

« Réforme » des SLD : la réalité et les erreurs

20 mai 2008

Décidément, la « réforme » des Soins de Longue Durée (SLD) nous rend dysphagiques tant elle est difficile à avaler. Pourtant, personne ne prétend que les SLD sont satisfaisants, qu'ils devraient demeurer en l'état et qu'il ne faut pas y toucher.

Reprenons : tout le monde est d'accord pour préconiser une réforme améliorant à la fois l'orientation et l'accueil des personnes âgées fragiles. Pour cela, l'outil PATHOS a été proposé et promu par le SNGC pour aider à déterminer celles qui relèvent des Soins de Longue Durée. Dans ce cadre, l'échantillon ERNEST nous a d'emblée laissé prévoir un accroissement important des besoins en SLD si l'on tient compte de la clientèle des EHPAD (ex-maisons de retraite) et des projections démographiques. Pourquoi ces données ont-elles été « oubliées » alors qu'elles ont été publiées ? Omises au point que nous avons dû les rappeler à nos interlocuteurs du ministère du Travail en janvier 2008.

Fort astucieusement, la mission ministérielle Thierry s'est penchée seulement sur la population accueillie en SLD et non sur celle des EHPAD et du domicile afin de déterminer quel était son état de santé et quels étaient les besoins à échéance de 5 ans.

Dans le même temps, l'ensemble du secteur hospitalier, psychiatrique ou non, a vu ses capacités réduites à l'exception des SSR.

Avec une bonne dose d'intelligence, nos décideurs ont saisi l'occasion pour se fonder sur les résultats de la première coupe des seuls SLD en 2006 afin de prendre des décisions déjà amorcées et effectives de réduction, jamais d'accroissement.

Le mot « partition » est utilisé 17 fois dans la circulaire du 10 mai 2007. Par contre, jamais de mot, terme ou phrase évoquant un maintien ou une extension, même à titre d'exception.

Partition n'est pas répartition. Ou alors je ne connais pas la langue française. La partition est bel et bien une division, une séparation. La répartition ne préjuge pas de la quantité redistribuée et de son évolution. Le problème, c'est que l'on prend des décisions définitives de partition et de réduction alors que l'on n'a pas encore étudié correctement les besoins du secteur et les dispositifs mis en œuvre. Pourquoi tant d'urgence ? Pour quels motifs inavoués ?

Dans cette situation, il est intéressant d'observer deux grandes catégories de réactions des médecins gériatres : d'un côté les réalistes qui constatent ces faits et en tirent les conséquences. De l'autre ceux que l'on pourrait qualifier d'utopistes qui restent dans l'illusion d'une gestion politique sur laquelle les médecins pourraient avoir une influence déterminante.

Au point de fournir aux politiques les moyens techniques de restriction que ces derniers n'auraient pas su inventer à eux seuls. Au point de se poser seulement la question de limiter la bascule des statuts dans le sens SLD vers EHPAD. Quid de la bascule EHPAD vers SLD ou même du domicile vers les SLD ? Au même titre que, sans être spécialiste du langage, on pourrait s'interroger sur la bascule sémantique de « Service de SLD » vers « Unité de SLD », dénomination inédite. Nous en serions désormais réduits à négocier un quota (10 lits de SLD pour mille personnes de plus de 75 ans au lieu de 6 pour mille) ou même 40 000 lits (contre environ 80 000 en 2003) dont nul ne sait sur quels besoins ou sur quelle étude reposent ces spéculations. Regardons simplement la proposition de 10 pour mille. Si on en croit l'INSEE, la population des plus de 75 ans s'élevait déjà à 4 856 160 personnes en 2005 et devrait atteindre environ 5 799 248 personnes dès 2015.

En conclusion :

Oui, une réforme est indispensable. Il est urgent d'améliorer les SLD. Exercer pendant 16 ans en SLD m'en a convaincu.

Le fait que personne ne veuille d'un patient ou d'une catégorie de patients n'est pas un critère pour refuser de les soigner ou même pour y rechigner. C'est la mission du service public d'améliorer la condition de ces personnes éventuellement rejetées du secteur lucratif. Je regrette que le SNGC ait participé trop naïvement à l'application d'une « réforme » qui lui échappe désormais complètement. Cette péripétie doit à mon sens poser la question plus fondamentale du rôle du syndicat, en particulier dans ses relations avec le pouvoir politique. La négociation sur des bases arbitraires (10 lits pour 1000 > 75 ans ou 40 000 lits) ne me semble pas du tout sérieuse. Si nous persistions, il ne nous resterait plus qu'à protéger les EHPAD de l'envahissement massif par des SMTI en provenance des Hôpitaux pour cause de TAA. Autrement dit, fermer les frontières. Un comble pour la « fluidité de la filière ».