais le chemin est encore long pour que malade et famille disposent de soin et d'accompagnement appropriés. La souffrance psychique qui complète cette pathologie reste à prendre en compte pour être soulagée.

Les efforts nécessaires et le travail de terrain pour défendre la Gériatrie, notre lieu d'exercice, sont plus que jamais d'actualité et concernent chacun de nous. Les besoins en santé publique des personnes âgées les plus vulnérables ne sont toujours pas correctement couverts et la réalité gériatrique à l'hôpital est particulièrement précaire. L'organisation des pôles témoigne de cette évolution bloquée. On aurait pu penser qu'il était parfaitement naturel d'avoir un pôle de gériatrie-gérontologie dans chaque Centre hospitalier pour assurer une filière de soins pertinente et adaptée à ce profil de malade. C'était sans compter sur la persistance d'incompréhension et de résistance concernant la place que la Gériatrie devrait avoir au sein d'un hôpital pour répondre correctement à la réalité de l'afflux des malades les plus âgés.

L'intensité des pressions financières actuelles sur l'hôpital perturbe toute l'organisation du bon soin, mais pénalise encore plus le fonctionnement des unités gériatriques. Les moyens acquis et justifiés pour mieux soigner en gériatrie n'ont pas automatiquement un caractère pérenne.

La convergence tarifaire en est un bon exemple actuel et concret pour les soins de longue durée dont l'avenir reste incertain. On a pourtant récemment redéfini les patients du Long Séjour en ciblant les malades les plus instables sur le plan clinique. Mais le long séjour hospitalier court toujours le risque de basculer vers le médico-social. C'est la tendance continue des Pouvoirs publics et c'est un combat actuel du SNGC avec la FHF pour persuader le ministère de revoir la tarification du Long Séjour et d'en finir avec la convergence tarifaire qui prépare une aggravation alarmante des difficultés en personnel soignant sur ces structures.

L'augmentation de la pression démographique des plus âgés était tout à fait prévisible, mais elle n'a pas été anticipée. L'organisation de la Gériatrie n'a pas été consolidée. De jeunes gériatres font avec intérêt le choix de cette discipline, mais restent peu nombreux par rapport aux besoins à satisfaire.

La spécialité de la gériatrie n'est pas encore totalement reconnue. A l'hôpital on accepte difficilement ce médecin qui prétend se préoccuper du malade de façon globale aussi bien sur le plan médical, psychologique et social. C'est tellement plus confortable de ne voir que la maladie, surtout si elle est complexe et motivante pour nos fonctions intellectuelles.

On persiste trop souvent à considérer les unités de gériatrie comme étant au service d'autres unités plus nobles. On accepte toujours mal que la Gériatrie soit une pratique spécifique en elle-même dont le développement est bien utile à la prise en soin des malades âgés polypathologiques.

Pour avancer solidement nous ne pouvons pas faire impasse sur les blocages qui perdurent et qui gardent un caractère délétère. La Gériatrie reste une dynamique d'avenir, mais a besoin de se renforcer pour s'installer pleinement et pour cela de convaincre toujours et encore. Son évolution implique l'investissement de chacun sur le terrain professionnel et passe par une défense collective de type syndical où on n'est jamais trop nombreux. ■

**Auteur correspondant : Docteur Bernard Poch, Service de Psychogériatrie Centre Hospitalier 40107 DAX ; France.
E-mail : bpoch@orange.fr**