

SOSLD : nos arguments

Document de travail. Etat des lieux le 24 juillet 2006

Introduction

Les services de Soins de Longue Durée¹ (SLD - ex Longs Séjours) sont indispensables à la population française. Ils représentent une part notable de l'hospitalisation dans notre pays². Une réforme hâtive est en cours afin de les réduire de manière drastique.

Ils se sont constitués lentement sur des décennies, de manière souple et complexe, en fonction des besoins : ils accueillent ceux que nul ne peut plus soigner et accompagner. Parfois aussi ceux dont nul ne veut.

Présentation du problème

Les études récentes³ montrent que leur clientèle est à la fois dépendante physiquement et psychiquement, mais aussi qu'elle est affectée par des pathologies nombreuses, en particulier la maladie d'Alzheimer qui représente un défi majeur pour notre société.

Les SLD ont un taux de remplissage important malgré le développement du maintien à domicile, une charge financière conséquente pour les résidents et leur famille ainsi qu'une image marquée par la proximité de la mort.

Ils ont su devenir au cours du temps de vrais lieux de vie avec un véritable savoir et une authentique culture dans ce domaine.

Les SLD offrent la sécurité recherchée par les malades et leurs familles grâce à une permanence médicale et infirmière. A l'avantage des SLD : la quasi-totalité des soins se fait sur place, sans transfert, ce qui n'est généralement pas le cas des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD - anciennes maisons de retraite) dont cela n'est pas la vocation première⁴. Les SLD permettent une prévention plus active. En général, plus facilement que dans les structures moins médicalisées, ils peuvent ainsi éviter des hospitalisations répétitives en service de court séjour. En outre, bien des confrères nous ont dit leur détresse à la perspective d'un renvoi en EHPAD de patients « déments perturbateurs ». En effet, le plus souvent, il n'y a pas assez de médecins et de personnels soignants qualifiés et volontaires dans le domaine des démences pour gérer cette population

¹ Ils comprennent 76 700 lits en 2003, soit environ 12 % de l'ensemble des structures françaises d'hébergement des personnes âgées. Les maisons de retraite (EHPAD) comptaient alors 415 550 lits. TUGORES François. La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003. DREES. Etudes et Résultats, n° 485, avril 2006. Consultable en totalité à l'adresse : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er485/er485.pdf>

² Ils représentent près de 17,3 % des lits en hospitalisation complète (y compris la Psychiatrie) en 2003. Voir : <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2003.pdf>

³ par exemple : David JP, Pasquiers-Naga F; Di Manza C. Les patients actuellement hospitalisés en soins de longue durée relèvent-ils du secteur sanitaire ? Revue de Gériatrie 2002;27:313-318.

⁴ Les EHPAD sont moins bien dotés en personnels. Les ratios actuels communément admis sont en moyenne de 0,4 personnel à temps plein pour 1 résident alors que ce chiffre est de 0,6 en SLD.

dans ces structures qui ne sont pas toujours adaptées sur le plan architectural. Il faudrait enfin reconnaître la spécificité de ce type de prise en charge et évoquer sa complexité nécessitant des soignants compétents et en nombre suffisant.

Tout porte à croire que le nombre des bénéficiaires potentiels des SLD va s'accroître considérablement dans les années à venir⁵.

Aucun chiffre, aucune prévision démographique n'encourage à diminuer les efforts d'améliorations quantitatives et qualitatives, trop lents, qui ont été entrepris depuis longtemps dans ce domaine. Par ailleurs, l'opinion des français a évolué entre 2000 et 2005 : elle se montre de plus en plus favorable à l'intervention des pouvoirs publics (État et collectivités locales) pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes⁶.

Aucune raison de réduire la voilure dans ces conditions.

Bien au contraire.

D'où un devoir impérieux de progresser, par exemple dans le nombre des chambres individuelles encore insuffisantes et surtout dans les dotations en personnels pour l'amélioration de la vie et des soins, le soutien psychologique des familles, les animations, etc.

Pourquoi s'acharner un jour à les supprimer, un autre jour à les réduire à la portion congrue ? Pourquoi cette « Coupe PATHOS⁷ Expéditive » dont les initiales à elles seules sont douloureuses pour des services qui emploient massivement des personnels jeunes ? Pourquoi ne pas étendre cette évaluation à toutes les institutions d'hébergement pour y voir plus clair ?

Pourquoi prendre des décisions si rapides de réduction de capacités à l'aide des Directions de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) et des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) dans un délai express⁸ avant d'avoir les indispensables éléments complets et fiables ?

Pourquoi régir autoritairement sans concertation minimale avec les usagers et les professionnels ?

Pourquoi pousser à ce point le déni de la réalité de cette situation et de ses perspectives ?

Qui sommes-nous ?

⁵ La notion généralement retenue est celle du doublement de la population âgée de 85 ans ou davantage d'ici à 2020. Or il s'agit de la tranche d'âge qui sera potentiellement la plus concernée par les SLD.

⁶ Weber Amandine. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005. DREES, études et résultats, numéro 491, mai 2006. Voir : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er491/er491.pdf>

⁷ PATHOS est un logiciel permettant de classer les résidents en SMTI (personnes requérant des Soins Médico-Techniques importants qui relèveraient des futurs SLD redéfinis après une cure draconienne d'amaigrissement).

⁸ D'ici à avril 2007, date neutre comme chacun le sait, il faudrait avoir pratiqué la coupe PATHOS sur les seuls SLD, fait voter la réduction par les conseils d'administration et imposé des capacités restreintes à l'aide des DASS et des ARH ! Ouf ! Ariane 5 pour une réforme intéressant une proportion si importante de lits français d'hospitalisation .

Nous sommes une association de médecins qui refuse de coopérer à la découpe des services de soins de longue durée.

Nous sommes convaincus que les SLD sont à la fois améliorables et indispensables au dispositif de l'offre de soins, en particulier dans le domaine gériatrique dans notre pays. Il s'agit presque toujours de services publics faisant partie intégrante des hôpitaux.

Qu'avons-nous fait ?

Depuis le mois de mai 2006, nous avons refusé de transmettre au ministère l'évaluation sélective de nos services par la coupe PATHOS.

Nous avons demandé à nos collègues d'en faire de même : il s'agissait d'un appel national au boycott de la transmission des résultats de cette évaluation. Cet appel était contenu dans un modèle de lettre à envoyer aux ministres concernés (annexe 1).

Même si nous n'avons pas eu le temps et les moyens techniques suffisants pour diffuser notre consigne à l'ensemble de nos confrères, nous savons qu'une profonde inquiétude s'est emparée de tous ceux qui ont à cœur le service aux personnes âgées.

Beaucoup de collègues ont témoigné de leur sympathie ou même de leur solidarité avec notre action, même s'ils ont fait état de fortes pressions qui les ont amenés à transmettre leur coupe PATHOS.

Nous avons réclamé une généralisation de l'évaluation actuelle à l'ensemble des institutions françaises d'hébergement et de soins des personnes âgées.

Nous mettons toutefois fortement en doute les capacités de PATHOS à éclairer une problématique humaine évolutive et si complexe. Ce n'est pas un logiciel, aussi performant soit-il qui peut déterminer une politique de santé. Dans tous les cas, cet outil ne peut pas être suffisant à lui seul pour prendre la moindre décision individuelle ou collective.

Nous avons demandé une concertation préalable à toute mesure réductrice.

Avant toute réforme, nous voulions que soient communiqués précisément les moyens qui seront alloués aux différentes catégories de malades âgés ou plus jeunes dans une redéfinition des SLD.

Nous avons appelé nos collègues à envoyer une lettre en ce sens aux ministres concernés⁹ (annexe 2).

Nous leur avons recommandé de signer la pétition « Vieillir Digne ».¹⁰

Nous avons essayé de joindre les médecins-conseils des Caisses pour leur demander de ne pas coopérer à cette réforme.

⁹ Il s'agit d'un modèle de lettre à Messieurs X. Bertrand et Philippe Bas en date du 28 avril 2006.

¹⁰ Il est possible de la retrouver à l'adresse : <http://www.vieillirdigne.net/petition/?petition=2>

Certains d'entre nous se sont déjà adressés aux conseils d'administration (exemple rendu anonyme en annexe 3) et aux conseils généraux pour leur demander de ne pas entériner la réforme en l'état.

Nous avons établi des contacts avec de nombreuses organisations. Par exemple avec le Syndicat de Gériatrie des Hôpitaux de Paris (SGHP). Nous avons constaté notre identité de vue avec ses représentants lors d'une réunion commune le 6 juin 2006 à Paris.

Nous avons été reçus le 7 juin 2006 par Monsieur Philippe Bas¹¹ en compagnie d'autres gériatres. Cette rencontre n'a pas été le fruit du hasard. Après l'écoute incontestablement attentive dont nous avons bénéficié, nous attendons désormais une déclaration écrite ajournant le calendrier actuel au profit d'une évaluation généralisée des institutions françaises d'hébergement ainsi qu'une concertation des pouvoirs publics avec les associations professionnelles et de familles avant toute décision.

Nous avons rédigé un communiqué commun avec les initiateurs de la pétition « Vieillir Digne » le 23 juin 2006.

Nous avons participé à la conférence de presse prévue par les initiateurs de la pétition « Vieillir Digne » le 19 juillet 2006. Nous y avons constaté notre identité de vue avec eux.

Qu'allons-nous faire ?

1. Nous affirmerons encore et toujours que les SLD sont nécessaires et indispensables.
2. Nous maintiendrons nos demandes de maintien en l'état du nombre de places en Soins de Longue Durée (SLD) aussi longtemps que des assurances écrites ne nous seront pas fournies.
3. La date limite de la transmission de la coupe PATHOS étant dépassée, la question de l'appel au boycott ne se pose plus dans les mêmes termes. Ceux qui le souhaitent sont désormais libres de prendre la décision de réalisation et de transmission de leur coupe en fonction de leurs responsabilités et de leurs possibilités. L'essentiel nous semble maintenant dans les autres points de nos propositions. Nous demandons toutefois à nos collègues qui subiraient des pressions de bien vouloir nous en communiquer, même discrètement, la nature.
4. Les conseils d'administration étant appelés à se prononcer, nous leur demandons de s'opposer à toute réduction de lits de Soins de Longue Durée dans les établissements qui relèvent de leur compétence. Nous disposons pour cela de textes de résolution déjà votés sous l'impulsion de nos confrères (exemple rendu anonyme en annexe 3).

¹¹ Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

5. Nous nous adresserons aussi aux Conseils Généraux pour les informer de cette réforme impliquant le transfert potentiel de charges du secteur sanitaire vers le secteur médico-social.
6. Nous sommes disposés à discuter avec toute organisation professionnelle, syndicale ou politique agissant dans une optique démocratique. Nous recherchons l'assise la plus large pour que le mouvement de protestation se développe efficacement. Nous ne voulons pas faire de SOS Longue Durée (SOSLD) une organisation autarcique mais un outil au service des personnes âgées fragiles.
7. Attachés au dialogue avec tous ceux qui sont concernés par la réforme, nous répondrions positivement à une nouvelle demande de rencontre de la part du ministre.
8. Nous estimons surtout que la vraie réforme, celle qui serait nécessaire aux personnes âgées fragiles, consisterait à améliorer leurs conditions de vie et de soins. Par exemple par des qualifications plus adaptées et des formations meilleures, et surtout par l'amélioration du ratio de personnels pour pouvoir l'amener très rapidement, dès 2007, à celui d'un équivalent temps plein pour un résident. Mais aussi par la disparition de la cohabitation imposée¹² qui fait violence à beaucoup de résidents. Un aménagement humanisé comportant un nombre suffisant de chambres individuelles ne doit pas être le prétexte d'une réduction des capacités actuelles. Nous souhaitons aussi un accès aux soins de longue durée mieux réparti sur le territoire national. Etablir et réaliser une liste de priorités serait ici le seul débat vraiment utile aux personnes âgées handicapées et malades qui résident dans les SLD de France.
9. Une réflexion doit s'engager pour affiner le projet gériatrique institutionnel global. Par exemple quant aux critères d'admission en SLD et à la création de SLD pour les moins de 60 ans avec des équipes spécifiques et des médecins intéressés.
10. Nous participerons au colloque organisé par « Vieillir Digne » le 8 novembre 2006 à Paris.

Nous assumons pleinement la responsabilité de nos actes devant nos confrères et surtout devant les futurs résidents potentiels que constituent tous les citoyens français.

Pour retrouver SOSLD¹³

Site :

<http://www.geocities.com/bpradines/SOSLD.html>

Par courriel (mail), moyen à privilégier :

¹² La "cohabitation imposée" peut se définir comme la présence simultanée de deux résidents dans la même chambre dans une situation où il leur est impossible de se supporter mutuellement. Souvent, par exemple parce que l'un d'eux présente des troubles du comportement.

¹³ SOSLD est une association loi 1901 déposée à la préfecture du Tarn (81) le 18 mai 2006.

E-mail principale : Bpradines@aol.com

et

E-mail secondaire : bpradines@yahoo.fr

Par courrier :

Docteur Bernard Pradines

Président de SOSLD

Service de Soins de Longue Durée

Centre Hospitalier

81013 ALBI Cedex France

Par téléphone (répondeur-enregistreur) :

(33) (0) 5 63 47 44 60