Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

Colloque USLD

Mardi 27 janvier 2009

Mars 2008

Sommaire

- Introduction de Mme Legall ..... p. 2
- Intervention de Mme Gallée, représentante des usagers : La personne âgée, elle-même et les siens..... p. 3
  - En ce qui concerne l'éloignement géographique ..... p. 3
  - Les problèmes financiers . p. 3
  - Les professionnels ..... p. 3
  - La personne et les siens .. p. 4
- Intervention du Docteur Pradines, gériatre de l'association SOSLD, et du Docteur Rose-Marie Ragot ..... p. 4
- Conclusion de Jean-Louis Tourenne .. p. 16
- Les Soins français de Longue Durée en pratique ..... p. 18
- Session plénière des 6 et 7 novembre 2008 .... p. 18
- La réforme des USLD en Ille-et-Vilaine ..... p. 19

Madame, Monsieur,

De nombreux habitants d'Ille-et-Vilaine ont bien voulu signer et faire signer la pétition portée par le Conseil général pour réclamer une suspension de la réforme des USLD. Je tiens à les remercier très sincèrement de leur démarche citoyenne de solidarité avec nos aînés les plus fragiles.

Je partage tout à fait leur indignation. Ainsi, l'assemblée départementale, inquiète du mouvement de fermetures massives d'unités de soins de longue durée, a entendu le jeudi 26 septembre, Monsieur Perrin, directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Bretagne, sur son plan de réforme.

Rien dans cette audition n'a permis de rassurer les élus quant au caractère arbitraire et injustifiable de cette réforme.

Après avoir entendu Monsieur Perrin, Directeur de l'ARH Bretagne, nous expliquer les arguments du gouvernement, il a semblé indispensable que l'ensemble des parlementaires, conseillers généraux du département débattent de la question et prennent position avec les maires des villes concernées, les directeurs d'établissements et les associations de familles.

Ces participants, lors d'une réunion au Conseil général, le mardi 21 octobre dernier ont convenu de donner la plus large diffusion à la pétition « non à la démédicalisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes », notamment en organisant un colloque sur la question en lien avec les usagers, les professionnels et les associations.

Ce colloque a eu lieu le 27 janvier dernier à l'auditorium des Archives départementales. Vous en trouverez les actes dans cette publication. Ces actes et la pétition, qui sera portée au Premier ministre et aux ministres concernés, sont également présents sur le site Internet du Conseil général.

Ces actions ont été conduites conformément au vœu adopté à l'unanimité par les élus du Conseil général et demandant un moratoire sur la réforme des lits d'USLD pour faire une étude portant sur l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées et pour ouvrir une véritable concertation avec les départements. Il sera également adressé au Premier ministre.

S'agissant d'une question vitale pour nos concitoyens les plus fragiles, et pour tout dire d'une question de dignité humaine, je prendrai la liberté de vous tenir informé des suites qui seront données à notre démarche commune. Nos aînés ont besoin de nous. Je sais qu'ils peuvent compter sur vous. Le respect de la dignité individuelle ne trouve sa voie que dans la solidarité entre les générations.

Bien à vous,

Jean-Louis Tourenne
Président du Conseil général d'Ille-et-Vilaine

Colloque « Unités de soins de longue durée »

Mardi 27 janvier 2009

Introduction de Mme Legall

La suppression des unités de soins de longue durée, quels enjeux pour nos aînés ?
Et pour nous demain ?
La question aujourd'hui est bien de savoir quelle vie la société, c'est-à-dire nous, proposons aux personnes plus âgées ?
Comment vivre sa vie et sa fin de vie jusqu'au bout ? Dans le respect, la reconnaissance, entouré des siens que cela soit au domicile ou en institution ?
Sans oublier que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais bien un état de bien-être physique, mental et social.
Ce qui implique que chacun puisse bénéficier d'un mode de vie qui prenne en compte toutes ces dimensions et nous échangeons aujourd'hui plus précisément sur le mode de vie proposé aux personnes plus âgées et plus fragilisées, pour les nôtres, les familles, les amis, les voisins...
Pour les soignants aussi...
Quelles conditions de travail acceptons-nous ?
Qu'acceptons-nous de faire vivre aux autres et à nous-même ?
Et nous demain ? Ce que nous acceptons aujourd'hui nous sera appliqué demain...
C'est pourquoi nous sommes tous concernés aujourd'hui...
Les plus jeunes : quel parcours de vie leur proposons-nous si c'est pour à la fin être en situation de mort sociale ?
Quel projet de vie dynamique, vivant ? Si la fin de l'histoire s'annonce catastrophique ?
Que montrons-nous aux plus jeunes de la considération de tout un chacun ?
Où va l'humanité ? Quelle humanité voulons-nous ? Quelle considération lorsque les dépendances, le grand âge sont présents ? Quelle parole de citoyen de la place où chacun de nous se trouve ?
Question d'ordre financier, géographique, professionnel, social, personnel, familial...
Autant d'aspects qui vont être abordés ce soir par les différents intervenants.

Rencontre à l'initiative de la Maison Associative de la Santé qui fédère 65 associations de santé. Rencontre organisée en lien avec les représentants des usagers, le Conseil général, la ville de Rennes, l'UDAF et tous les intéressés.

Intervention de Mme Gallée, représentante des usagers : La personne âgée, elle-même et les siens.

En ce qui concerne l'éloignement géographique, actuellement les maisons de retraites et les unités de soins longue durée qui sont adossées aux hôpitaux locaux offrent aux personnes qui font ce choix :

1. La possibilité d'envisager de terminer leur vie dans un environnement qu'elles ont choisi, proche de leur domicile, même en cas de maladie ou de dépendance.

2. La satisfaction pour les couples de continuer à vivre tout près l'un de l'autre et de pouvoir rester ensemble jusqu'à la mort alors même que la maladie et l'âge pourraient les séparer.

Pour illustrer mon propos, quelques situations :
- une personne âgée qui conduit sa voiture peut chaque jour venir manger avec son conjoint et reprendre ses activités chez elle l'après-midi ou le soir. Elle peut donc continuer à vivre à peu près comme avant ;
- une personne âgée très malade a choisi de quitter sa région pour se rapprocher de ses enfants ;
- un monsieur a choisi a rejoint l'établissement où sa femme à très longtemps été soignée et dit « vous comprenez ça a été notre maison pendant si longtemps ! » ;
- une autre personne très malade, très âgée, est soutenue par ses amis âgés, eux aussi, en l'absence de sa famille qui vit à l'autre bout du monde ;
- un couple a vécu plusieurs années dans un établissement.

À la fin de la vie du monsieur, la dame a pu malgré le handicap de sa maladie vivre la fin de vie de son mari près de lui, chaque jour et chaque fois que l'un ou l'autre le souhaitait elle était accompagnée soit par sa famille ou ses amis, soit par les soignants au chevet de son mari. Ce sont des accompagnements de fin de vie que l'on souhaiterait pour chacun de nous.

Les problèmes financiers
L'augmentation importante des tarifs d'hébergements qui est annoncée, viendra s'ajouter aux frais de soins restant à la charge de l'assuré social lesquels ont déjà très considérablement augmenté.

Comment financer les lunettes, les prothèses auditives ou dentaires qui sont indispensables à son confort, à l'estime de soi et ainsi garder sa dignité ?

Comment financer le téléphone qui permettrait de garder le lien ?

Quand on sait que dans certaines situations deux retraites ne suffisent pas toujours à financer un hébergement.

Les professionnels
Je voudrais saluer et dire merci à tous les professionnels qui travaillent autour de la personne âgée, car ce sont trop souvent des conditions difficiles moralement et physiquement.

Pour ce qui me concerne, je considère que ces métiers sont parmi les plus nobles. Pourtant certains peuvent se sentir écartelés entre le temps d'écoute qu'ils aimeraient consacrer aux résidents, aux familles et les tâches matérielles à accomplir dans un délai imparti. Qu'en sera-t-il des quotas de personnel ?

Je vous livre le témoignage d'une soignante en EPHAD, je cite : « les centres hospitaliers ont une méconnaissance totale des moyens des maisons de retraite. Après une hospitalisation, les médecins renvoient les personnes dans leur établissement munies d'un courrier pour le médecin traitant sans aucune concertation avec le service, voire sans le prévenir. Le retour est possible même à 5 heures le matin. On nous demande des surveillances et des soins qui relèvent des services de CHU. »

La personne et les siens

Les personnes âgées très malades, souvent très dépendantes, ont un besoin immense d'être aimées et entourées de leurs proches. Les résidents qui bénéficient de visites journalières, que ce soit de leurs familles, amis ou voisins, sont nombreux. Mais comment faire pour trouver le temps nécessaire lorsqu'il faudra parcourir 60 km ou plus pour passer un moment avec son parent ou ami et aider à son repas sans compter les frais supplémentaires qui en découlent ? L'éloignement géographique favorisera l'isolement et le repli sur soi, le lien social sera rompu. Pour rendre visite à un parent ou un ami combien de personnes âgées qui ne conduisent plus leur voiture se font véhiculer par des proches ? Celles-ci n'oseront plus demander le service aussi fréquemment pour un parcours rallongé car le plus souvent les chauffeurs font leurs courses en même temps.

Le téléphone peut être un lien, mais avec ses limites, lorsque les forces s'en vont, que la voix faiblit, il devient très difficile de communiquer de cette façon. De plus, pour les plus modestes ressurgit le problème financier.

Les résidents et les familles sont très inquiets. Ils entendent bien que dans l'immédiat les personnes vont rester dans leur lit, mais à l'avenir comment cela se passera-t-il ?

En conclusion, les hôpitaux locaux vont être amputés de ce service de soins de proximité apprécié, ce qui peut générer un sentiment d'abandon. Le contrat de départ n'est plus tenu. Mon inquiétude est de voir s'organiser le désert de la santé dans nos campagnes. Une fois de plus, ce sont les gens âgés les plus fragiles, les plus malades, les plus dépendants, aux revenus les plus modestes qui vont être touchés par cette mesure. Ne croyez-vous pas que nos aînés ont mérité davantage de considération et de solidarité ?

Mais pour finir je me pose cette question : est ce qu'il n'y aurait pas la disponibilité de garder dans chacun de ces EPHAD adossés à un hôpital local, un certain nombre de lits qui resterait identifié soins de longue durée.

Merci.

Intervention du Docteur Pradines, gériatre de l'association SOSLD, et du Docteur Rose-Marie Ragot

SOSLD : SOS Longue Durée, association nationale fondée en 2006

Je travaille au centre hospitalier d'Albi en soins de longue durée depuis 17 ans. Je suis donc particulièrement concerné par la réforme, si l'on peut parler de réforme. Car derrière ce mot se dissimule désormais tout ce que l'on peut imaginer comme réduction de moyens.

La figure 1 montre l'évolution démographique qui s'accompagne, avec l'âge, d'un accroissement de la fréquence des pathologies, d'une altération de la santé subjective, d'une augmentation des recours au médecin ainsi que de la prise des médicaments et de la dépendance.

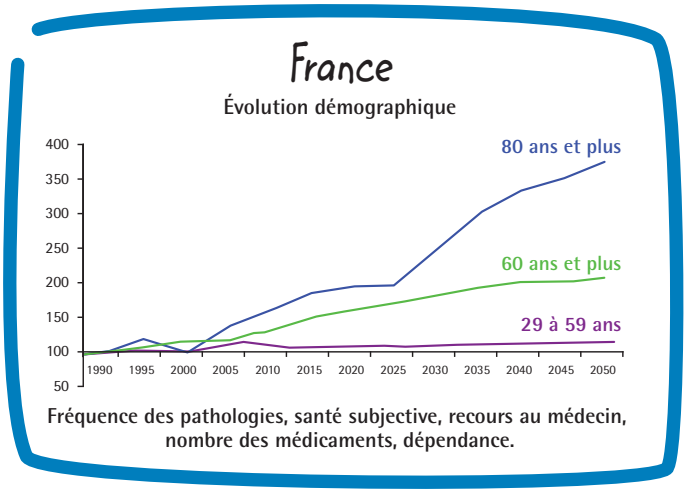


Figure 1

En ce qui concerne la démographie, les plus âgés sont de plus en plus nombreux, avec l'émergence des super-centenaires : ceux qui ont atteint ou dépassé l'âge de 110 ans. La classe des plus de 80 ans ne cesse d'augmenter : si on considère l'indice 100 en 2000, on parviendra à l'indice 400 en 2050.

Pour ce qui est des pathologies, vous entendrez dire que la vieillesse n'est pas une maladie. C'est mal poser le problème. Ce n'est pas bien poser la question car la vieillesse s'accompagne de davantage de maladies ; de même qu'elle s'accompagne d'une altération subjective de l'état de santé, c'est-à-dire la santé ressentie par la personne concernée ; de même qu'en vieillissant on a plus de recours aux médecins, on consomme plus de médicaments et on est plus souvent dépendant. Donc, affirmer, pour se rassurer, que la vieillesse n'est pas une maladie risque de nous éloigner de la responsabilité qui nous incombe de soigner ces personnes âgées. Le Docteur Ragot et moi-même, sommes bien placés pour avoir conscience de cette réalité, à l'instar des collègues et de tous les professionnels qui sont ici dans la salle. Nolens volens, les maladies frappent beaucoup les personnes d'un certain âge. En 2003, 35 % des personnes en institution souffraient de 5 à 7 maladies identifiées.

Pour ce qui est de la santé subjective, on voit que seulement 10 % des 18-29 ans estiment qu'ils sont en mauvaise santé contre 60 % des 75 ans et plus (figure 2). C'est un truisme de considérer la vieillesse comme une simple étape de la vie mais on ne doit pas oublier cette dimension-là.

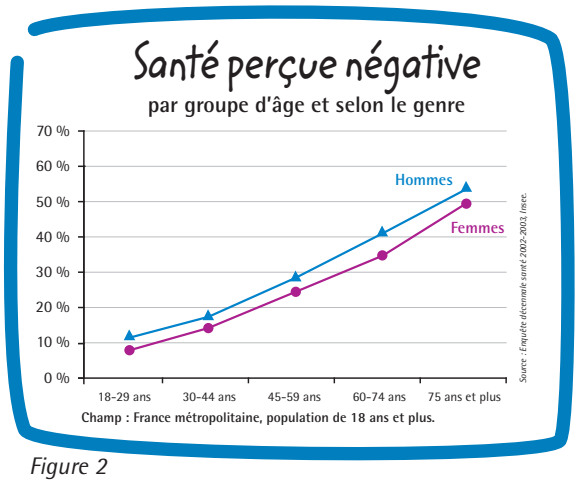


Figure 2

Même chose pour le nombre moyen annuel de recours au médecin : chez l'homme, 3 recours au jeune âge, et cela se rapproche de 9 au grand âge (figure 3).

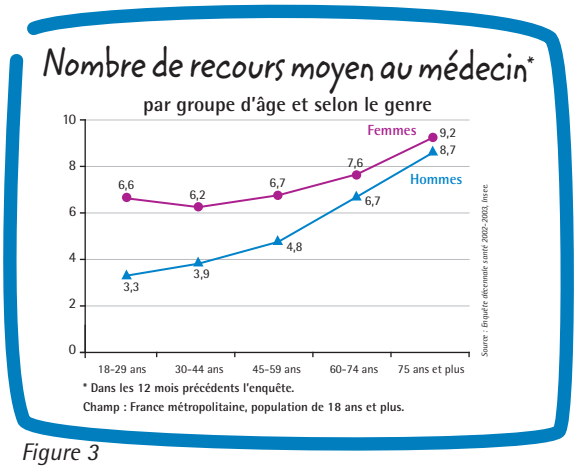


Figure 3

Pour ce qui est de la dépendance, en 2003, 98 % des personnes qui étaient en soins de longue durée (SLD) étaient dépendantes pour les actes de la vie quotidienne. Dans les maisons de retraite (MdR) ce n'était pas beaucoup plus brillant bien qu'il y ait malgré tout un peu moins de dépendance (figure 4).

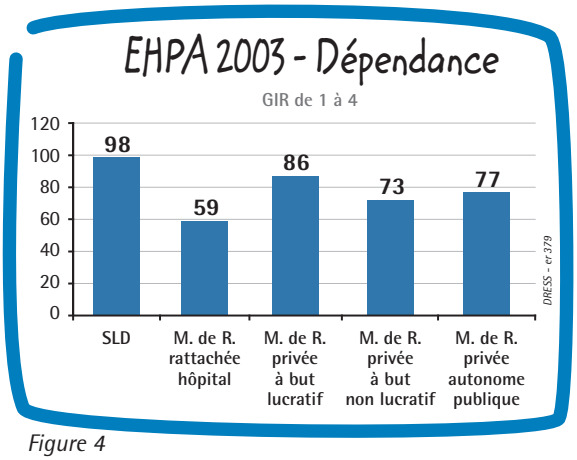


Figure 4

Pour ce qui est de l'évolution de notre société, c'est un bouleversement à l'échelle de ma génération. J'ai 58 ans. Quand j'étais jeune, les gens mourraient le plus souvent à domicile. En 1970, d'après l'INSEE, 59,8 % de décès avaient lieu à domicile. En 2006 ils n'étaient plus que 26 %.
Par contre il n'y avait, en 1970, que 2,2 % des décès dans les institutions gériatriques. Il y en a aujourd'hui 12,1 %, ce qui représente 2,3 fois moins de décès à domicile et 5,5 fois plus de décès en institutions gériatriques (figure 5).

Je n'ai pas inclus les décès dans les hôpitaux et les cliniques que l'on voit en négatif par rapport aux décès à domicile puisqu'il y a très peu de décès sur la voie publique, au moins pour les personnes de plus de 60 ans.

Personnes de plus de 60 ans

	1970	2006	Évolution 1970-2006
Décès à domicile	257 650 soit environ 59,8 % des décès	114 427 soit environ 26,2 % des décès	÷ 2,3
Décès dans les institutions gériatriques	9 877 soit environ 2,2 % des décès	52 996 soit environ 12,1 % des décès	x 5,5

Figure 5 *Source : INSEE, État civil*

Les personnes sont hébergées surtout dans des établissements médico-sociaux. Les logements-foyers sont en diminution actuellement, bien que l'on ait beaucoup espéré des structures intermédiaires entre domicile et institutions d'hébergement et de soins (figure 6). Nos aînés demeurent de plus en plus à domicile : les formules intermédiaires s'effritent un peu. Souvent, la volonté de rester à domicile est telle que, malheureusement, c'est seulement une situation critique qui amène la personne à recourir à une institution définitive (figure 6). Ainsi, cette dernière est rarement choisie avec anticipation et préparation. En tout cas, en soins de longue durée, c'est presque toujours sous la contrainte que se fait le « placement » en institution.

EHPAD (anciennes maisons de retraite) et SLD (anciens longs séjours) en 2003 (EHPA)

Maisons de retraite	414 000 lits
Soins de longue durée 17,3 % des lits hospitaliers avant réforme.	79 300 lits

Figure 6

Il y avait donc en France, en 2003, 414 000 lits d'EHPAD (ex-maisons de retraite) sur 671 000 lits dans l'ensemble des institutions d'hébergement pour personnes âgées. Les soins de longue durée, quant à eux, comprenaient 79 300 lits. Notez bien que les soins de longue durée représentaient une part importante du parc hospitalier toutes spécialités confondues, y compris la psychiatrie puisqu'ils constituaient 17,3 % des lits hospitaliers avant la « réforme ». Bien entendu, ceci n'a pas échappé au regard acéré de nos gestionnaires qui ont compris qu'il y avait là, comme partout, quelque chose à réduire puisque le contexte fait que tout est restreint : la psychiatrie, les spécialités... il n'y a que les soins de suite, c'est-à-dire les moyens séjours qui ne soient pas réduits en capacité en ce moment dans les hôpitaux. Pourtant les lits médicalisés, d'après l'enquête EHPA 2003, sont de plus en plus nécessaires (figure 7) : il n'y en avait que 1 sur 5 en 1984 et qu'il a fallu passer à 1 sur 2 en 2003.

L'augmentation régulière de la proportion de places en institution par rapport au nombre de personnes âgées s'est récemment ralentie du fait du développement du maintien à domicile : il y a des progrès absolument indiscutables dans ce sens. C'est ce que souhaitent les personnes âgées. Encore faut-il que les conditions du maintien à domicile ne soient pas soumises à des contraintes financières insupportables.

EHPA 2003 : Lits médicalisés

1984	1 sur 5
2003	1 sur 2

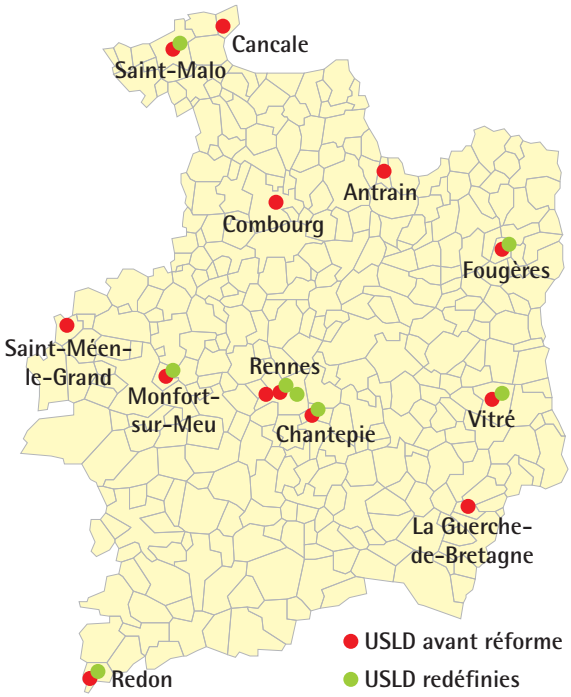
Henrard J.-C. Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées. BEH n° 5-6/2006, pp 45-47.

Figure 7

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Que nous reproche-t-on pour pratiquer une diminution systématique des places de soins de longue durée dans un tel contexte d'augmentation des besoins (figure 8) ?
Je ne crois pas que les soins de longue durée soient de l'acharnement thérapeutique.
Ils correspondent effectivement à une situation liée à des pathologies multiples qui surviennent davantage au grand âge pour affaiblir les personnes. Par ailleurs, je tiens à le dire, puisque nous sommes dans une soirée plutôt critique.
On peut être heureux quand on est résident en soins de longue durée : c'est vrai, c'est possible.

Phénomène national



Le phénomène de réduction que l'on constate en Ille-et-Vilaine est un phénomène national.
Par exemple, on a supprimé également dans mon département (le Tarn) des soins de longue durée.
Attention à ne pas se laisser « berner » par tout un discours « technocratique et gestionnaire » où l'on ne reconnaîtrait plus d'humanité du tout.
Pourtant, regardons les pathologies évaluées par un outil complexe : PATHOS. Parlons le discours de nos gestionnaires et prenons le « PATHOS moyen pondéré » qui est grossièrement l'équivalent de ce qu'est le GMP c'est-à-dire le GIR moyen pondéré qui évalue la dépendance.

On voit que sur un échantillon d'environ 29 000 personnes en 2001, qu'il y avait un indice à 222 dans les soins de longue durée, indice qui était nettement moindre en maison de retraite (figure 8). Les pathologies n'étaient donc pas réparties de manière uniforme entre maisons de retraite et SLD, statiquement j'entends.
La situation des SLD ne s'était pas améliorée lors de l'étude exhaustive de 2006 puisque le PMP retrouvé y était alors de 303.

ERNEST 2001

PMP moyen des SLD :	222
PMP moyen des MR :	entre 121 et 137

Étude USLD 2006

PMP moyen des SLD :	303
PMP moyen des MR (EHPAD) :	?

Source : SNGC

Figure 8

En 2001, il y avait 22 000 personnes en soins de longue durée qui pouvaient être définies d'après des critères médicaux comme nécessitant des soins médico-techniques importants (SMTI), c'est-à-dire des personnes suffisamment malades pour relever des services hospitaliers (figure 9).
Il y en avait 22 000 sur 79 000 lits (soit 28 %).

Quand on regardait ce qui se passait dans les établissements médico-sociaux, c'est-à-dire les maisons de retraite et les foyers-logements, quelle ne fut pas notre surprise de constater qu'il y avait beaucoup de patients qui relevaient des soins de longue durée. Au total, ceux qui devaient relever d'un service de soins hospitaliers et bénéficier ainsi d'une surveillance de type intensif, étaient grosso modo aussi nombreux que le nombre de places de soins de longue durée en France à cette époque-là.
De plus, l'enquête exhaustive de 2006 a révélé qu'il y avait une proportion plus importante de personnes qui avaient besoin des soins de longue durée et qui s'y trouvaient déjà, c'est-à-dire, 35 % en 2006 contre 25 % dans l'échantillon de 2001. Les établissements médico-sociaux n'ayant

pas été étudiés en 2006, qu'en serait-il du chiffre global ? Probablement plus élevé qu'il ne l'était en 2001, à l'instar de l'évolution des SLD.

SMTI : ERNEST 2001	
SLD :	25,66 % (22 000)
EMS (MdR + FL) :	8,99 % (51 000)

SMTI : Étude USLD 2006	
SLD :	35 %
EMS :	?

Source : SNGC
Figure 9

Les gouvernements de Messieurs De Villepin et Fillon ont « oublié » cette dimension puisque l'on n'a évalué que les seuls SLD en 2006 pour les « couper ». C'est intelligent et astucieux : oubli aussi du domicile, où se trouvent des personnes très malades qui, si cela leur était proposé, pourraient trouver un bénéfice à rejoindre une institution. Mais vous savez que le domicile est sacré : les gens y sont toujours bien, on va les y laisser ! Un collègue, syndicaliste reconnu dans le milieu gériatrique, écrit dans une revue spécialisée qui vient de paraître très récemment : « quelles seront les générations de demain ? Le coût ne sera certainement plus accessible à toute la population et le maintien à domicile sera renforcé avec une participation financière accrue des familles. Il n'est pas exclu que l'on trouve en institution les patients soit riches, soit en situation terminale ». J'aimerais que l'on fasse mentir ce collègue !

Intervention du Docteur Ragot.

J'aimerais aborder la différence entre les structures.

La différence entre services de soins de longue durée et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

- **Les EHPAD (ex-maison de retraite)**

Ils s'adressent à des personnes moins dépendantes et moins malades que les personnes dans les services de longue durée.

- Le taux d'encadrement est très faible en EHPAD, avec un niveau de formation moindre.
- La plupart des médecins traitants qui interviennent dans ces institutions ne sont pas toujours formés à la gériatrie.
- En général il n'y a pas d'infirmière la nuit.
- Les locaux et le matériel ne sont pas adaptés à la grande dépendance.
- Cela peut entraîner des difficultés si :

- aggravation de la dépendance ;
- maladie d'Alzheimer ou autre démence (personne déambulante, troubles du comportement). La personne peut-être mise à l'écart par les autres résidents avec risque de violence morale, mais aussi physique ;
- en cas de difficultés pour s'alimenter (risque de dénutrition sévère) ;
- en cas de chutes : risque de perte d'autonomie en l'absence de projet de soins adapté ;
- urgence ou pathologie intercurrente (infections…), en l'absence de surveillance infirmière la personne âgée est en général adressée au service d'urgence de l'hôpital général le plus proche, avec une prise en charge inadaptée : attente très longue aux urgences sur un brancard, hospitalisation dans un service de spécialité ne prenant pas en compte la spécificité gériatrique, voire retour en maison de retraite dans la nuit, sans soins. Tout ceci est extrêmement perturbant avec risque de décompensation de pathologies en cascade ou de confusion mentale.

- **Les USLD**

Ce sont des lieux où l'on accueille des personnes âgées (mais pas seulement), présentant des pathologies graves, invalidantes, souvent évolutives.

USLD : Unités de soins de longue durée

- La qualité de l'accueil est liée au projet de vie qui doit être adapté aux besoins des personnes hébergées, mais également au projet de soins.
- Ce sont des lieux mieux médicalisés (le plus souvent le médecin est un salarié formé à la gériatrie), avec une présence infirmière continue, au moins en journée, mais également souvent la nuit.
- En cas de pathologie aiguë, la personne peut être soignée sur place, sans hospitalisation si cela n'est pas nécessaire, dans l'environnement qu'elle connaît sans perte de repères.
- Le service a en général accès à un petit plateau technique (laboratoire, radiologie).
- L'équipe bénéficie du soutien de paramédicaux : kinésithérapeute, ergothérapeute. permettant un projet thérapeutique adapté à la dépendance.
- un certain nombre de ces structures ont été construites sur des modèles architecturaux anciens (pavillons V 240). Vétustes, ils méritent d'être réhabilités.

Je vais repasser la parole au Docteur Pradines.

Envisageons les armes utilisées (figure 10).
Il s'agit de la loi du 19 décembre 2005 et des circulaires du 15 mai 2006, du 10 mai 2007 et du 17 novembre 2008.

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, article 46.

DGAS et DHOS

- Circulaire du 15 mai 2006
- Circulaire du 10 mai 2007
- Circulaire du 17 novembre 2008

Figure 10

Il y a eu une circulaire par an, comme s'il fallait que la diminution soit rapide. La dernière en date est celle du 17 novembre 2008. La justification de la réforme repose sur une argumentation douteuse, la décision repose sur une seule coupe PATHOS : c'est-à-dire sur l'évaluation du nombre de personnes qui nécessitaient des soins médico-techniques importants en 2006 (figure 11).
Il aurait été intéressant de considérer la nécessité d'une meilleure orientation et celle d'une meilleure gestion. On aurait pu regarder aussi quelles sont les dépendances et les pathologies dans les EHPAD et à domicile. En fait, les décisions de restrictions ont été initiées à partir d'une coupe pratiquée uniquement en soins de longue, quitte à mettre un peu d'eau dans le vin en fonction des résistances ici ou là.
C'est la raison pour laquelle la cause n'est pas totalement perdue. Même si cette évolution est très préoccupante, il n'est pas impossible de s'y opposer efficacement.

Une justification qui repose sur des arguments douteux

Décision sur coupe PATHOS de 2006 seulement n'intéressant que les SLD et non les EMS environnants, encore moins le domicile.

Circulaires du 10 mai 2007 et du 17 novembre 2008 : seulement « partition » 17 fois dans la circulaire du 10 mai 2007, jamais le mot « maintien » ou « développement » !

Figure 11

Pour donner un exemple tragi-comique :
la circulaire du 10 mai 2007 utilise 17 fois le mot « partition » c'est-à-dire « division », jamais le mot « maintien » ou « développement ».
Le bouchon est poussé plus loin, jusqu'à se vanter (figure 12), dans la circulaire du 17 novembre 2008, que 15 régions se sont engagées dans l'opération de partition qui a concerné 13 348 lits d'unités de soins de longue durée dans 134 établissements. Ainsi, les capacités ont été scindées de la façon suivante : 7 253 lits redéfinis et 6 065 lits médico-sociaux (avec un oubli de 30 lits dans la somme, ce qui montre que quand on aime, on ne compte pas très bien).

Une « réforme à la hussarde »

Annexe 1 de la Circulaire du 17 novembre 2008

Bilan des opérations de partition en 2007 :
- 15 régions se sont engagées dans les opérations de partition en 2007 qui ont concerné 13 348 lits d'USLD dans 134 établissements ;
- capacités ont été scindées de la façon suivante : 7 253 lits d'USLD redéfinis et 6 065 lits médico-sociaux

Figure 12

Docteur Ragot :

Les USLD redéfinis et l'outil d'évaluation PATHOS : bien des soucis et encore plus de craintes.

Cette réforme va entraîner :
- une diminution très importante du nombre de lits sur tout le territoire, mais encore plus en zone rurale, avec une aggravation des inégalités entre les déserts médicaux (le centre Bretagne) et les zones côtières et urbaines bien dotées, ainsi qu'un éloignement des structures de soins pour les familles (souvent âgées) ;
- des ressources non garanties pour les établissements (les budgets qui ne « passent pas », obligeant les directeurs à licencier du personnel ; quid de l'infirmière de nuit obligatoire ?) ;
- la question de la taille critique de certains établissements (plutôt établissements ruraux), entraînant des difficultés de gestion.

L'évaluation PATHOS, une usine à gaz :
- valorise les actes techniques, avec un risque d'actes inutiles (pour justifier les patients SMTI) ;
- pénalise les petits services éloignés des plateaux techniques par rapport aux structures situées au sein des grands centres hospitaliers, pourtant ceux-ci sont à taille humaine à proximité des familles ;
- ne prend pas en compte les patients chroniques « stabilisés », et pourtant très fragiles, ayant besoin du recours régulier à l'infirmière et au médecin ;
- ne prend pas en compte les pathologies psychiatriques quelle que soit leur cause ;
- ne prend pas en compte les moins de 60 ans, pourtant nombreux dans les services de soins de longue durée ;
- ne prend pas en compte les besoins particuliers des patients présentant des maladies neurologiques dégénératives (maladie d'Alzheimer et autres démences, Parkinson...) ;
- ne prend pas en compte les projets d'accompagnement et de soins palliatifs (seuls les actes techniques comptent) ;
- pas d'intéressement au mieux-être des patients, au contraire, il faut qu'ils soient le plus malade possible ;
- consommateur en temps pour les médecins, déjà peu nombreux en institution (ils seraient plus utiles ailleurs, à former le personnel par exemple) ;
- les résultats sont très variables d'un moment à l'autre (épidémie d'infections hivernales, ou au contraire période calme), et non reproductible, contrairement à la dépendance qui est assez stable ;
- il y a un risque d'aller-retour EHPAD/USLD très déstabilisant pour les patients ;
- risque de sorties d'EHPAD, sans retour possible après une hospitalisation ;
- risque d'éloignement des personnes âgées loin de leur lieu de vie d'origine ;
- risque d'exclusion de certains patients, « patate chaude » que les établissements se renvoient ;
- sorties difficiles de services de soins de suite ou de médecine, avec des retours à domicile dans des conditions acrobatiques avec mise en danger de la personne âgée et de sa famille ;
- passage obligé des patients les plus valides pris en charge en USLD, vers les EHPAD, avec possibilité de décompensation de pathologies jusque-là stabilisées.

Docteur Pradines :

Pourquoi tant de haine, avons-nous démérité ? (figure 13) Pour ceux qui se sont battus une vie entière pour sortir les longs séjours de la nuit de l'hospice, sont-ils ainsi récompensés ? Aurions-nous fait de l'acharnement thérapeutique ou pire de l'abandon thérapeutique ? Je ne le crois pas. Le cadre hospitalier ne correspond-il pas à l'accompagnement des personnes âgées malades ? Encombreraient-elles le système ? Un problème aussi est qu'il y a un faux diagnostic au départ : alors il y aura une mauvaise thérapeutique. Tout cela car on a décidé qu'il « suffit de se promener dans les soins de longue durée et dans une maison de retraite pour voir qu'il s'agit de la même clientèle ». Or, statistiquement c'est faux ! Il y a des problèmes d'orientation, des chevauchements, c'est vrai, mais en tirer une généralisation est un mensonge : en vérité les projets de soins ne sont pas les mêmes et les structures ne sont pas identiques.

Pourquoi tant de haine ?

- Démérité ? Sortie de la nuit de l'hospice ?
- Acharnement thérapeutique ou, pire, abandon thérapeutique ?
- Le cadre hospitalier ne convient-il pas à l'accompagnement des personnes âgées malades ?
- Faux diagnostic de départ (partout se trouvent les mêmes personnes âgées)
  → politique sélective de restriction ?

Figure 13

Proximité ou économies ? Jusqu'à quel point pour ce type de médecine et d'hébergement, le fait qu'il y ait de plus de 30 patients est-il un gage de qualité ? Quelle logique doit-elle prévaloir ? La gestionnaire ou l'humaine ?

Proximité ou économie ?

Suppression des strucures de SLD dont on a trouvé, à un moment donné, en 2006, un nombre de patients SMTI + M2 inférieur à 30.

Figure 14

L'inquiétude sur les taux de personnel : l'enquête EHPA 2003 (figure 15) montre qu'il y avait un ratio en SLD hors administration et services généraux de 69 personnels pour 100 résidents. Dans les maisons de retraites : 31 à 43 personnels ETP (équivalents temps pleins) pour 100 résidents. On ne peut pas s'empêcher d'avoir peur que l'ensemble, une fois uniformisé, ne soit tiré vers le bas. Ne risque-t-on pas de dire simplement un jour aux soins de longue durée qui sont devenus EHPAD : vous êtes des EHPAD ? D'autant que l'on perçoit une vraie volonté de « rationalisation », en pratique « une économie à tout prix » derrière tout cela.

EHPA 2003

Taux de personnels hors administration et services généraux

SLD : 69 personnels ETP pour 100 résidents
MR : 31 à 43 personnels ETP pour 100 résidents

DREES - er 379

Figure 15

Si l'on regarde le nombre de demandes insatisfaites pour l'hôpital de Strasbourg, en 2001 et en 2004 : en 2001, il y a 12 demandes insatisfaites vers les maisons de retraite et 56 vers les SLD (figure 16). Trois ans plus tard en 2004 : 26 vers les maisons de retraite et 76 vers les SLD. Après avoir freiné pendant un moment en France la construction d'établissements, il faudra rattraper ce retard.

Strasbourg : demandes insatisfaites

Année	2001		2004	
Type de structure	MR	SLD	MR	SLD
Nombre de demandes insatisfaites	12	56	26	76

Berthel M. Besoins respectfs d'admissions en Soins de Longue Durée et en maison de retraite : présentation de l'enquête dans la communauté urbaine de Strasbourg (décembre 2003 - mars 2004). Colloque du SNGC. Paris, 14 octobre 2005.

Figure 16

Ceci dit, je pense que notre collègue de l'hôpital de la Fondation Rothschild de Paris dont j'ai évoqué les écrits récents, va nous rassurer puisqu'il note « une montée en puissance du secteur privé lucratif qui est le seul à créer des places ». Je suis content pour eux !
Pour nous, c'est l'inverse ! Il n'est pas désagréable d'apprendre comme dans tous les domaines, la Poste, la SNCF... que nous allons vers une autre forme de prise en charge dynamique dont on nous vante les mérites. À quel prix ?
Les conséquences de cette « réforme », c'est d'abord le risque d'uniformisation à long terme des dotations en personnels, des statuts et des modes de fonctionnement (figure 17).
C'est gênant, dans la mesure où l'hôpital est tout de même le mieux placé pour prendre en charge des gens ayant des maladies graves et qu'il ne devrait pas se défausser vers des établissements dont cela n'a jamais été la vocation première, qui ne sont pas prévus pour ça, avec un environnement inadéquat sans correspondance aux critères des soins de longue durée redéfinis en 2006.
Les entrées se feront sur évaluation de pathologies mais les malades sortiront s'ils vont mieux : pas question de vous garder dans les SLD si vous

vous améliorez ! S'il faut les renvoyer, cela va être le psychodrame, réactiver l'angoisse des familles « comment vais-je le placer ? ».
La stabilité est très importante, pas seulement pour le patient mais aussi pour sa famille.
Il faut qu'elle connaisse l'environnement sinon elle a peur d'une mauvaise prise en charge.
Le risque est donc un recrutement orienté vers les personnes en fin de vie, ce qui est fort discutable avec les moyens des SLD.

Des conséquences

- Uniformisation à long terme des dotations en personnels, des statuts et des modes de fonctionnement ?
- Entrées sur évaluation des pathologies mais en sortiront aussi s'ils vont mieux. Où est la stabilité ? En fait le plus souvent soins paliatifs.
- L'hôpital n'est plus prévu pour un hébergement à long terme ?

Figure 17

Il y a beaucoup d'incohérence dans cette « réforme » avec des explications techniques (figure 18), mais aucune justification correcte et cohérente sur le fond. Par exemple, au début 2005 on a dit « on va supprimer totalement les SLD ». Nonobstant le fait que ces structures se sont constituées sur des dizaines d'années car elles répondaient à un besoin de la population. Puis, après des protestations émanant de « conservateurs » ou de « dinosaures » la marche arrière a été heureusement enclenchée.

Et puis on nous a inventé un taux souhaitable de 6 lits pour 1 000 personnes de plus 75 ans ! Où a-t-on trouvé ça ?

Des incohérences

- Explications techniques : pas de justification sur le fond.
- Article 59-I de la loi du 11 février 2005, mais loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 réintègre les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire.
- Taux souhaitable de 6‰ pour les plus de 75 ans.

Figure 18

La Circulaire du 15 mai 2006 nous dit qu'il faut des pré-requis sur la continuité des soins et la surveillance définis de manière volontairement souple pour ne pas empêcher le maintien d'USLD dans des petits établissements de proximité : voyez le résultat !

Des incohérences

- Circulaire du 15 mai 2006 : « des pré-requis sur la continuité des soins et la surveillance, définis de manière volontairement souple pour ne pas empêcher le maintien de capacité de SLD dans de petits établissements de proximité. »

Figure 19

Des astuces aussi : des pressions ont été effectives avant même les lois, en particulier par le biais des conventions tripartites. Puis sont venues les circulaires : « il faut les appliquer ».
Un petit détail, mais qui n'est pas vraiment petit : on ne parle plus de services de soins de longue durée, mais d'unités. Une circulaire précise : « il n'y a plus d'instance » pour ces unités. Il y avait une chef de service, un conseil de service… c'est fini !
On a parlé de la proximité : c'est très important. Qu'est ce qui intéresse les patients de SLD ?
La lecture : généralement non. La télévision : c'est possible. L'animation : cela leur plait souvent, il faut absolument lutter pour qu'il y en ait partout. Si possible avoir une chambre individuelle. Mais l'essentiel, le plus important ce sont les visites : la famille, c'est fondamental.
La peur d'être abandonné, c'est quelque chose de viscéral, il faut la côtoyer pour s'en rendre compte. Il faut donc répondre au maximum aux besoins de ces personnes qui ne peuvent pas toujours s'exprimer.
Le maintien provisoire de certaines USLD est aussi une très belle astuce. Mieux : l'amélioration des moyens alloués aux SLD en échange de la signature d'une convention pour devenir… EHPAD. En cas de refus il y aurait des conséquences prévues dans les circulaires.
Par contre, en cas d'acceptation des moyens supplémentaires seront accordés, momentanément. Pour combien de temps ?
On ne sait pas.

Des astuces

- Pressions anciennes avant les lois et circulaires.
- SSLD → USLD.
- Un charabia technique qui noie le poisson : « meilleure fluidité de la filière », « maillage harmonieux de la région ».
- L'utilisation d'un syndicaliste comme agent d'application de la « réforme ».
- Le maintien provisoire ou même l'amélioration des moyens de certains SLD en échange de la signature d'une convention tripartite et de leur transformation en EHPAD.

Figure 20

Tout doit être évalué, calculé, mesuré, maîtrisé, planifié : une nouvelle utopie planificatrice qui oublie la dimension humaine.

Des utopies

- Les évaluations, les formules, les algorithmes les ordinateurs peuvent apprécier correctement des situations toujours humaines, toujours complexes, toujours différentes.
- Tout peut et doit être évalué, mesuré, maîtrisé, planifié.

Figure 21

Oui, pourquoi tant de haine ?

Quelles idéologies, quelles peurs collectives sous-jacentes ? Il faut un terrain favorable pour que passe cette « réforme ». La vieillesse fait peur, les SLD sont des témoins gênants, les survivants des hospices. Des phrases entendues ici ou là.

Des politiques de l'autruche

- Il faudrait fermer tous ces mouroirs.
- Je ne mettrai jamais Maman dans ces lieux !
- Des lieux comme ceux-là, cela ne devrait pas exister. J'espère bien que je n'y entrerai jamais !
- Si je suis comme cela un jour, finissez-en avec moi. Pas d'acharnement thérapeutique !
- Faites-moi plutôt une piqûre !

Figure 22

Il ne faudrait pas techniciser, médicaliser la fin de la vie, il faudrait donner de l'amour pour un accompagnement bienveillant. Je ne m'inscris pas en faux contre tout cela : simplement, à l'excès on aboutit à des aberrations.

Des idéologies et sentiments collectifs sous-jacents

- La vieillesse fait peur, les longs séjours en sont des témoins gênants, survivants des hospices : les faire disparaître ?
- Égalité : même prestations sur le territoire national, donc EHPAD = SLD.
- La vieillesse n'est pas une maladie. Lieux d'hébergement : vie et non soins.
- Ne pas médicaliser, pas techniciser la fin de la vie mais donner de l'amour par accompagnement bienveillant.

Figure 23

Il s'agit de la première génération que nous mettons massivement dans les institutions depuis le début de l'histoire de l'humanité. La pilule est amère. C'est un véritable mouvement très rapide de la société vers une autre forme de la prise en charge du grand âge, en particulier quand il est malade.
N'oublions pas (mais nous ne risquons pas de les oublier) ceux qui vous disent que les aides sociales trop nombreuses plombent notre économie et freinent le développement dynamique de nos entreprises écrasées de taxes diverses.

Des idéologies sous-jacentes

- Développer le maintien à domicile, situation immémoriale où la fin de la vie avait lieu en famille.
- Les solidarités générationneles doivent se situer dans la famille, non dans la collectivité.
- Les aides sociales trop nombreuses plombent l'économie et freinent le développement dynamique de nos entreprises écrasées de taxes diverses.
- L'État doit se désengager, soit au profit du secteur commercial en pleine croissance, soit en engageant les Conseils généraux comme pourvoyeurs par le biais du transfert du statut sanitaire vers le statut médico-social.

Figure 24

L'État devrait donc se désengager, soit au profit du secteur commercial en pleine croissance, soit en engageant les conseillers généraux et les familles comme pourvoyeurs par le transfert du statut sanitaire vers le statut médico-social.

Le contexte ambiant était favorable, au moins avant la crise récente. On assiste à une diminution de l'ensemble du secteur public de santé, psychiatrie, médecine somatique à l'exception des Moyens Séjours (Soins de Suite et de Réadaptation).
Le triomphe des idées libérales s'est accompagné de la mise en pas des services publics au nom de la rentabilité rebaptisée parfois optimisation ou « démarche qualité ». Dans la même logique, s'ensuivent le regroupement autoritaire de services en pôles, la suppression des services et d'hôpitaux, l'intronisation de « vrais » patrons dans les hôpitaux, ainsi que le développement rapide du secteur privé et des chaînes des maisons de retraite.
Il y a aussi des arguments rationnels qui mériteraient d'être débattus :
- la tarification des établissements fondée sur la dépendance et les pathologies ;
- une nécessité urgente d'améliorer les soins de longue durée en particulier l'orientation des personnes âgées malades.

Un contexte favorable

- Diminution de la capacité du service public de santé : psychiatrie, médecine somatique. Sauf SSR.
- Triomphe des idées libérales et mise au pas des services publics : rentabilité, « optimisation », regroupements autoritaires de services, suppression de services et d'hôpitaux, « vrais patrons » dans les hôpitaux, développement rapide du secteur privé lucratif et chaînes de maisons de retraites...
- Arguments rationnels : tarification des établissements fondée sur le GMP et sur le PMP, nécessité urgente d'une réforme de l'orientation des personnes âgées et malades.

Figure 25

Docteur Ragot :

Et pourtant...

En USLD l'espérance de vie est environ de deux ans, entre l'abandon coupable et l'acharnement thérapeutique, il existe une marge de manœuvre, faite de réflexion éthique, de bon sens, d'écoute du patient et de sa famille, de réponse médicale adaptée et compétente (on ne peut pas accompagner correctement un patient douloureux ou présentant des symptômes d'inconfort).

L'âge ne doit pas être un critère d'exclusion.

Le maintien à domicile ne peut concerner qu'un petit nombre de patients, encore suffisamment valides, bénéficiant d'un entourage familial, d'un logement adapté, de revenus suffisants, sinon on met le patient et sa famille en danger.

L'argent utilisé dans les institutions pour personnes âgées n'est pas de l'argent perdu pour la société, bien au contraire, cet argent retourne dans l'économie locale. L'hôpital est souvent le premier employeur en zone rurale.

Le secteur commercial coûte cher aux familles et à la société, en général beaucoup plus onéreux, il offre souvent un service de moins bonne qualité, et surtout il effectue un « tri » des personnes accueillies en excluant les plus malades ou les plus pauvres.
Le statut hospitalier des USLD permet l'accès à un certain nombre de services :
- suivi nutritionnel par le biais de diététicienne ;
- prise en charge de la douleur ;
- prévention du risque infectieux...

Il existe au sein des hôpitaux de nombreuses commissions (commission de lutte contre la douleur, commission de lutte contre les infections, commissions de lien alimentation nutrition...), dont peuvent bénéficier les personnes âgées.

Certaines USLD se trouvent au sein d'hôpitaux gériatriques (hôpitaux locaux), il serait intéressant de renforcer ces hôpitaux en créant des postes de médecins hospitaliers formés à la gériatrie.

L'existence de ces services au sein d'établissements plus grands permet de mutualiser du temps pour créer des postes à temps plein de kiné, psychologue, ergothérapeute…

Il est parfaitement possible d'humaniser les USLD. Il suffit :
- d'un engagement fort de l'équipe de direction ;
- de compétences médicales ;
- d'un projet architectural adapté ;
- d'un projet de vie et d'un projet de soins.

La dépendance et le grand âge entraînent un état de grande fragilité. Devant l'adversité, la personne âgée est souvent démissionnaire. De même que la canicule a pu précipiter vers la mort une partie de la population âgée, une prise en charge inadaptée pourrait aboutir au même résultat.

On mesure la qualité d'une société à l'attention qu'elle porte aux plus faibles de ses membres. Nous sommes les vieux de demain.

Docteur Pradines :
Il faudrait regarder la vérité en face et non avec des lunettes idéologiques, surtout si elles s'éloignent de l'indispensable humanisme.
Par exemple, aller vers des chambres individuelles sauf exception, fermer les lits indignes (des chambres de 5 m²), mieux former les personnels… À tous les niveaux il y aurait des efforts à faire : là-dessus la réforme est tout à fait muette.
Comment supprimer ces lits indignes ? Sans les occuper ? Nous ne pouvons pas renvoyer ces patients dans leur famille !
Il conviendrait de diminuer la disparité des services et conserver leur proximité : c'est le maillage que la loi revendique en le restreignant.
Il faut une meilleure orientation des personnes âgées. Pourtant, l'orientation ne peut pas se faire en contrainte : des incitations sont ndispensables car nous sommes en démocratie.
Il est urgent que le gouvernement de Monsieur Fillon respecte ce que Monsieur De Villepin avait promis à Bergerac le 26 mai 2006 « il faudrait un soignant pour un résident ». Nous en sommes loin. Il ne suffit pas, comme le ministère semble le revendiquer, de simplement former les personnels pour supprimer le problème du nombre insuffisant de personnels soignants. Nous devons être à la fois mieux formés et plus nombreux.

Une vraie réforme

- Réalité en face et non avec des lunettes idéologiques quand elles s'éloignent de l'indispensable humanisme. Exemple : aller vers la suppression des chambres non individuelles.
- Fermer les lits indignes. Où mettre les personnes âgées ?
- Réduire la disparité des services, proximité.
- Meilleure orientation des personnes âgées.
- Promesses du plan Grand Âge de De Villepin à présent bien lointaines (mai 2006) : 1 soignant pour 1 résident.

Figure 26

On ne peut plus vivre sur l'idée que les familles peuvent tout assumer comme autrefois. Il s'agit d'une nostalgie, d'un décalage entre le recours à la collectivité lors du grand âge, de la grande dépendance et de la grande maladie d'une part et une mentalité qui reste fondée sur la morale : la famille devrait s'occuper des personnes âgées.

Nous sommes dans une période historique très particulière, nous vivons un véritable bouleversement, avec un changement complet de la famille, y compris de la société dans son ensemble dans la manière dont on va s'occuper des personnes âgées. Je ne crois pas que cette « réforme » que l'on nous impose nous amènera des progrès, bien au contraire.

Conclusion de Jean-Louis Tourenne

Quelle réforme ?

Problème d'augmentation et de répartition des moyens :
- offre de soins améliorée et rapprochée ;
- orientation des résidents : information, incitation.

Permettez-moi de résumer — de manière très infidèle — les propos et les défis que l'Ille-et-Vilaine devra assurer demain par la suppression des USLD.

Les personnes qui étaient en USLD ne s'y trouvaient pas par hasard : c'était bien des médecins hospitaliers qui les orientaient, pour des raisons médicales précises, vers les USLD parce qu'elles en avaient besoin. Soit parce qu'elles étaient en fin de vie, soit parce que le risque était permanent (polypathologies). Ce qui nécessite un accompagnement constant, et/ou des soins infirmiers y compris la nuit.

Les conséquences

Les conséquences de cela, c'est d'une part le passage de 1 531 places d'USLD à 505 places. Le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation est venu nous dire triomphalement que normalement cela devait être 400 mais « j'ai réussi à en sauver quelques-unes ». Rappelons-nous ceci : la transformation de places, de lits d'USLD en places d'EPHAD, c'est diviser l'encadrement par 2. Normalement, le ratio est de 1,3 pour 100 : 130 personnes soignantes pour 100 personnes accueillies en USLD. Dans le département d'Ille-et-Vilaine, en maison de retraite et bien que nous soyons au-dessus de la moyenne nationale, nous sommes à 0,55, c'est-à-dire un peu plus d'une personne pour 2 malades. Cela n'est pas la même chose, et la nuit dans les maisons de retraites, pour des raisons de manque de personnels, il n'y a pas de personnel médical.

Je vais juste vous raconter un accident dramatique pour que vous preniez bien la mesure de ce que je dis : dans un EHPAD une personne tombe de son lit. Le soir, le garde passe, relève la personne et la remet dans son lit. Le lendemain matin, lorsque l'infirmière passe, la dame était morte. Elle était en effet sous anticoagulants, ce que la personne de garde ignorait. Elle n'a pas un seul instant pensé que la chute pouvait causer une hémorragie interne. Donc l'encadrement sera nettement moindre avec des conséquences graves sur la qualité du soin et l'accompagnement dans ces USLD.

D'autre part, on n'en a pas parlé, le coût de journée va augmenter pour les personnes ou leurs familles. Le prix de journée en moyenne sur le département d'Ille-et-Vilaine va augmenter pour les personnes concernées — car elles seront toujours dans le même lit, mais ce sera un lit d'EHPAD et non plus un lit d'USLD — de 5 €/jour en moyenne. Cela fait 150 €/mois que les familles ou les résidents devront payer.

Mais dans certains cas cela peut aller jusqu'à 17 € en plus par jour : 510 €/mois, plus de 6 000 €/an qu'il va falloir payer.

3e conséquence : c'est l'éloignement. Suppression de Bruz, Châteaugiron, Cancale, Antrain, La Guerche-de-Bretagne, Combourg, Saint-Méen-le-Grand. Si Vous habitez à Trémeheuc à côté de Combourg vous pouviez aller voir votre famille tous les jours parce que c'était à 5 km. mais à Trémeheuc, il faudra bientôt aller à Saint-Malo, à Fougères ou à Rennes : 40-50 km à effectuer à chaque fois que vous voudrez vous déplacer ! Effectivement c'est du maillage, mais c'est de la grosse maille, alors que nous parlons de personnes qui ont véritablement besoin de chaleur humaine.

Ces USLD étaient toutes dans des hôpitaux locaux ou dans des centres hospitaliers : pourquoi ? C'étaient des personnes à risques et à la moindre urgence, et elles sont fréquentes, il y avait le plateau technique qui pouvait intervenir immédiatement et pourvoir à l'intervention, à l'opération chirurgicale si nécessaire.

Aujourd'hui, pour le CHR de Rennes, il y a 307 places toutes pourvues. Il en restera 120. Pour l'hôpital de Saint-Malo, c'est déjà fait, il y avait 220 places, il en reste 83. Pour le CHGR, il y a 200 places, il en restera 80. C'est dire que

les hôpitaux seuls rempliront totalement les USLD. Or un certain nombre de résidents des EHPAD, comme ceux qui restent à domicile, relèveront ou auront besoin de soins importants et il n'y aura pas de places, puisque ces USLD vont fonctionner en autonomie et n'auront comme fournisseurs, si je puis dire, que les établissements hospitaliers.

D'ores et déjà, malgré les promesses, 1 000 personnes vont se retrouver avec une réduction de la qualité des soins. Dans le même temps, nous savons que le nombre de personnes de plus de 80 ans va exploser : 30 000 personnes aujourd'hui, 70 000 en 2020 ! Nous savons aussi que 1 personne sur 5 sera atteinte de la malade d'Alzheimer. Était-ce vraiment le moment d'aller vers cette régression-là ?

Je crois que notre société ne s'honore pas en procédant de cette façon. Une société qui n'est pas capable de respecter la dignité de toutes les personnes et notamment les personnes âgées est une société qui se dégrade.

Merci de vos témoignages, merci aussi à l'hommage que vous avez rendu au personnel qui travaille dans les EHPAD, car on ne peut pas faire ce métier pour simplement gagner sa vie. Cela demande tellement d'investissement de soi-même, de capacité d'empathie, et de capacité à garder le sourire malgré les choses difficiles que l'on vit au quotidien. Je peux témoigner, que dans ces établissements il y a une vie, il y a aussi des projets. il y a même des amourettes qui se nouent à l'intérieur des établissements : c'est ça aussi la capacité d'une société à garder en permanence de l'espoir et respecter la dignité des personnes.

Alors la 1re chose que nous voulons faire et c'est pourquoi nous vous avons invités ce soir avec Mme Le Gall, c'est dire ensemble que nous ne sommes pas d'accord avec cette réforme à la hussarde dont les conséquences néfastes vont se traduire par une dégradation de la qualité de vie des personnes.

Changer arbitrairement leur statut administratif n'améliorera pas leur état de santé par enchantement ! Lorsqu'après la générosité apparente, à laquelle je ne crois plus, on retombera dans le statut général des EHPAD avec un taux d'encadrement de 0,55, ce taux d'encadrement lui-même va mécaniquement diminuer, tout simplement parce que certains vont avoir besoin de plus d'accompagnement et de soins qu'on ne pourra leur donner : on ne disposera pas des capacités médicales et humaines nécessaires. On aura beau faire, le personnel aura beau se dévouer, il y aura des choses qui inévitablement manqueront.

C'est à ça que je vous invite ce soir à réfléchir, ce pourquoi j'étais heureux que vous soyez nombreux. parce que comme on l'a dit tout à l'heure, on a parfois l'impression que cette question n'intéresse personne : après tout, elles ne sont pas si nombreuses les personnes âgées en USLD, après tout électoralement je ne suis pas sûr qu'elles se déplacent pour voter donc ça n'est pas forcément un bon investissement qu'on réalise quand on est élu... Eh bien c'est essentiel que vous soyez venu si nombreux, que vous témoigniez de votre attachement à une certaine philosophie de l'existence. Je crois que ce soir ce qui nous rassure pour demain c'est que nous savons que nous sommes capables de mobiliser des gens pour défendre l'idéal qui est le nôtre.

Les Soins français de Longue Durée en pratique

Il existe environ 76 700 lits de Soins de Longue Durée et 415 500 lits dans les maisons de retraite en France. Le reste, à concurrence d'environ 670 000 lits, concerne les foyers-logements et l'hébergement temporaire.

Qui sont les résidents ?

En pratique, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent l'essentiel de leur clientèle. Elles sont hébergées et soignées en Soins de Longue Durée car elles ne peuvent plus demeurer chez elles et ne trouvent plus de place dans une maison de retraite, même médicalisée. Cette situation est engendrée le plus souvent par la lourdeur des soins de base qui leur sont nécessaires et/ou du fait d'une pathologie chronique instable, d'une polypathologie ou encore d'une dépendance psychique importante. Ces patients restent à l'hôpital longtemps, plus d'un an en général, et souvent jusqu'à leur mort.

Session plénière des 6 et 7 novembre 2008

Vœu relatif à la suppression des unités de soins de longue durée présenté au nom du groupe socialiste et démocrate de progrès et du groupe radical et républicain par Jacky Le Menn, vice-président en charge de l'action sociale.

Le gouvernement a décidé une réforme de la prise en charge des personnes âgées qui doit se traduire par la fermeture de 70 % des lits de long séjour hospitalier (soit 1 100 lits pour le seul Département d'Ille-et-Vilaine) et leur reconversion en lits de maisons de retraite médicalisées (EHPAD).
Loin d'être une formalité administrative, cette réforme modifie radicalement, et sans aucun débat national, l'accès aux soins des personnes âgées. Aujourd'hui, les EHPAD ne disposent pas d'un encadrement médical suffisant pour se substituer à l'hôpital.
Le gouvernement ne peut ignorer que la densité de soignants au lit du patient y est, en moyenne, deux fois moindre que dans les unités de long séjour hospitalier (USLD). Dans ces conditions, la qualité des soins ne pourra être maintenue.
Alors que les besoins en hébergement médicalisé vont croître au cours des prochaines années du fait de la progression de l'espérance de vie, le gouvernement contribue, paradoxalement, par cette réforme à diminuer l'offre de lits nécessaires. Les personnes âgées risquent de perdre en qualité de prise en charge sans même gagner en quantité d'offre de places.
Les personnes âgées ont droit, comme toute la population, à des soins adaptés, à une bonne qualité de vie et au respect de leur dignité.
La fermeture massive d'unités de soins de longue durée ne les garantit en rien. Des évolutions, notamment l'humanisation de l'hébergement sont nécessaires. L'objectif ne peut être la réduction des personnels mais bien de mieux adapter le type de prise en charge aux besoins réels des personnes âgées.
Parce que nous, élus du groupe socialiste et démocrate de progrès et ceux du groupe radical et républicains, ne voulons pas que cette réforme se traduise par une nouvelle dégradation de la situation des personnes âgées, nous demandons au gouvernement un moratoire sur la réforme des lits d'USLD pour faire une étude portant sur l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées et pour ouvrir une véritable concertation avec les départements.
Seule une telle démarche permettra d'avoir la visibilité nécessaire pour prendre des décisions aux conséquences humaines et financières si importantes pour nos aînés et leurs familles.

La réforme des USLD en Ille-et-Vilaine

Éléments de contexte

Aujourd'hui, en Ille-et-Vilaine, les personnes âgées bénéficient d'un dispositif d'accueil important :
12 095 places d'hébergement pour personnes âgées, tous types d'accueils confondus (USLD, EHPAD, foyer-logement etc.).
Les plus dépendantes d'entre elles, sont hébergées au sein d'Unités de Soins Longue Durée (1 531 lits en USLD) ou dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (7 529 lits en EHPAD).

Aujourd'hui, deux évolutions sont imposées par l'État.

- **Une opération « sincérité des comptes » :** aujourd'hui, les USLD et 12 maisons de retraite sont accolés à un hôpital local ou à un centre hospitalier. Un certain nombre de charges ne sont pas forcément clairement réparties entre les deux budgets (chauffage, petits matériels etc.). Cette opération comptable doit être terminée au plus tard fin 2009.

- **La requalification de 1 026 lits d'USLD en EHPAD :** sur 1 531 lits d'USLD en Ille-et-Vilaine, seuls 505 lits vont subsister. À noter : 5 établissements devraient voir l'intégralité de leurs lits USLD transformés en EHPAD. Il s'agit des hôpitaux locaux d'Antrain, Combourg, Saint-Méen-le-Grand, Cancale et la Guerche-de-Bretagne.

Au-delà d'un aspect sans doute un peu technique, qui dans un premier temps risque d'échapper au grand public et aux familles, ces évolutions imposées par l'État symbolisent de véritables choix de société et entraînent des conséquences très concrètes.

2 sujets d'inquiétude majeurs

- **La réforme du financement des USLD et des EHPAD va entraîner un surcoût pour les résidents et pour le Conseil général.**

Aujourd'hui, les USLD et 12 maisons de retraite sont accolés à un hôpital local ou à un centre hospitalier.
Un certain nombre de charges ne sont pas toujours clairement réparties entre les deux budgets. Exemple : lorsque la facture de chauffage arrive, elle est parfois payée sur le budget de l'hôpital sans que celui-ci ne répercute une partie sur le prix de journée payé par la personne âgée. Idem pour la restauration ou encore l'achat de petits matériels.

Or, depuis 2002, une réforme est engagée visant à la « sincérité des comptes » au sens entendu par les finances publiques. Cette opération devra être terminée au plus tard à la fin de l'année 2009.

- **La requalification de plus de 1 026 lits d'USLD en EHPAD.**

Sous prétexte que les personnes âgées hébergées aujourd'hui en USLD n'ont pas toutes besoin de « soins médicaux techniques importants » et ne sont pas en fin de vie, l'État a décidé de requalifier en EHPAD des lits qui étaient en USLD. Argument avancé : en diminuant le nombre de personnes hébergées en USLD, le ratio d'encadrement de ces dernières pourra être augmenté et les bénéficiaires être l'objet de davantage de soins.

Au cours de l'année 2006, un repérage a été effectué par les médecins de l'assurance maladie. Ils ont déterminé quels étaient les lits pouvant continuer à être qualifié d'USLD et quels étaient ceux devant être requalifiés en EHPAD.

Pour pouvoir identifier une USLD, 5 critères, cumulatifs, ont été retenus par l'État : une répartition harmonieuse sur le territoire départemental, des unités clairement identifiables en terme architectural, une présence médicale 24 h/24 h, l'existence d'un plateau médical technique et l'offre de 30 lits minimum par unité.

Ainsi : un hôpital bénéficiant d'un plateau technique et d'une présence médicale 24 h/24 h mais n'hébergeant pas les lits d'USLD dans un bâtiment ou même un étage de bâtiment bien distincts voit ces derniers requalifiés en EHPAD. Ou encore : ce même hôpital, bien que disposant

Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT

d'une unité ou d'un bâtiment distinct mais qui ne proposerait que 15 lits les voit également requalifiés en EHPAD.

Ces requalifications d'USLD en EHPAD seront réalisées au plus tard fin 2009.

De lourdes conséquences pour les familles et pour le Département

• Un surcoût pour les familles.
Le surcoût pour l'usager sera de 5 euros en moyenne par jour.

• Un surcoût pour le Département.
Ce surcoût devrait osciller entre 1,2 million et 1,5 million d'euros par an : APA versé aux établissements et aide sociale versée aux familles qui ne seront pas en mesure d'assumer le surcoût du prix de journée.

• Une remise en cause des principes de proximité, de service rendu et de sécurité.
Demain, un certain nombre de personnes âgées dépendantes et/ou en fin de vie, nécessitant un accueil en USLD, ne pourront pas rester près de leur domicile, leur hôpital local ayant vu ses lits d'USLD transformés en EHPAD.

Or, on sait que la proximité est fondamentale en matière de gériatrie : l'État déshumanise complètement la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes et/ou en fin de vie.

• Un vieillissement de la population non pris en compte.
Supprimer des places d'hébergement destinées aux personnes âgées les plus dépendantes est un non-sens dans un contexte de vieillissement de la population.

D'ailleurs, en 2006, le rapport « un programme pour la gériatrie », commandé par Xavier Bertrand, pointait la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de lits d'USLD au sein de la filière gériatrique et l'importance d'un renforcement des équipes soignantes au sein de ces unités.

• Une sous-estimation des besoins en matière de grande dépendance.
Si l'État a cherché à requalifier en EHPAD des lits jusque-là qualifiés d'USLD, il n'a pas tenté de faire l'inverse. En effet, un certain nombre d'EHPAD héberge des personnes âgées dont le degré de dépendance justifierait leur placement en USLD.
Ne pas avoir envisagé cette direction a conduit les pouvoirs publics à sous-estimer les besoins en USLD.

Parmi les différences entre ces deux types de structure : le taux d'encadrement des personnes âgées.
Dans les USLD, il est de 0,75 soignant pour 1 personne âgée dépendante.
Dans les EHPAD, il est de 0,55 soignant pour 1 personne âgée dépendante.

Financement de l'hébergement des personnes âgées en France

En 2008, le coût global d'hébergement d'une personne âgée en Ille-et-Vilaine, par jour, est de 84,26 euros. Ce coût est réparti entre trois sources de financement : 50 % par l'usager pour l'hébergement, 20 % par le Département pour la dépendance (APA) et l'aide sociale et 30 % par la sécurité sociale pour les soins médicaux.

Département d'Ille-et-Vilaine
~~Pôle développement~~
~~Service de l'habitat~~
~~1, avenue de la Préfecture~~
~~CS 24218~~
~~35042 Rennes CEDEX~~
~~Tél. 02 99 02 20 12~~
~~Fax : 02 99 02 20 87~~
manque pôle, service, adresse, tél, fax...

Papier issu d'une gestion durable des forêts

Crédit photo : ????

Mars 2009
B-DGSD-0309-001