



EHESP

Inspecteur de l'action

sanitaire et sociale

Promotion : 2008 – 2010

Jury : mars 2010

**La mise en œuvre de la réforme des
Unités de Soins de Longue Durée
(USLD) : cas d'un établissement
psychiatrique d'Ille-et-Vilaine**

Hélène SEMINIAKO

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à Jean-Michel DOKI-THONON, Directeur de la DDASS d'Ille-et-Vilaine pour m'avoir accueillie au sein de ses services durant mes périodes de stage ainsi que Françoise CHARDONOUX qui exerçait les fonctions de directeur par intérim lors du stage d'observation.

Je remercie également Patrick DONCK, Chef de service du service « politique hospitalière et offre de soins » et maître de stage à la DDASS 35, pour avoir facilité mon intégration et mes recherches.

Un merci particulier à Maryse RAIMOND, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale en charge du dossier du centre hospitalier psychiatrique objet de ce mémoire pour avoir accepté de m'associer aux réunions et visites de cet établissement ainsi qu'à Marie-Christine LAVIGNE pour m'avoir aidé dans ma recherche documentaire.

Mes remerciements se tournent vers l'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accorder du temps pour répondre à mes questions.

Merci à ma famille et mes amis pour m'avoir soutenue depuis la préparation du concours à la fin de la formation d'inspecteur.

Sommaire

Introduction	1
1 La réforme des USLD : une réforme complexe de par sa structure et ses outils	5
1.1 Une réforme à la structure complexe.....	5
1.1.1 Les structures visées par la réforme : les USLD et les EHPAD.....	5
1.1.2 Une réforme inscrite dans un large mouvement de planification	7
1.1.3 La réforme des USLD, une idée ancienne.....	9
1.1.4 Planification de l'offre de soins et équité financière : deux objectifs majeurs de la réforme	10
1.1.5 Une concertation nécessaire entre une multitude d'acteurs	11
1.2 Le modèle PATHOS : outil majeur de la réforme	12
1.2.1 L'outil PATHOS : un système d'information à structure complexe	12
1.2.2 PATHOS moyen pondéré, SMTI et M2 : indicateurs majeurs dans la réalisation de la partition	14
1.2.3 Une application concrète de PATHOS : les coupes transversales	15
1.3 La réforme des USLD, une réforme contestée.....	16
1.3.1 Un principe acté mais des modalités contestées.....	16
1.3.2 Le modèle PATHOS : une structure et des résultats largement critiqués.....	17
1.4 Une offre de soins en USLD et en EHPAD redessinée... ..	20
1.4.1 Au plan national	20
1.4.2 La partition des lits en Bretagne	21
2 La mise en œuvre de la réforme, source de nombreux questionnements au sein de l'USLD du CHS d'Ille-et-Vilaine	23
2.1 Une réduction de capacité entraînant une réflexion architecturale.....	23
2.1.1 Une réduction de capacité non négligeable pour l'USLD du CHS... ..	23
2.1.2 ...imposant de définir la localisation géographique des lits d'USLD redéfinis.....	24
2.1.3 ...et de tenir en compte la notion de sécurité.	25
2.2 Une recomposition géographique non sans conséquences pour les résidents et leurs familles.....	26
2.2.1 Une remise en cause de la proximité géographique... ..	27
2.2.2 ...malgré un principe d'absence de délocalisation immédiate.	27
2.3 Une nécessaire réorganisation du personnel	28

2.3.1	Une organisation réfléchie pour 200 lits sanitaires...	29
2.3.2	...à adapter pour 80 lits sanitaires et 120 lits médico-sociaux.	29
2.3.3	Une nouvelle répartition des personnels avec des impacts divergents selon la structure considérée	30
2.4	La crainte d'un impact financier important	32
2.4.1	Un cadre budgétaire composé de trois sections tarifaires distinctes	33
2.4.2	Les nouvelles modalités de calcul de la dotation soins	34
2.4.3	Un impact financier largement majoré par une obligation légale appliquée simultanément : l'opération de sincérité des comptes	35
2.4.4	Les conséquences pratiques sur l'évolution des tarifs	36
2.5	La réforme, une occasion de penser la prise en charge médico-sociale des patients psychiatriques	38
2.5.1	Le résident au cœur du projet de vie	39
2.5.2	Pathologies psychiatrique et maladie d'Alzheimer : distinctes mais avec des points communs	40
3	La réforme des USLD adossées à des établissements psychiatriques : le point de départ d'une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques	43
3.1	Une prise en charge basée sur l'utilisation et l'aménagement de l'existant	43
3.1.1	Une prise en charge autour du domicile	44
3.1.2	...afin de retarder l'entrée en institution médico-sociale	45
3.1.3	La valorisation d'une discipline : la gérontopsychiatrie	48
3.2	La constitution ou le développement de réseau pour une prise en charge efficace et continue	50
3.2.1	Le développement de la psychiatrie de liaison	50
3.2.2	...et la mise en place d'équipes mobiles de psychiatrie	51
3.3	De nouvelles pistes de réflexion ouvertes	53
3.3.1	L'organisation d'unités spécifiques au sein des établissements spécialisés	53
3.3.2	La transposition des nouvelles structures dédiées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies associées : les unités d'hébergement renforcées (UHR)	54
	Conclusion	57
	Sources et Bibliographie	59
	Liste des annexes	68

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS	Aide - Soignant
ASG	Assistants de Soins en Gérontologie
ASH	Agent de Service Hospitalier
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRPA	Comité National des Retraités et Personnes Âgées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROS	Comité Régional d'Organisation Sanitaire

CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico - Sociale
CST	Conférence Sanitaire de Territoire
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour des Personnes Âgées Dépendantes
ETP	Équivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEHAP	Fédération des Établissements hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération Hospitalière de France
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GMPS	GIR Moyen Pondéré Soins
HAD	Hospitalisation A Domicile
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PASA	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PMP	PATHOS Moyen Pondéré
PPMS	Plan Psychiatrie et Santé Mentale

PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSGA	Plan Solidarité Grand Âge
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SNGC	Syndicat National de Gériatrie Clinique
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmier A Domicile
UHR	Unités d'Hébergement Renforcées
UNAFAM	Union Nationale des Amis et FAMilles de malades psychiques
UPAD	Unité pour Personnes Âgées Déambulantes
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Dans notre société moderne où vieillir n'est plus synonyme de fin de vie mais plutôt de nouvelle étape de vie, les politiques ont fait de la prise en charge des pathologies liées au vieillissement une des priorités de santé pour les décennies à venir. Le vieillissement général de la population (plus de 4,8 millions de personnes âgées de 80 ans et plus en 2030, selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques¹ ou INSEE) induit une augmentation du nombre de personnes présentant des pathologies liées à l'âge et par conséquent une nécessaire réflexion sur leur prise en charge.

Dans le cadre de ses missions, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) a vocation à intervenir, entre autres, dans les champs sanitaire et médico-social dont relèvent les structures à destination des personnes âgées. Ainsi, il exerce des missions de planification de l'offre de soins sur les territoires de santé et de gestion financière des établissements par le biais des procédures d'allocations de ressources. Les mesures législatives ou réglementaires touchant ces deux domaines sont régulières. Par exemple, la réforme des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), thématique de ce mémoire, impacte cette double compétence en prévoyant la transformation de lits d'USLD (champ sanitaire) en lits d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ou EHPAD (champ médico-social). Cette réforme pose une nouvelle définition des USLD en les recentrant sur leur vocation sanitaire et surtout a pour finalité d'ajuster le nombre de ces lits au nombre de personnes répondant à cette définition. Pour ce faire, les lits en surplus seront basculés dans le secteur médico-social en tant qu'EHPAD. Cas particulier dans les structures concernées par la réforme, certaines USLD ont la particularité d'être adossées non pas à des établissements sanitaires « généralistes » mais à des établissements spécialisés en santé mentale.

« État de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté » selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)², la santé mentale comporte également des aspects négatifs tels que la souffrance psychique non forcément liée à une pathologie ou les troubles mentaux qui

¹ INSEE. Projections régionales de la population à l'horizon 2030. [visité le 09.12.2008], disponible sur Internet : <http://www.insee.fr>

² Ministère de la santé et des sports. Introduction sur la santé mentale. [visité le 09.01.2010], disponible sur internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/introduction.html>

nécessitent une prise en charge médicale. La présentation ministérielle³ de la notion de santé mentale précise qu' « en 2005, une enquête internationale (ESEMED-EPREMED) a estimé à plus d'un tiers de la population française les personnes ayant souffert d'au moins un trouble mental au cours de leur vie et à une sur cinq celles qui en avaient souffert dans l'année en cours... » et qu'en 2003 « Prés d'1,3 million d'adultes et 500000 enfants et adolescents étaient pris en charge par les secteurs de psychiatrie ». En complément, un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) précise que 4 à 5% des personnes âgées de plus de 75 ans souffrent de pathologies psychiatriques et que 35 à 40 % des plus de 75 ans présentent une souffrance psychologique. Ainsi, réfléchir à l'offre de soins disponible au regard des besoins des personnes âgées souffrant de troubles psychiques n'est pas anodin compte tenu de la part de la population visée tant aujourd'hui qu'à l'avenir. Partie intégrante de cette offre de soins, les USDL adossées aux établissements spécialisés vont être impactées par la réforme.

Durant ma formation à l'EHESP, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage d'une semaine au sein de l'USLD adossé à l'établissement psychiatrique d'Ille-et-Vilaine. Au cours de conversations informelles, il m'est apparu que la perspective de cette réforme suscitait de nombreux questionnements tant du côté des personnels que des usagers. Si ces inquiétudes ne touchent pas les mêmes thématiques, elles restent liées les unes aux autres. Par exemple, pour ce qui concerne la capacité des établissements, la mise en œuvre de la partition prévue par les textes va conduire à faire basculer dans le secteur médico-social 65% des 71 480 lits d'USLD existant en France métropolitaine dont 1 100 dans le département d'Ille-et-Vilaine. Ainsi, de nombreux établissements vont voir leur capacité en lits d'USLD réduire ou intégralement disparaître. Les établissements psychiatriques n'échappent pas à cette règle. Ainsi, l'USLD adossée au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) d'Ille-et-Vilaine va conserver 80 de ses 200 lits. Ces derniers étant répartis sur trois sites distincts, cela implique une réflexion sur l'organisation des locaux ainsi qu'un choix de localisation géographique des lits. Il apparaît ainsi qu'une orientation des résidents devra être effectuée selon qu'ils répondent aux critères d'accueil dans le secteur sanitaire ou le secteur médico-social. Ce choix implique non seulement un « tri » des patients mais aussi un éventuel transfert en termes de localisation pour ceux qui intégreront les lits d'EHPAD. Les équipes, quant à elles craignent les conséquences sur la prise en charge de leurs résidents (patients présentant une dépendance psychique, une perte d'autonomie importante sur le plan cognitif non liées au phénomène de vieillesse donc hors Alzheimer). Ces inquiétudes portent essentiellement sur les ratios en personnel

³ *Ibidem*

qui diffèrent en particulier en raison de la surveillance nécessaire à l'état des patients et de l'orientation médico-sociale moins axée sur les soins avec, par exemple, une absence de temps infirmier 24h/24, un recrutement plus important en Agent de Service Hospitalier (ASH). Cette réorganisation conduit à s'interroger sur ses répercussions financières tant pour l'établissement que pour les résidents qui supportent, entre autres, dans leur reste à charge, une partie du coût des ASH. L'ensemble de ces inquiétudes conduit à réfléchir à la question des conséquences du basculement de lits sanitaires spécifiques dans le secteur médico-social à la fois pour l'établissement et les résidents. Dans cette optique, l'observation courant 2009 des préparatifs à la mise en œuvre de la réforme au sein de l'USLD du CHS d'Ille-et-Vilaine à l'échéance du 1^{er} janvier 2010, m'a permis d'apporter des débuts de réponses à ces inquiétudes tout en m'interrogeant sur la prise en charge plus globale des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

Afin d'appréhender cette thématique de la réforme des USLD, une première étape a consisté en une lecture des textes législatifs, réglementaires et d'un ensemble de documents permettant d'appréhender les objectifs, les outils et les résultats de la partition des lits entre les secteurs sanitaire et médico-social. Divers entretiens⁴ effectués auprès de représentants d'usagers, de professionnels de santé, du Conseil Général (CG), de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne (ARH) m'ont permis de recueillir les opinions divergentes que suscitent cette réforme. Les éléments ainsi recueillis ont été complétés par les informations obtenues lors des réunions entre l'établissement, le CG et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des visites des trois sites de l'USLD organisées dans le cadre du conventionnement. Toutefois, faute de réponse aux courriels envoyés à d'autres établissements psychiatriques disposant d'USLD, je n'ai pu réaliser une comparaison avec les difficultés éventuellement rencontrées dans d'autres structures.

Avant d'examiner les interrogations suscitées par cette évolution au sein de l'USLD du CHS (II), il est, au préalable, indispensable de présenter cette réforme complexe de par sa structure et ses outils (I). Au-delà de ce questionnement, il apparaît inéluctable que s'intéresser au basculement de lits d'USLD adossés à un établissement spécialisé dans le secteur médico-social est le point de départ d'une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques (III).

⁴ Cf. annexe 1 concernant la liste des personnes rencontrées et annexe 2 relatif au guide d'entretien.

1 La réforme des USLD : une réforme complexe de par sa structure et ses outils

Avant de présenter les critiques et les impacts sur l'offre de soins sanitaire et médico-sociale de la réforme, une présentation préalable de l'ossature de la réforme (structures concernées, objectifs, outils, calendrier) s'impose.

1.1 Une réforme à la structure complexe

Tout d'abord, il convient de préciser que cette réforme vise deux types de structures (USLD et EHPAD). Loin d'être isolée, elle s'inscrit dans un contexte général de planification du secteur relatif aux personnes âgées. D'autre part, il s'agit d'une réforme ancienne visant deux objectifs principaux et impliquant une multitude d'acteurs.

1.1.1 Les structures visées par la réforme : les USLD et les EHPAD

Précédemment dénommés « long séjour », les services de soins de longue durée ont été définis par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière⁵. Structures sanitaires comportant un hébergement et intégrées à des établissements de santé publics ou privés, ils dispensent des soins de longue durée à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. En pratique, ces services devaient accueillir majoritairement des patients atteints de maladies chroniques (états végétatifs chroniques, maladies dégénératives du système nerveux central à un stade évolutif) nécessitant des soins lourds en termes de prise en charge médicale et présentant une dépendance importante pour les actes de la vie quotidienne.

Plus précisément, selon le Professeur Jean-Louis Albarède (Université de Toulouse)⁶, ces services sont une tentative de réponse à un cumul de différents critères tels que l'expansion démographique des plus de 75 ans, la polypathologie fréquente chez les personnes âgées, les possibilités thérapeutiques limitées pour certaines maladies chroniques invalidantes (maladies ostéoarticulaires dégénératives, démences,...), la dépendance pour la réalisation des actes de la vie courante, les difficultés du maintien à domicile, en foyer-logement ou en maison de retraite dans ce contexte..

⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991, 10255

⁶ ALBAREDE J-L. Cours du 24 novembre 2000 pour la Capacité de Gériatrie. [visité le 07.09.2009], disponible sur Internet : <http://geriatrie-albi.com/coursSLD2000.html>

Après un changement de dénomination (passage de la notion de service à celle d'unité), les soins de longue durée ont vu leur définition précisée. La 1^{ère} étape de cette redéfinition a eu lieu en 2005. La loi n°2005-102 du 11 février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁷ organisait dans son article 59-1, le transfert des USLD dans le champ médico-social avec une gestion de l'enveloppe budgétaire dévolue à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (établissement public créé par la loi du 30 juin 2004 et chargé, entre autres, depuis le 1^{er} janvier 2006 de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes). Mais compte tenu de la population accueillie dans ces structures et de leur polypathologie à laquelle s'ajoute la dépendance, la transformation de l'ensemble des capacités d'USLD en structures médico-sociales s'est avérée inadaptée aux besoins. Le législateur a donc décidé, par le biais de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, de faire un compromis en conservant des lits d'USLD dans le secteur sanitaire mais en subordonnant cette disposition à la redéfinition et au redimensionnement des unités.

Ainsi, l'article 1^{er} de l'arrêté du 12 mai 2006⁸ relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée pose la nouvelle définition de celles-ci : « sont considérées comme unités de soins de longue durée (USLD) les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long court, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. »

Ce nouveau cadrage affirme donc le caractère sanitaire des USLD et ne pose pas de conditions d'âge pour l'admission dans ce type de structure. Parallèlement, le critère de perte d'autonomie n'est pas en soi déterminant puisque cette nouvelle définition est axée sur le champ médical avec la prise en compte de la lourdeur des soins nécessaires au résident tout en précisant la nécessité de faire coexister les projets de soins et les projets de vie. En complément, la circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007⁹ précise que l'admission dans une USLD s'effectue soit à l'issue d'un séjour

⁷ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel, n°36 du 12 février 2005, 2353

⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée. Journal officiel, n°121 du 25 mai 2006, 7778

⁹ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée. Bulletin officiel, n°2007-6, annonce n°121

dans un établissement de santé, un EHPAD soit suite à un impossible maintien à domicile.

L'institutionnalisation de personnes âgées dépendantes dans le secteur médico-social s'effectue au sein des EHPAD. Sous cette nouvelle appellation issue de la réforme de leur mode de tarification de 1999¹⁰, sont regroupées l'ensemble des « maisons de retraite » quelque soit leur statut juridique (publique, associatif ou privé à but lucratif) qui ont conclu une convention tripartite (avec pour signataires : l'établissement, le CG, l'ARH ou le préfet). Ces structures collectives accueillent des personnes âgées (à partir de 60 ans) ayant généralement perdu de leur autonomie pour réaliser des actes de la vie quotidienne et qui ne peuvent plus ou ne souhaitent pas rester à domicile. Contrairement aux USLD, ces établissements n'ont pas l'équipement médical nécessaire à la prise en charge de pathologies nécessitant des soins techniques importants et lourds. En effet, même si la gravité des pathologies constatées semble être plus accrue en particulier en raison d'une hausse de la moyenne d'âge à l'entrée en institution, les EHPAD ont vocation à accueillir des personnes moins dépendantes et moins malades que les longs séjours. Ainsi, la population accueillie dans les USLD redéfinies doit répondre à des critères médicaux stricts. Toutefois, la réforme prévoit une implication des professionnels en dehors du champ des soins avec la mise en place de projets de vie qui traduisent les aspirations et les choix du résident pour son avenir.

1.1.2 Une réforme inscrite dans un large mouvement de planification

En effet, c'est le plan « vieillissement et solidarités » 2004/2007¹¹ qui prévoit l'amélioration de tous les modes de prise en charge des personnes âgées, avec notamment, la création de 10 000 places en établissement, l'ouverture de 30 000 places pour faciliter le maintien à domicile, un renforcement de la médicalisation des maison de retraite grâce à un meilleur encadrement (création de 15 000 postes d'infirmiers et d'aides-soignants).

Cette volonté politique se poursuit avec l'élaboration du Plan Solidarité Grand Age¹² (PSGA) en 2006, plan qui donne l'impulsion à la mise en œuvre de nouvelles réformes. L'objectif est alors d'adapter l'organisation de l'ensemble de la filière gériatrique afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes dont le nombre va

¹⁰ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, 6223

¹¹ MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Plan « vieillissement et solidarités » 2004 - 2007. [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html>

¹² MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan solidarités grand âge juin 2006 [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

croître inexorablement en raison de l'augmentation de la longévité de la population. L'une des mesures prévues dans le PSGA est donc d'adapter le milieu sanitaire à la prise en charge des personnes âgées. Pour cela, chaque territoire doit pouvoir offrir l'ensemble des unités nécessaires à une prise en charge sanitaire qu'il s'agisse de courts séjours, de soins de suite et de réadaptation, d'équipes mobiles de gériatrie, de pôles d'évaluation gériatrique ou d'un nombre de lits de soins de longue durée adapté aux besoins. La réforme des USLD s'inscrit donc dans le cadre plus large de la réorganisation de l'ensemble des structures intervenant auprès de la population âgée. La circulaire du 10 mai 2007¹³ a, dans ce domaine, fixé comme objectif aux régions la révision du volet personnes âgées de leur Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Celui-ci doit intégrer les implantations et les objectifs quantifiés en journée des USLD après avoir au préalable effectué une évaluation régionale et territoriale des besoins tout en tenant compte du contexte régional (résultats des coupes PATHOS de 2006, évolution démographique, données qualitatives et quantitatives utiles aux différents types de prise en charge, Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ou PRIAC, filières gériatriques existantes ou en projet...).

Par ailleurs, la répartition des capacités issue des coupes transversales effectuées à l'aide de l'outil PATHOS doit aussi tenir compte des outils de planification élaborés au sein de chaque région. Ainsi, elle doit non seulement tenir compte du SROS mais aussi du PRIAC. Ce dernier, instauré par la loi Handicap du 11 février 2005¹⁴ comporte les objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation médico-sociale. Ainsi, les nouvelles capacités obtenues à la suite de la réforme dans les domaines sanitaire et médico-social devront être intégrées dans ces deux outils de planification afin d'avoir une visibilité actualisée sur l'offre de soins et de structures.

La réforme des USLD est loin d'être la dernière touche apportée à l'organisation de l'offre de soins ainsi les USLD et les EHPAD font l'objet de mesures spécifiques. Ces dernières ont été, entre autres, posées dans le cadre de la mesure 16 du Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012¹⁵. Ce plan prévoit des actions spécifiques dans les EHPAD avec la généralisation d'unités spécifiques. D'une part, des pôles d'activités et de soins adaptés ou PASA proposeront un accueil de jour donc sans hébergement dans les EHPAD, d'autre part, des unités d'hébergement renforcées ou UHR pourront être mises en place non seulement dans les EHPAD mais aussi dans les USLD.

¹³ DHOS. Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 précitée

¹⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 précitée

L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans l'objectif de disposer au sein d'une filière gériatrique d'une offre de soins suffisante. En effet, cette filière a pour mission d'offrir une palette complète de prise en charge en matière de gériatrie, prise en charge allant du court au long séjour en passant par les soins de suite et de réadaptation.

Si dans le cadre de cette restructuration, le législateur impose des objectifs et des outils de partition, il souhaite permettre aux établissements « de préserver leur autonomie de gestion et de leur permettre de mener les réorganisations nécessaires dans les meilleures conditions pour les patients et les résidents. »¹⁶. Ainsi, initialement, la répartition des capacités d'accueil des USLD ainsi que des crédits de l'assurance maladie devait être réalisée conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de département avant le 1^{er} janvier 2007. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹⁷, dans son article 84 ne modifie pas le contenu des procédures administratives mais uniquement les délais. En repoussant l'échéance du 1^{er} janvier 2007 au 30 juin 2009, le texte permet en sus aux organes délibérants gestionnaires des établissements de choisir le rythme de mise en place de la réforme avec un échelonnement possible sur 2008, 2009 et 2010. Les établissements ont le choix de l'exercice qu'ils retiennent, avant de 31 mars de l'année retenue, par délibération en conseil d'administration, délibération à adresser à l'ARH. L'article 84 prévoit désormais que les partitions et les transformations seront arrêtées conjointement par les ARH et des préfets de département au plus tard le 30 juin 2009 pour une entrée en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant leur publication.

1.1.3 La réforme des USLD, une idée ancienne

L'idée d'une réforme des USLD n'est pas une idée nouvelle. En effet, dès 1997, la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance¹⁸ annonce leur redéfinition. C'est la circulaire MARTHE/DAS/DHEO4-AF2/n°99-345 du 15 juin 1999¹⁹ relative à la mise en œuvre de la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées

¹⁵ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/engagement.html>

¹⁶ FAGNIEZ P-L. Rapport Assemblée Nationale, « Recettes et équilibre général », Article 42 : Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée, tome 1, n°3384, 277 p

¹⁷ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, Journal officiel, n° 296 du 22 décembre 2006, 19315

¹⁸ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, Journal officiel, n° 21 du 25 janvier 1997, 1280

¹⁹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire MARTHE/DAS/DHEO4-AF2/n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des USLD et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé. Bulletin officiel, n°1999-27, pp. 93 à 114.

dépendantes gérés par des établissements de santé qui précise les modalités de cette réforme. Ainsi, si l'aspect allocation de ressources est dévolu aux ARH, c'est aux établissements qu'il appartient de solliciter l'autorisation de création de lits d'USLD. Le nombre de lits doit être établi en fonction des besoins existants et des besoins à satisfaire. A défaut d'autorisation dans les délais impartis, il est prévu que les établissements ou services soient transformés en établissement ou service assurant l'hébergement des personnes âgées.

Initialement prévue avec une échéance au plus tard au 31 décembre 1998, cette réforme n'a pas été mise en œuvre et c'est uniquement en 2005 que l'article 59 de la loi du 11 février 2005²⁰ remet à l'ordre du jour l'avenir des USLD. Cet article prévoit alors de confier à la CNSA la gestion de l'enveloppe budgétaire allouée aux USLD ce qui implique un transfert du champ sanitaire vers le champ médico-social de l'intégralité des lits de longue durée. Face aux contestations, le législateur réintègre les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) en subordonnant cette réintégration à une redéfinition des USLD synonyme de répartition des capacités et des crédits existants entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Il convient ici de préciser que seules les USLD ayant un statut sanitaire au 19 décembre 2005 entrent dans le champ de cette réforme.

1.1.4 Planification de l'offre de soins et équité financière : deux objectifs majeurs de la réforme

Cette réforme poursuit deux objectifs propres à ces unités, objectifs présentés au Sénat lors des débats de la séance du 13 novembre 2008 par la ministre de la santé, Roselyne Bachelot-Narquin.

Le 1^{er} enjeu de cette réforme porte sur la planification de l'offre de soins. Ainsi, la réforme a pour finalité de recentrer les USLD sur leur vocation sanitaire première afin de mettre en place sur le territoire une filière sanitaire cohérente assurant une couverture de qualité des besoins sanitaires des personnes âgées. Ces unités doivent accueillir des patients dont l'état de santé nécessite des soins médico-techniques importants ou lourds. Cette volonté de recentrage fait suite à une enquête réalisée en 2006 par les services médicaux de l'assurance maladie et dont il ressort que plus de la moitié des personnes accueillies ne remplissent pas les conditions précitées et relèvent du secteur médico-social. Le lancement de cette évaluation de 2006 avait pour objectif affiché d'avoir une meilleure

²⁰ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 précitée

connaissance des profils et des besoins des personnes accueillies dans les USLD afin de leur offrir une prise en charge adaptée. Ce bilan devait ainsi permettre à chaque unité hospitalière de s'organiser en fonction des besoins réels constatés car une seule structure ne peut offrir un accompagnement complet de la dépendance. Ce recentrage vers le sanitaire implique un ajustement du nombre de lits au regard des besoins constatés et devrait donc permettre une augmentation du ratio d'encadrement en vue d'une amélioration de la prise en charge. Parallèlement, les capacités ne sont pas figées par cette réforme. Ainsi, par exemple, le volet « personnes âgées » du SROS breton prévoit qu'à la suite de la période de partition, de nouvelles ouvertures de lits d'USLD seront possibles dans la limite d'un taux régional d'équipement de 10 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Cette éventuelle ouverture se fera sur la base d'une analyse des besoins dans ce secteur compte tenu des évolutions démographiques et des besoins non couverts constatés.

Le 2nd enjeu de la réforme se situe du point de vue financier. En effet, auparavant, les USLD et les EHPAD fonctionnaient au moyen d'une dotation globale évoluant chaque année selon un taux de reconduction fixé par les autorités de tarification. Cette situation a entraîné l'apparition de situations très disparates entre les établissements. La réforme de la tarification intervenue en 1999²¹, applicable à l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées quelque soit leur secteur médico-social ou sanitaire, a mis en place une tarification ternaire en fonction d'une équation tarifaire tenant compte du niveau de la charge des soins (enveloppe relevant de l'assurance maladie) et de celui de la charge liée à la dépendance des personnes accueillies (enveloppe relevant des CG), la troisième section correspondant à la participation du résident à son hébergement et à un talon dépendance. Le basculement de lits dans le secteur médico-social a pour objectif de rétablir une équité d'une part, entre les personnes qui, nécessitant les mêmes soins, se voyaient appliquer des tarifs parfois très disparates et d'autre part, entre les établissements grâce à des indicateurs permettant la convergence intrasectorielle entre les structures appartenant au même secteur public ou privé.

1.1.5 Une concertation nécessaire entre une multitude d'acteurs

La mise en œuvre de ces objectifs fait donc intervenir une multitude d'acteurs d'horizons différents entre lesquels une concertation s'est avérée nécessaire pour mener à bien la réalisation de la réforme.

²¹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 précité

Les services de l'état (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et DDASS) interviennent en tant que planificateur de l'offre de soins aux niveaux régional et départemental mais aussi en tant que responsables des allocations de ressources (en représentant les ARH pour le volet sanitaire et l'assurance maladie pour le volet médico-social), L'Assurance Maladie est également présente dans le cadre de la réforme par le biais des échelons régionaux des services médicaux qui ont pour mission la validation des données médicales donnant lieu à la partition. Les CG, financeurs de la dépendance (hors ticket modérateur) par le biais de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) sont bien entendu partie prenante aux négociations menées dans le cadre de l'élaboration des conventions tripartites. Du point de vue de la planification, sont également informées des résultats des coupes les instances consultatives composées d'élus, de professionnels, de représentants des usagers ... : Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire (CROS), Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), Conférences Sanitaires de Territoire (CST). Les professionnels de santé sont, quant à eux, associés par le biais des fédérations d'établissements, la participation des gériatres et correspondants des réseaux de gériatrie sans oublier les directions et le personnel des établissements de santé éligibles à cette partition. Ces derniers sont ceux disposant de lits d'USLD ayant un statut juridique sanitaire au moment de la promulgation de la loi de finances 2006 (soit le 19 décembre 2005).

1.2 Le modèle PATHOS : outil majeur de la réforme

L'outil PATHOS est un système d'information complexe duquel le législateur a extrait des indicateurs permettant d'effectuer des coupes transversales en vue de réaliser la partition des lits prévue par la réforme.

1.2.1 L'outil PATHOS : un système d'information à structure complexe

Système d'information permettant d'évaluer les niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies des personnes âgées qu'elles soient à domicile ou en établissement, le modèle PATHOS est un outil élaboré par le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en partenariat avec le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC). Ce modèle permet de décrire la polypathologie des personnes âgées et plus particulièrement d'évaluer à un instant donné le niveau de soins médico-techniques nécessaire pour assurer la prise en charge de l'ensemble des patients de la structure.

Cet outil a une double vocation. D'une part, en interne, il constitue pour les établissements un support de gestion des ressources humaines permettant d'orienter le

recrutement des professionnels au plus près des besoins réels des patients accueillis mais aussi un support pour la mise en place d'un projet de soins personnalisé lorsqu'il est associé à d'autres informations personnelles au patient (histoire, autonomie, contexte psychologique, environnement social). D'autre part, il a pour finalité de servir, pour les pouvoirs publics, de support de comparaison entre les services, structures ou populations afin de permettre d'effectuer une nouvelle répartition des capacités entre secteurs sanitaire et médico-social. C'est également un outil d'évaluation financière qui permet de déterminer les moyens financiers à allouer et un outil d'aide à la planification permettant de connaître les besoins de prise en charge d'une population donnée.

PATHOS²² est donc un système d'information complexe qui prend la forme d'un thésaurus décrivant la majorité des situations pathologiques rencontrées (environ 98%). Élaboré à la suite d'études menées au sein des services et établissements, il consiste en une liste de 50 états pathologiques²³. En pratique, il s'agit de recenser à un instant t (jour de l'évaluation) l'ensemble des états pathologiques dont souffre le patient évalué. Ces 50 états pathologiques sont ensuite rapprochés de 12 profils de soins²⁴ établis par un groupe d'experts composé de gériatres, psychiatres et rééducateurs. Ces profils tiennent compte des soins nécessaires au patient et vont du soin lourd (ex : T1 = pronostic vital en jeu au quotidien) à la simple surveillance médicale (ex : S1 = préventions surveillance, simple dispensation médicamenteuse). En raison du nombre de combinaisons possibles, le groupe de travail a écarté les combinaisons non plausibles en retenant uniquement les profils pertinents pour chaque état pathologique. Ainsi, 240 combinaisons couvrent 100% des cas pouvant être rencontrés. Un algorithme mesure (sur une échelle de 0 à 100 points), pour chacune des combinaisons, les niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de soins suivants : gériatre, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie. Au final, cela permet d'aboutir à une classification des patients en fonction des soins nécessaires à une prise en charge adaptée.

La structure de PATHOS est complexe et son utilisation nécessite une formation adéquate afin d'éviter les erreurs de cotation des pathologies. Ainsi, une harmonisation du codage Pathos a été réalisée en avril et en septembre 2009²⁵ et adressée aux médecins

²² CNAMTS et SNGC. Le modèle « PATHOS » guide d'utilisation. [décembre 2005 mise à jour janvier 2007], disponible sur Internet : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Guide_PATHOS_2007.pdf

²³ Un état pathologique regroupe des symptômes et/ou des diagnostics et /ou des syndromes L'un des états pathologiques prévu dans le système est consacré aux 2% restant indéterminés, un autre étant relatif à l'absence d'état pathologique.

²⁴ La liste plus précise des profils de soins est disponible en annexe 3.

²⁵ CNAMTS. Harmonisation du codage Pathos. [mise à jour septembre 2009], disponible sur Internet : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Harmonisation_Codage_PATHOS_sept_2009.pdf

réalisant les coupes Pathos au sein des établissements ainsi qu'aux médecins-conseils chargés de la validation des résultats afin de préciser l'esprit de cet outil.

1.2.2 PATHOS moyen pondéré, SMTI et M2 : indicateurs majeurs dans la réalisation de la partition

Notions utilisées dans des études depuis 1999, le PATHOS moyen pondéré (PMP) et les Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI) ajoutés au profil M2 sont des indicateurs ayant une place prépondérante dans la mise en œuvre de la réforme.

a) Le PATHOS moyen pondéré ou PMP

Il s'agit d'un indicateur global de la charge en soins médico-techniques nécessaires à la prise en charge des polyopathologies dans une population donnée mais le PMP, à lui seul, ne permet pas d'évaluer la nature qualitative réelle des besoins.

Ainsi, il est nécessaire de l'associer à l'utilisation de la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources ou grille AGGIR afin d'évaluer le niveau de l'ensemble des moyens nécessaires à une prise en charge optimale des personnes âgées par les différents acteurs de santé. Considérée comme une grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance²⁶, la grille AGGIR permet d'effectuer une classification en Groupes Iso-Ressources (GIR), numérotés de 1 à 6²⁷, des individus en fonction de leur autonomie dans les activités importantes de la vie quotidienne. Le GIR 6 regroupe les personnes les moins dépendantes, celles qui peuvent réaliser seules les actes importants de la vie courante. A l'inverse, les personnes relevant du GIR 1 sont des personnes en fin de vie ou des personnes alitées dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Cette classification des individus s'effectue sur la base de dix variables²⁸ relatives à la perte d'autonomie physique et psychique pour chacune desquelles doit être indiqué le degré de réalisation : seul, totalement, habituellement, correctement (réponse A) ; partiellement, non habituellement, non correctement (réponse B) ; pas du tout (réponse C). L'ensemble des réponses aboutit au calcul d'un score qui permet de classer l'individu dans un groupe ou un autre. Ainsi, chaque résident est classé dans le GIR qui correspond à son niveau de

²⁶ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 précitée

²⁷ Les caractéristiques de chacun des 6 GIR sont précisées dans l'annexe 6.

²⁸ En pratique, la grille AGGIR prend en compte dix variables discriminantes : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination urinaire et anale, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur et communication à distance. Elle prend aussi en compte les variables illustratives de la dépendance domestique et sociale : gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi de traitement, activités de temps libre.

dépendance. L'ensemble des points GIR des personnes hébergées constitue le GIR moyen pondéré ou GMP, indicateur qui permet de connaître le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement.

L'utilisation conjointe de ces deux indicateurs permet d'obtenir une évaluation plus fine du niveau de moyen requis pour une prise en charge optimale. Toutefois, le PMP reste un indicateur approximatif calculé à un instant t et une aggravation de l'état de santé des résidents peut modifier de façon importante le PMP d'un établissement.

b) Les Soins Médicaux et Techniques Importants ou SMTI et les M2

Parmi l'ensemble des items contenus dans le logiciel PATHOS, seuls deux ont été retenus pour effectuer la partition entre les lits relevant du sanitaire ou du médico-social.

D'une part, le profil des Soins Médico-Techniques Importants qui regroupe les patients dits SMTI. Ces derniers sont ceux dont l'état de santé impose une présence infirmière 24h/24 et une surveillance médicale rapprochée pluri hebdomadaire. Il s'agit, par exemple, des patients dont le pronostic vital est engagé, qui nécessitent une rééducation lourde, des patients mourants lucides, des patients psychiatriques en crise. A contrario, les patients mourants non lucides, les déments déambulant, les soins légers... sont qualifiés de non SMTI. Les patients classifiés SMTI doivent être nécessairement pris en charge dans une structure qui, quelque soit sa nature, doit disposer des moyens en ressources humaines et en matériel suffisant pour assumer correctement et en toute sécurité le suivi de pathologies lourdes, évolutives instables ou non.

D'autre part, les M2 qui à côté des SMTI, constitue une autre catégorie prise en compte pour la partition des capacités. Ce profil M2 est relatif aux patients en fin de vie non lucides qui nécessitent des soins de base et des soins palliatifs dits de confort.

1.2.3 Une application concrète de PATHOS : les coupes transversales²⁹

Référentiel de base, le logiciel PATHOS a permis de réaliser en juin 2006 une évaluation de l'ensemble des USLD. Cette enquête réalisée au sein de chaque structure et dont les résultats ont été validés par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), sert de référence à la partition des lits existants (et donc des budgets) entre les secteurs sanitaire et médico-social. Le référentiel utilisé, défini par l'arrêté du 12 mai 2006³⁰, comporte en dehors des données médicales issues de PATHOS, des données portant sur

²⁹ Cf. annexe 5 pour les résultats nationaux de la coupe PATHOS de juin 2006.

³⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 12 mai 2006 précité

l'organisation même de l'USLD considérée. L'ensemble des informations recueillies sont réparties dans 4 rubriques distinctes :

- données d'identification des unités de soins existantes (personne morale gestionnaire, capacités d'accueil, nombre de résidents de moins de 60 ans, GIR moyen pondéré,...) ;
- pré-requis concernant la continuité des soins et la surveillance (présence médicale, présence infirmière,...) ;
- indicateurs de profils des soins requis issus du logiciel Pathos ;
- indicateur de fréquence des épisodes de décompensation des patients.

L'ensemble de ces éléments constitue un faisceau d'indices destiné à permettre la réalisation d'une partition en adéquation avec la réalité du terrain. Le noyau central de ces données utilisé pour la répartition entre les secteurs sanitaire et médico-social, est constitué par le nombre de patients SMTI et M2 issu du logiciel PATHOS.

Dans un principe d'égalité entre les établissements, aucune coupe postérieure à 2006 n'a été prise en compte. Si aucune coupe n'a été effectuée dans un établissement en 2006, une circulaire du 17 novembre 2008³¹ prévoit que la moyenne du nombre de patients SMTI + M2 de la région lui sera affecté. En effet, le socle sanitaire de la région considérée correspondra au total des lits occupés par des patients à profil SMTI+M2. Ce total intégrera également les capacités des établissements devenus médico-sociaux depuis 2006. Les capacités prises en considération sont celles réellement autorisées et financées. Une majoration des capacités reste possible afin de lisser les effets de seuil, les inégalités régionales et favoriser les recompositions.

1.3 La réforme des USLD, une réforme contestée

La réforme des USLD fait l'objet de nombreuses critiques portées non seulement par les professionnels de santé mais aussi par les représentants des usagers. Toutefois, ces critiques portent essentiellement non pas sur le principe mais sur les modalités et les outils de la réforme.

1.3.1 Un principe acté mais des modalités contestées

³¹ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008-340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée, Bulletin officiel, n° 2008/12 du 15 janvier 2009, 108.

Si le principe d'une réforme bien menée n'est pas contestée, plusieurs gériatres ont fondé, dès avril 2006, une association loi 1901 « SOSLD » (SOS Longue Durée) afin de faire part de leur opposition à la disparition des USLD. Disparition dont ils estiment qu'elle serait préjudiciable « à l'accompagnement et à la prise en charge croissante des personnes âgées malades, fragiles et dépendantes. »³² Parmi ces hospitalo-requérants, certains présentent des besoins spécifiques en terme de prise en charge tel est le cas, par exemple, des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

De même, les représentants des usagers et de leurs familles rencontrés ne contestent pas le bien-fondé de cette réforme estimant que certains patients accueillis dans les USLD pourraient être pris en charge dans le cadre d'institutions plus adaptées à leur état de santé et que l'accueil dans le secteur sanitaire constitue un hébergement par défaut. Parallèlement, les élus du CG d'Ille-et-Vilaine se sont mobilisés pour faire valoir leur opposition à cette réforme et demander un moratoire. Ils souhaitaient, en effet, qu'une étude soit effectuée sur l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées et qu'une véritable concertation soit organisée avec les départements impliqués dans le cadre du financement des EHPAD.

Cette réforme suscite donc des inquiétudes relatives à la fois au maintien de la qualité de la prise en charge des résidents et aux répercussions financières qu'elle engendre.

Toutefois, la Fédération Hospitalière de France (FHF) voyait en mai 2006³³, un point positif à cette réforme : la redéfinition permettra des créations ou des extensions des unités de soins de longue durée existantes alors que la tendance était plutôt à la stagnation depuis 1997 et la loi instituant la prestation spécifique dépendance.

1.3.2 Le modèle PATHOS : une structure et des résultats largement critiqués

Ces critiques portent d'une part sur la structure même de l'outil PATHOS et d'autre part sur les résultats qu'il génère.

a) Contestations de l'outil même

Dés à présent, il est important de préciser que le contenu même de l'outil PATHOS ne fait pas l'unanimité. Ainsi, certains professionnels de santé, se sont exprimés sur le sujet en

³² SOS LONGUE DUREE. SOS Longue durée, Association loi 1901, pourquoi ?. [mise à jour novembre 2009], disponible sur Internet : <http://geriatrie-albi.com/SOSLD.html>

³³ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Le devenir de votre unité de soins de longue durée et l'interprétation de votre coupe Pathos : « La check-list de votre check-up ». [mise à jour le 24 mai 2006], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/content/download/11815/53695/version/1/file/checklistcheckup.doc>

particulier lors d'un colloque le 19 janvier 2009³⁴ à Rennes. Ils ont à cette occasion reprocher à l'outil PATHOS de faire une place importante aux actes techniques avec le risque d'engendrer des actes inutiles destinés à justifier le nombre de patients SMTI mais aussi de ne pas tenir compte du patient lui-même en occultant à la fois son projet d'accompagnement et de soins palliatifs et son mieux-être.

A ces critiques, s'ajoutent celles lui reprochant de ne pas couvrir l'ensemble des pathologies présentées par les résidents tels que les pathologies chroniques stabilisées avec recours régulier au médecin et à l'infirmière, les besoins particuliers des patients présentant des maladies neurologiques dégénératives, les moins de 60 ans pourtant présents dans les USLD, les pathologies psychiatriques quelle que soit leur cause. Pour illustrer ce dernier point, il a été soulevé que généralement les modes d'évaluation utilisés sont inadaptés dans le domaine de la psychiatrie car les outils se rapportent majoritairement aux difficultés physiques des patients et non à leurs difficultés psychiques.

Des inconvénients vis-à-vis des professionnels et du patient sont également avancés à l'encontre de ce modèle. Ainsi, ses détracteurs lui reprochent non seulement d'être chronophage pour les médecins déjà peu nombreux mais aussi de pénaliser les petits services éloignés des plateaux techniques par rapport aux structures situées au sein des grands centres hospitaliers et de conduire à des résultats variables selon l'instant choisi pour réaliser l'étude. Sur le volet patient, il lui est reproché d'avoir des répercussions négatives sur les patients en favorisant des aller/retour entre USLD et EHPAD très déstabilisants et des sorties d'EHPAD sans retour possible après une hospitalisation. Les intervenants du colloque de Rennes estiment que cette réforme aboutie non seulement à un éloignement des personnes âgées de leur lieu de vie d'origine mais aussi à l'exclusion de certains patients que les établissements se renvoient. Les sorties difficiles de service de soins de suite ou de médecine, avec des retours à domicile dans des conditions conduisant à une mise en danger de la personne âgée et de sa famille, ainsi que le passage obligé des plus valides pris en charge en USLD, vers les EPHAD, avec risque de décompensation de pathologies jusque là stabilisées sont aussi avancés en tant qu'aspects négatifs de la réforme.

b) Des résultats également contestés

³⁴ CONSEIL GENERAL DU DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, *Colloque Unités de Soins de Longue Durée*, 27 janvier 2009, Rennes, Rennes : Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, mars 2009, 20p.

L'étude PATHOS menée sur un échantillon d'EHPA en 2001³⁵ par la CNAMTS montre que les états de santé des résidents des USLD et de ceux des EHPAD ne sont pas si éloignés les uns des autres en matière de prise en charge. Ainsi, selon les résultats de cette étude, « la moitié des services (de soins de longue durée) abrite une population comparable à celle des maisons de retraite « standards » en terme de besoin global en soins de santé ».

Certains professionnels dont Michel Cavey³⁶ ne mettent pas en doute ce constat mais estiment qu'il peut s'expliquer par de multiples causes telles que la faiblesse de l'offre de lits d'hébergement (personnes institutionnalisées où des places sont disponibles et non en fonction de leur état de santé), la difficulté de transférer un patient de long séjour dont l'état de santé s'améliore vers une autre structure, le ratio en personnel insuffisant dans les longs séjours qui conduit à admettre des malades inadéquats pour alléger la charge de travail des soignants.

Toutefois, beaucoup de professionnels et de familles estiment regrettable que la méthode utilisée ne permette pas d'effectuer une réforme conforme à la réalité des besoins. En effet, la coupe PATHOS n'a été réalisée qu'au sein des seules USLD et non au sein de l'ensemble des EHPAD. Ainsi, les résultats peuvent être interprétés de plusieurs façons : soit les USLD prennent en charge des patients pouvant être accueillis en EHPAD soit ce sont les EHPAD qui accueillent des personnes âgées dont l'état de santé nécessiterait une prise en charge sanitaire. Cette position se retrouve parmi les représentants du Conseil général d'Ille-et-Vilaine qui en sus regrette l'absence de concertation réelle avec les départements.

Dans le cadre des entretiens effectués, les représentants des usagers ont regretté le manque de communication des tutelles sur les résultats de la coupe PATHOS. En effet, ces derniers suscitent des interrogations au sein mêmes des instances telles que les CROSMS et CROS avec l'impression d'une interprétation dans le sens souhaité et d'une impossible vérification des données en l'absence d'explications sur la méthode utilisée pour l'application de l'outil PATHOS.

Les directeurs d'établissements, eux aussi, contestent les coupes PATHOS en raison de l'instabilité de l'état de santé des personnes accueillies et estiment que la coupe réalisée à un instant t ne reflète pas systématiquement la réalité de la situation dans l'établissement.

³⁵ CNAMTS / DSM. Étude PATHOS sur l'échantillon « ERNEST » 2001. Février 2003, Disponible sur Internet : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/collections-anterieures-a-2005/etudes-medico-economiques/invalidite-dependance/etude-pathos.php>

Malgré ces critiques, les résultats de la coupe effectuée grâce à l'outil PATHOS ont été utilisés afin de réorganiser le paysage français en termes d'offre de soins en USLD et en EHPAD.

1.4 Une offre de soins en USLD et en EHPAD redessinée...

Avant de s'interroger sur les conséquences de cette réforme dans le domaine de la prise en charge des résidents au sein d'un établissement d'Ille-et-Vilaine, il convient de dresser le tableau de l'offre de soins nationale, et régionale existante avant la réforme et ce à quoi celle-ci devrait aboutir.³⁷

1.4.1 Au plan national

Les principaux résultats régionaux de la coupe PATHOS effectuée en 2006 dans l'ensemble des USLD permettent à la fois de poser le contexte national existant avant la mise en œuvre de la réforme et de connaître le nombre théorique de lits redéfinis avant ajustement et lissage.

Ainsi, en 2006, les 71 480 lits d'USLD de France métropolitaine (658 en Outre-mer) étaient répartis sur 920 services (15 en Outre-mer) soit des structures comportant en moyenne 78 lits (44 en Outre-mer). Le taux d'occupation légèrement supérieur à 96% (98% en Outre-mer) connaît des variations importantes selon les régions (plus de 99% en Franche-Comté alors que le taux d'occupation est d'à peine 79 % en Basse-Normandie). Ces résultats montrent aussi que certains lits sont « réservés » à des populations ayant des pathologies spécifiques : psychiatrique avec 5 815 lits (30 en Outre-mer) et Alzheimer avec 3 941 lits (aucun en Outre-mer). La répartition de ces lits particuliers est inégale sur le territoire métropolitain avec des taux variables selon les régions. Par exemple, les lits « psychiatrie » représentent 23% de la capacité des lits en Île-de-France alors que les régions Champagne-Ardenne et Basse-Normandie n'en disposent d'aucun. Il en est de même pour les lits « Alzheimer » qui représentent 10% de la capacité des lits d'USLD du Limousin mais seulement 1% en Lorraine.

³⁶ CAVEY M., 2008, « Menaces sur la gériatrie hospitalière », *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie Réflexions et perspectives*, p45-50

³⁷ Données issues de deux documents de travail de la CNAMTS : CNAMTS - DRSM Rennes. Étude nationale USLD 2006 - Principaux résultats par région, Document de travail, juin 2007 / CNAMTS - DRSM Rennes. Étude nationale USLD 2006 - Principaux résultats en Bretagne, Document de travail, juin 2007

L'application de la réforme des USLD va considérablement modifier le paysage français en matière de long séjour. La stricte application de la coupe PATHOS conduirait à ne conserver en nombre de lits redéfinis que ceux accueillant des personnes au profil SMTI ou M2. Ainsi, seuls seraient maintenus dans le secteur sanitaire 25 270 lits redéfinis (303 en Outre-mer) soit 35 % des lits préexistants (46% en Outre-mer). Ce nombre de lits est insuffisant pour atteindre l'objectif fixé d'un taux d'équipement de 6 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus soit 28 479 lits (424 en Outre-mer). Mais le législateur a prévu une marge de manœuvre pour les régions qui se traduit par une majoration des capacités afin de lisser les effets de seuil, les inégalités régionales et favoriser les recompositions. En termes de bilan des opérations de partition, 54% des capacités avaient fait l'objet d'une partition au 1^{er} janvier 2009.³⁸

L'établissement observé dans le cadre de ce mémoire étant situé en Bretagne, il est nécessaire d'examiner l'offre de soins sur cette région.

1.4.2 La partition des lits en Bretagne

En 2006, la Bretagne comptait 5 366 lits d'USLD. La coupe PATHOS s'est appliquée sur ces 5 366 patients. Il a été constaté que 1 057 résidents (soit 20%)³⁹ relevaient d'un accueil et d'une prise en charge psychiatriques au regard de leurs pathologies (troubles du comportement, psychoses, délires, hallucinations, syndromes démentiels). 952 lits étaient spécifiquement adossés à des établissements psychiatriques (les 105 autres lits représentant les places de géronto-psychiatrie installés dans les centres hospitaliers de proximité) soit 18% de la capacité totale des USLD. Le bilan PATHOS 2006 réalisé sur ces 952 lits fait ressortir 251 profils SMTI/M2 soit environ 26% des capacités.

Dans une région où le secteur psychiatrique a une place importante avec huit établissements répartis dans les quatre départements, de fortes inquiétudes face à une diminution aussi drastique du nombre de lits d'USLD, ont émergées tant sur les aspects financiers que les aspects prises en charge. En terme de prise en charge psychiatrique, le dispositif mis en place en Bretagne est un dispositif dédié et gradué qui comportent à la fois des unités d'hospitalisation aiguës et des longs séjours en passant par des moyens-séjours géronto-psychiatriques. Les modalités de partition risquent de remettre en cause l'organisation de cette filière. En effet, la coupe PATHOS, mal adaptée aux pathologies psychiatriques, conduirait à réduire la capacité bretonne de lits d'USLD « psychiatriques »

³⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé, Bulletin officiel, n°4 du 15 mai 2009.

³⁹ On constate ici une divergence de chiffre concernant les lits d'USLD classifiés psychiatrie. En effet, les chiffres nationaux mentionnent 847 lits alors que les chiffres régionaux en mentionnent 1 057. Cette divergence est en partie due à une différence de classification des 105 places de géronto-psychiatrie.

de 952 à 251 lits. Cette nouvelle organisation obligerait les établissements psychiatriques à maintenir les patients difficiles mais non dépendants au sein de leurs unités d'hospitalisation sans justification mais faute d'autre orientation possible. C'est pour cela qu'un équilibre a été trouvé, après négociations entre les différents partenaires (ARH, DDASS, CG, Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins ou DHOS et les établissements), en portant le nombre de lits redéfinis à 339. Cette proposition s'intègre aux moyens identifiés par la DHOS pour la région à hauteur de 1 403 lits d'USLD redéfinis auxquels s'ajoute une marge de manœuvre de 242 soit 1 645 lits au total pour la Bretagne.

La situation particulière des CHS en Bretagne conduit à s'interroger sur les conséquences de la réforme sur ce type de structures en observant plus particulièrement la situation au sein du CHS d'Ille-et-Vilaine.

2 La mise en œuvre de la réforme, source de nombreux questionnements au sein de l'USLD du CHS d'Ille-et-Vilaine

Si d'un point de vue purement pratique, ces deux types d'établissements EHPAD et USLD proposent un régime de pension complète comprenant notamment : l'hébergement en chambre individuelle (ou à deux lits, parfois 3 lits dans les établissements les plus anciens), une aide à la vie quotidienne assurée par des agents de service, un service de restauration complète, l'entretien du linge personnel (éventuellement facturé à part), une surveillance médicale, des soins infirmiers et de "nursing", une présence permanente 24H/24H, une animation... Les modes organisationnels dans l'ensemble de ces domaines sont différents. Ils sont, par ailleurs, d'une importance variable selon les caractéristiques de la structure (sanitaire ou médico-sociale) et de la population accueillie. La partition des lits d'USLD a donc des répercussions dans une multitude de domaines.

2.1 Une réduction de capacité entraînant une réflexion architecturale

2.1.1 Une réduction de capacité non négligeable pour l'USLD du CHS...

Créée en 1992, l'USLD du CHS, a pris l'option de compartimenter ses 200 lits (qui représentent 18% des 1 125 lits d'hospitalisation complète de l'établissement) en 5 unités de 40 lits tout en continuant à fonctionner en entité unique. Ces unités sont installées sur trois sites géographiques distincts. A Rennes, se trouve la structure la plus ancienne (1992) regroupant deux unités soit 80 lits répartis de manière égale sur deux étages. Deux autres unités forment une résidence sur la commune de Bruz (2001). La 5^{ème} constitue le 3^{ème} site situé à Châteaugiron (1995).

La coupe PATHOS réalisée en 2006 a été effectuée sur les 200 lits tous installés et occupés au moment de la coupe. Les résultats ont été les suivants : 15 lits SMTI et 7 lits M2 soit respectivement 7,5 et 3,5 % des résidents. Les textes relatifs à la réforme prévoient un socle sanitaire minimum : une USLD redéfinie ne peut comporter un nombre de lits inférieur au total de lits SMTI et M2. Ainsi, l'application stricte de la coupe PATHOS conduisait à un minimum de 22 lits, l'ARH a donc proposé une majoration à 30 lits afin d'atteindre le seuil minimal fixé par le législateur pour disposer d'une unité redéfinie et éviter un basculement de l'ensemble des lits dans le secteur médico-social. Contestant ce chiffre, l'établissement a fait valoir différents arguments : coupe PATHOS non adaptée aux prises en charge psychiatriques, devenir des patients, architecture avec trois sites distincts... afin de proposer une partition à 80 lits de soins de longue durée redéfinis. C'est

ce seuil qui a été retenu par le Conseil d'Administration (CA) de l'établissement dans sa délibération du 6 mai 2008.

Si ce nombre de 80 lits redéfinis a, au final, été acté par les autorités, c'est également suite à l'intervention de l'ARH⁴⁰ qui a attiré l'attention de la DHOS sur la spécificité des personnes accueillies dans les USLD adossées à des établissements psychiatriques et les difficultés relatives à leur prise en charge. Cette démarche a permis à la région, comme déjà précisé, d'obtenir une marge de manœuvre supplémentaire. L'établissement a pu ainsi conserver 40 % de ses lits d'USLD. Toutefois, cette nouvelle répartition des lits entre deux secteurs de cultures différentes n'est pas sans impact sur l'organisation interne de l'établissement.

2.1.2 ...imposant de définir la localisation géographique des lits d'USLD redéfinis...

Si l'établissement a négocié en vue d'obtenir une unité redéfinie de 80 lits c'est, en dehors des questions politiques ou d'attachement à la vocation sanitaire de l'établissement, en raison de l'organisation architecturale de l'USLD existante. En effet, comme déjà indiqué, les 200 lits sont répartis sur trois sites distincts. Pour être en cohérence avec la vocation sanitaire d'une USLD et donc avec l'obligation d'accès à un plateau technique, c'est la résidence située à Rennes qui accueillera les lits redéfinis. En effet, c'est la structure la plus proche d'un plateau technique et qui présente un double avantage. D'une part, elle se situe au sein de l'enceinte du CHS et bénéficie ainsi des compétences de celui-ci en matière de soins psychiatriques et de son pôle de remplacement en cas de manque de personnel. D'autre part, elle se situe à proximité du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes (CHU) et de son plateau technique. A l'inverse, les deux autres résidences étant situées à distance plus importante de toute structure hospitalière, l'accès à un plateau technique de proximité n'était pas garanti et était systématiquement synonyme de transfert voir d'hospitalisation pour les résidents.

Par conséquent, le nombre de lits redéfinis accordé peut s'avérer crucial pour les établissements en termes de maintien d'une prise en charge de qualité tenant compte de l'organisation des locaux. Ainsi, par exemple, un Centre Hospitalier (CH) d'une région voisine disposait avant partition de 118 lits d'USLD répartis, pour des considérations architecturales, entre les étages des deux ailes d'un même bâtiment soit au total 7 unités allant de 7 à 23 lits. Une même unité pouvant difficilement accueillir à la fois des lits d'EHPAD et des lits d'USLD redéfinis, l'impact sur la prise en charge des résidents prend

toute son importance. En effet, comment mettre en place des équipes soignantes distinctes et « étanches » (équipes intervenant sur un seul secteur) au sein d'une même unité sans créer des tensions en cas de différence de charge de travail entre les deux secteurs. L'exercice d'information aux résidents paraît particulièrement ardu : comment, en effet, leur expliquer que seuls certains soignants peuvent intervenir dans leur prise en charge ?

Compte tenu de la population accueillie une autre variable s'enchevêtrant avec l'organisation architecturale des locaux doit être abordée. Il s'agit d'une question souvent abordée sur le thème de la psychiatrie : la question de la sécurité.

2.1.3 ...et de tenir en compte la notion de sécurité.

Pour le représentant de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) rencontré, la dangerosité des malades psychiques est « un fantasme ». Selon lui, les malades psychiques sont plus souvent que le reste de la population victimes d'agressions ou susceptibles d'autolyse. Il estime que les accès de violence des schizophrènes n'ont lieu que lorsque ces malades ne sont pas suffisamment aidés ou sont mal reconnus. Concernant les soucis de sécurité dans les établissements, l'unique élément à surveiller, pour lui, est la prise médicamenteuse mais dans ce domaine, il lui apparaît important de responsabiliser les malades tout en leur laissant une certaine liberté d'action.

Toutefois, à l'instar des patients désorientés, il est nécessaire de veiller à la sécurité non seulement des soignants et des autres résidents en cas de crise mais aussi à la sécurité même du résident. En effet, la sécurisation des locaux permet d'éviter les fugues dont les conséquences peuvent s'avérer désastreuses tant sur le plan physique pour les personnes désorientées que sur le plan psychique en raison de l'absence de suivi d'un éventuel traitement pendant un laps de temps plus ou moins long. Se retrouve ici une analogie avec la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer déambulantes.

En pratique, il reste difficile de concilier bien-être et sécurité des résidents et des soignants et la liberté d'aller et venir reconnue à tout à chacun. Le champ d'action de cette liberté ne se limite pas aux déplacements internes à l'établissement mais s'étend également au droit de chaque résident de mener une vie ordinaire dans un établissement

⁴⁰ AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE. Lettre à l'attention de Mme Annie

qu'il a choisi. C'est cette définition extensive qui a été retenue lors de la conférence de consensus de novembre 2004⁴¹ réunissant de nombreux professionnels de différents horizons (membres de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ou ANAES, de la FHF, psychiatres, directeurs d'établissement, cadres soignants, médecin-conseil de l'assurance maladie,...) ainsi que des élus et des représentants d'associations d'usagers. L'objectif de cette conférence était de tenter d'apporter des réponses à des questions relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et à l'obligation de soins et de sécurité. Il ressort des débats que des limitations à cette liberté fondamentale peuvent être mises en place dans les établissements mais uniquement dans des situations précises et justifiées qui sont indiquées à la fois dans le règlement intérieur et dans le contrat de soins ou le projet individualisé. Le jury de la conférence indique dans ses recommandations certaines situations : « ...la protection de la personne quand ses comportements peuvent la mettre en danger (désorientation, idées de suicide, automutilations, etc..) ; la protection des tiers quand la personne peut les mettre en danger,... ».

Ces cas de figure peuvent se rencontrer à la fois dans les EHPAD avec, par exemple, les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou pathologies associées, et dans l'USLD d'un établissement spécialisé. Ainsi, si la question de la restriction de liberté est importante dans les établissements en particulier dans ceux à vocation psychiatrique, le basculement dans le champ médico-social de lits sanitaires ne devrait pas modifier l'organisation des établissements en matière de sécurité. Toutefois, il est possible de s'interroger pour l'avenir si de futurs résidents des lits EHPAD du CHS ne présenteraient pas des pathologies nécessitant une restriction de leur liberté d'aller et venir dans et en dehors de l'établissement. En effet, même si dans la pratique la grande majorité des résidents viennent des services d'hospitalisation du CHS, rien n'empêche l'EHPAD d'accueillir des personnes âgées ne souffrant pas de troubles psychiques. Il sera alors nécessaire de prévoir et mettre en place des dispositifs permettant à ceux-ci d'exercer cette liberté.

2.2 Une recomposition géographique non sans conséquences pour les résidents et leurs familles

Face à la partition de leurs lits, les établissements disposant de plusieurs sites doivent nécessairement s'organiser tout en respectant, en principe, l'absence de transfert des résidents.

Podeur, directrice de la DHOS, 14 avril 2008

⁴¹ CONFERENCE DE CONSENSUS, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, Texte des recommandations, 24 et 25 novembre 2004, Paris, Saint Denis la Plaine : ANAES, 32 p.

2.2.1 Une remise en cause de la proximité géographique...

Les USLD constituent des lieux de vie et souvent de fin de vie. A ce titre, il est nécessaire que ces lieux soient accessibles aux familles et aux proches. Pour cela, il faut tenir compte des caractéristiques géographiques de chaque région. En effet, la région Bretagne n'a pas les mêmes infrastructures routières que la Basse-Normandie ni la même étendue géographique que la Picardie ou la région Midi-Pyrénées. En 2006, la FHF, le Comité National des Retraités et Personnes Âgées (CNRPA) et le SNGC⁴² ont donc interpellé le ministère de la santé en lui indiquant que le principe d'un temps d'accès maximal d'une demi-heure remplissait la logique de proximité. Ce principe est posé pour l'ensemble des USLD redéfinies. Il est plus difficilement réalisable lorsque ces unités sont adossées à des CHS compte tenu de leur densité territoriale beaucoup plus réduite.

Jusqu'à présent, en Ille-et-Vilaine, le choix de la structure d'accueil fait par l'utilisateur ou sa famille s'effectuait sur plusieurs critères dont celui de la proximité géographique. En effet, la volonté affichée est de maintenir un lien familial et social dans le quotidien grâce à la proximité. Dans ce cadre, la politique d'accueil au sein de l'USLD du CHS était de recueillir les souhaits du futur résident et/ou de sa famille sur le choix de la résidence. Désormais, la seule localisation possible pour les personnes relevant de l'USLD sera Rennes. Toutefois, sur ce point particulier, l'un des avantages de l'Ille-et-Vilaine comparé à d'autres départements est sa configuration. En effet, Rennes se situe approximativement au centre du département et grâce à des infrastructures et un réseau de transports en commun développés, l'USLD redéfinie reste raisonnablement accessible aux familles et aux proches des résidents.

2.2.2 ...malgré un principe d'absence de délocalisation immédiate.

Le principe adopté par le législateur est celui d'un maintien des résidents dans leurs structures actuelles afin d'éviter tout transfert qui pourrait se révéler perturbant. La mise en place de l'intégralité du dispositif sera donc acquise au fur et à mesure du renouvellement naturel des résidents tout en sachant que les durées de séjour dans ces établissements peuvent être très variables et s'échelonner sur plusieurs années. Ainsi, il est fort probable que des résidents SMTI restent hébergés dans l'USLD redéfinie aux côtés de patients SMTI durant plusieurs années.

⁴² FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Le devenir de votre unité de soins de longue durée et l'interprétation de votre coupe Pathos : « La check-list de votre check-up ». [mise à jour le 24 mai 2006], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/content/download/11815/53695/version/1/file/checklistcheckup.doc>

Ainsi, par exemple en 2007, l'USLD du CHS qui accueillait 200 résidents avec une moyenne d'âge de 79,77 ans (77,41 ans pour les deux structures basculées dans le médico-social en septembre 2009), a connu un taux de décès de 17,21 % (soit 42 décès). Ces indicateurs montrent bien que le renouvellement naturel des profils au sein des structures ne pourra s'effectuer que sur plusieurs années.

Toutefois, certains professionnels regrettent cette « non mobilité ». En effet, si un transfert peut s'avérer traumatisant et entraîner un phénomène de décompensation auquel s'ajoute un éloignement de ses proches, le maintien dans un EHPAD d'un patient relevant d'une USLD pose question en termes de prise en charge médicale suffisante. En effet, les USLD disposent à l'inverse d'un EHPAD d'une accessibilité accrue au plateau technique de l'hôpital auquel elle est adossée et d'un personnel médical permettant une prise en charge directe sans hospitalisation en cas de besoin.

En pratique et en dépit de cette volonté affichée de ne pas transférer les résidents mais de réguler la répartition entre les structures au fur et à mesure des départs, certains établissements n'ont eu d'autre choix que de réaliser des transferts de résidents afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients SMTI et M2 localisés sur le site relevant suite à la réforme du secteur médico-social.

2.3 Une nécessaire réorganisation du personnel

L'une des craintes et contestations émises à l'encontre de la réforme concerne les ratios en personnel existant dans chacune des structures. Ainsi, si au fil des années, les EHPAD ont fait l'objet d'une médicalisation accrue pour répondre aux besoins des personnes dépendantes qu'ils accueillait, les auteurs de la pétition « Vieillir Digne » et le Docteur Pradines, président de l'association SOSLD estiment qu' « aujourd'hui, les EHPAD ne disposent pas d'un encadrement médical suffisant pour se substituer à l'hôpital... Dans ces conditions, la qualité des soins ne pourra être maintenue. »⁴³

En raison même de leur vocation sanitaire donc axée sur le soin, les USLD bénéficient de moyens renforcés au regard de ceux disponibles dans le secteur médico-social en termes de prise en charge. Cette différence de moyens conduit à rencontrer des organisations en personnel différentes selon la qualification de la structure considérée. La transformation de lits d'USLD en lits d'EHPAD va donc conduire à repenser la prise en charge et aura ainsi des répercussions sur les organisations en personnel.

⁴³ SOS LONGUE DUREE. SOS Longue durée, Association loi 1901, pourquoi ? précité

Afin de percevoir les conséquences de la réforme, il est nécessaire de commencer par effectuer un état de la situation avant réforme.

2.3.1 Une organisation réfléchie pour 200 lits sanitaires...

Actuellement (avant le 01/01/2010)⁴⁴, l'organisation et la gestion de l'ensemble de l'USLD de l'établissement sont assurées par un cadre supérieur de santé, assisté par cinq cadres de santé (un par unité de 40 lits). Dans le cadre de la mise en œuvre du volet soins du projet de service, le suivi médical est assuré sans discontinuité par trois médecins hospitaliers, dont le médecin chef de service, s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire (31 infirmiers diplômés d'État, 85 aides-soignants, 37 agents de service hospitalier) et prenant en charge la globalité des soins de chaque résident. En complément du suivi médical, la rééducation est assurée par une équipe de kinésithérapeutes affectés au service. Le souci majeur est d'éviter au maximum les hospitalisations externes, génératrices de régression et de complications diverses. Par ailleurs, les soins infirmiers entrent dans le cadre d'une individualisation de la prise en charge en essayant de respecter au mieux le rythme et les habitudes de vie de chacun.

Le GMP⁴⁵ de l'ensemble des 200 lits a été évalué à hauteur de 850 en 2006 avec un PMP de 193. Les derniers bilans validés par l'assurance maladie et réalisés en août 2009 ont portés sur chacun des trois sites de l'USLD. Les résultats cumulés pour les deux sites qui seront basculés dans le secteur médico-social indiquent un GMP de 762.28 pour 120 lits (114 présents au moment de l'évaluation) et un PMP de 197. C'est ce GMP que j'ai retenu pour comparer les ratios en personnel prévu dans l'EHPAD avec la moyenne départementale des ratios en personnel 2009 dans les EHPAD sanitaires du département.

2.3.2 ...à adapter pour 80 lits sanitaires et 120 lits médico-sociaux.

Avant d'effectuer toutes comparaisons, il convient d'apporter une précision. En effet, si l'annexe 2 de la circulaire du 10 mai 2007⁴⁶, pose des indicateurs (qui ne sont toutefois pas des normes d'encadrement) en matière d'organisation des soins en terme de personnel, aucune disposition n'existe pour les EHPAD. Toutefois, le CG d'Ille-et-Vilaine a souhaité poser des ratios cibles en personnel afin de s'assurer de la qualité de la prise en charge.

⁴⁴Ces données sont issues à la fois du rapport d'activité 2007 de l'USLD du CHS et d'un entretien avec la cadre supérieure de santé de l'USLD.

⁴⁵ ERSM Rennes. GALAAD USLD 2006, Bilan synthétique de l'étude n°25, février 2006 et ERSM Rennes. GALAAD, Fiches synthétiques, septembre 2009

⁴⁶ DHOS. Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 précitée

Le tableau ci-dessous⁴⁷ présente les ratios prévisionnels des deux structures issues de la partition ainsi que la moyenne départementale dans les EHPAD sanitaires en 2009. Ces ratios correspondent au rapport entre le nombre d'Équivalent Temps Plein (ETP) constaté et le nombre de lits de la structure.

	USLD avant partition	USLD pour 2010	EHPAD pour 2010	Moyenne départementale EHPAD sanitaires 2009
Capacité	200	80	120	928
GMP⁴⁸	792,60	NC	762.28	700 à 799
Nombre d'ETP	170,60	70,10	93,40	NC
Administration/direction	0,018	0,013	0,017	0,015
Services généraux (cuisine...)	0	0	0	0,021
Animation/service social	0,015	0,019	0,024	0,013
Agent de Service Hospitalier (ASH)	0,195	0,225	0,167	0,181
Aide- Soignant (AS) Aide Médico- Psychologique (AMP)	0,423	0,406	0,433	0,280
Psychologue	0	0	0	0,003
Infirmier	0,183	0,188	0,125	0,087
Autres auxiliaires médicaux (pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute...)	0,008	0,006	0,004	0,012
Médecin	0,013	0,020	0,008	0,009
TOTAL	0,853	0,876	0,778	0,621

2.3.3 Une nouvelle répartition des personnels avec des impacts divergents selon la structure considérée

- a) *Un impact favorable au sein des lits d'USLD redéfinis*

⁴⁷ L'ensemble de ces données proviennent des fiches synthétiques GALAAD de l'ERSM de septembre 2009 et des budgets prévisionnels élaborés dans le cadre des négociations en vue du conventionnement.

⁴⁸ Ces chiffres sont issus de la coupe effectuée au sein de l'USLD le 1^{er} mai 2009, coupe validée par l'ERSM de Rennes le 17 juin 2009.

En ce qui concerne les USLD redéfinies, l'annexe 2 de la circulaire du 10 mai 2007⁴⁹ recommande qu'elles bénéficient d'une présence infirmière et aide soignante assurée 24h/24, d'une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte. Les effectifs soignants et médicaux sont, quant à eux, déterminés par le calcul de la dotation soins basée sur le GMP Soins (GMPS) de l'USLD, qui tient compte du GMP et du PMP. Le taux d'encadrement (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) devrait être dans l'idéal de l'ordre de 1,1 ETP par lit, ratio recouvrant : 0,5 ETP de personnel médical pour 30 lits (soit un ratio par lit de 0,017), 0,8 ETP de personnel soignant (infirmier, AS, ASH) par lit, du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale.

Au regard de la répartition en personnel effectuée, l'USLD redéfinie atteint certaines des recommandations posées par la circulaire avec un ratio recouvrant 0,819 ETP de personnel soignant par lit et un temps médical de 0,020 par lit. Toutefois, le taux d'encadrement n'atteint pas 1,1 ETP par lit. En ce qui concerne l'impact de la réforme, celle-ci permet une augmentation des ratios en personnel affectés à la prise en charge des résidents relevant exclusivement du secteur sanitaire. Toutefois, le temps en auxiliaires médicaux, kinésithérapeute est en diminution. Ceci peut s'expliquer en partie par les difficultés que peuvent rencontrer les établissements quels qu'ils soient lors du recrutement de certains professionnels.

b) Une orientation « médico-sociale » pour l'EHPAD

La comparaison de ces données permet de constater que la prise en charge dans les établissements médico-sociaux est moins axée sur le soin. En effet, les emplois privilégiés sont ceux qui sont au plus près des patients (AS, AMP, ASH,...) par rapport à ceux plus éloignés tels que les postes infirmiers même si dans la majorité des EHPAD sanitaires du département une permanence infirmière est assurée 24h/24. Toutefois, dans certains cas, tel que vu dans un EHPAD sanitaire d'un département voisin, c'est le recours au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) qui est privilégié. En effet, il a été constaté que les besoins en soins infirmiers nocturnes étaient quasi inexistantes en dehors des cas de soins palliatifs où l'intervention d'équipes mobiles spécifiques est alors prévue dans le cadre d'une convention.

⁴⁹ DHOS. Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 précitée

Il apparaît donc que le nouvel EHPAD ainsi constitué sera particulièrement bien doté en termes de personnel comparativement aux EHPAD sanitaires de même niveau de GMP. Toutefois, la répartition du personnel dans les différentes catégories permet de constater un ratio plus élevé en temps infirmier (du à la vocation sanitaire initiale et l'importance donnée au volet soins) et insuffisant en ASH. En ce qui concerne l'établissement, il ne dispose pas d'AMP mais uniquement d'AS. Cette différence dans la qualification des agents montrent à nouveau la différence de « culture » entre les deux secteurs. En effet, le rôle de l'AS est axé sur la dispensation de soins tant en matière de prévention que de maintien et d'éducation à la santé en vue de préserver et/ou restaurer l'autonomie de la personne. Alors que le rôle de l'AMP se situe entre le soin et l'éducatif dans le cadre d'un accompagnement qui ne se limite pas aux actes de la vie quotidienne mais s'étend aussi aux activités de loisirs.

En pratique, il apparaît qu'il est difficile pour les directeurs d'établissement d'expliquer les objectifs de cette réforme au personnel qui craint de voir les effectifs et donc le ratio en personnel diminuer dans les unités basculées dans le médico-social. Cette crainte non justifiée dans l'ensemble des établissements est d'actualité dans le cadre de la partition des lits de l'USLD du CHS.

En effet, les impacts financiers non pas de la réforme mais de l'obligation de sincérité des comptes⁵⁰ conduit l'établissement à supprimer des postes infirmiers dans les deux structures basculant en EHPAD. Cette suppression de postes s'effectuera par le biais de non remplacement de départs, par l'acceptation de mutation au sein des services d'hospitalisation. Cette mesure s'étalera sur la durée de la convention et aboutira à terme à la suppression d'environ six postes infirmiers. Le rôle des tutelles dans le choix des mesures destinées à mettre en œuvre l'opération de sincérités des comptes est limité. En effet, la compétence de l'IASS se limite à apporter des conseils et à partager son expertise au regard de ce qui est mis en place dans les autres structures. Mais la politique de gestion du personnel reste de la compétence exclusive de la direction de l'établissement.

2.4 La crainte d'un impact financier important

Avant d'exposer les conséquences de la réforme sur le montant de la dotation soins et les interactions avec une autre réforme et les impacts sur le montant des tarifs applicables, un rappel des modalités de tarifications des USLD et EHPAD apparaît indispensable.

⁵⁰ Cette obligation est plus précisément explicitée dans la partie consacrée aux impacts financiers de la réforme des USLD sur l'établissement.

2.4.1 Un cadre budgétaire composé de trois sections tarifaires distinctes

Le décret n°99-316 du 26 avril 1999⁵¹ prévoit de nouvelles modalités relatives au financement des établissements hébergeant des personnes âgées. Cette réforme de la tarification des EHPA s'applique aux USLD. En effet, le législateur est parti du constat que les services de soins de longue durée accueillent de façon quasi-exclusive des personnes âgées (plus de 70% des personnes hébergées ayant plus de 80 ans et moins de 3% ayant moins de 60 ans)⁵². Par conséquent, les modalités de financement des USLD sont identiques à celles des EHPAD. Ainsi, leur budget est composé de trois sections tarifaires : l'hébergement, les soins et la dépendance.

La première, prend la forme d'un prix de journée et voit son coût supporté par les résidents de l'établissement. Ce tarif ou forfait à la charge du résident couvre les coûts engendrés par l'administration et le bâti de l'établissement, l'accueil hôtelier, la restauration, l'entretien, les loisirs et animations proposés, mais aussi le personnel technique, 70% des postes d'ASH. Il peut être pris en charge, sous condition de ressources, par le département par le biais de l'aide sociale.

La section soins, dont le coût est de la compétence de l'assurance maladie prend la forme d'une dotation plafonnée qui couvre les prestations médicales et paramédicales. Ainsi, cette enveloppe comprend l'intégralité des postes de médecins, d'infirmiers et de paramédicaux ainsi que 70% des postes d'AS.

Enfin, la section dépendance relève du département sous la forme d'une dotation globale. Cette enveloppe englobe l'ensemble des prestations (aide, accompagnement, surveillance) liées à la perte d'autonomie : coût des postes d'ASH et d'AS non pris en charge par les autres sections mais aussi 100 % des postes de psychologue, par exemple, à l'exception du ticket modérateur (restant à la charge du résident), des personnes de moins de 60 ans et des personnes dont le domicile est hors département. Chaque résident se voit appliquer un tarif en fonction de son degré de dépendance. Celui-ci est évalué selon les critères d'évaluation de la grille AGGIR. Trois tarifs distincts sont donc applicables : un pour les résidents peu dépendants ou valides (GIR 5 et 6), un autre pour les résidents dépendants (GIR 3 et 4), et le troisième pour les résidents très dépendants (GIR 1 et 2). Tout résident, dépendant ou non, doit acquitter au minimum le tarif GIR 5-6, en plus du prix de journée "hébergement". Pour les résidents classés dans

⁵¹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 précité

les catégories 1 à 4 de la grille AGGIR (personnes très ou moyennement dépendantes), l'APA, destinée à améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie et la vie des personnes âgées, prend en charge le tarif dépendance à l'exception du ticket modérateur ou talon.

2.4.2 Les nouvelles modalités de calcul de la dotation soins

Les textes de mise en œuvre de la réforme abordent également le volet financier. Ainsi, selon l'article L.314-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le calcul du montant du forfait soins prend en compte le niveau de dépendance moyen (GIR moyen pondéré) et les besoins en soins médico - techniques (PMP) constatés au sein de la structure. C'est l'arrêté du 4 juin 2007⁵³ relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification qui définit les différentes équations permettant le calcul de la dotation de l'établissement.

Le montant de la dotation est donc fonction de deux variables. D'une part, le groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS) qui prend en compte le GMP et le PMP de l'établissement. D'autre part, la valeur annuelle du point qui tient compte à la fois des charges nettes en soins, du GMPS et de la capacité exploitée.

Afin de respecter le principe d'équité des établissements en matière de répartition des allocations de ressources et pour tendre vers la convergence des tarifs pratiqués, l'article L. 174-6 du Code de la sécurité sociale dispose que « ...les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. ». L'arrêté du 26 février 2009⁵⁴ fixe, pour 2009, une valeur nationale plafond du point GMPS à hauteur de 12,83 €.

La Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009⁵⁵ relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé rappelle qu' « en application du PSGA, une enveloppe de 50 millions d'euros a été dégagée pour appliquer le

⁵² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire MARTHE/DAS/DHEO4-AF2/n° 99-345 du 15 juin 1999 précité

⁵³ MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, Journal officiel, n°140 du 19 juin 2007, 10543

⁵⁴ MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE ET LE MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité, Journal officiel, n°0061 du 13 mars 2009, 4650

⁵⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 précité

financement au GMPS à tous les établissements qui entrent dans la partition. Ces mesures nouvelles sont destinées à mettre à niveau la dotation des établissements dont la valeur du point était inférieure à la valeur plafond». Par conséquent, si le montant de la dotation accordé à un établissement en fonction de son GMPS est inférieur au montant dont il aurait disposé si son GMPS avait été de 12,83 €, il bénéficiera alors d'un abondement de financement comblant l'écart ainsi constaté. Dans le cadre de la réforme, la partition des lits implique que l'enveloppe supplémentaire pourra provenir soit de l'assurance maladie pour l'USLD redéfinie soit de la CNSA pour les lits médico-sociaux. Pour les autres établissements dont le GMPS est supérieur à la valeur fixée par l'arrêté, ils ne bénéficieront d'aucun abondement. Toutefois, les USLD bénéficiaient pour 2009 d'un financement de 15,8M€ pour prendre en compte l'évolution des dépenses de personnel et du coût des achats.

Du point de vue de l'USLD du CHS, aucun financement supplémentaire ne lui sera octroyé dans le cadre du calcul des dotations de l'USLD redéfinie et de l'EHPAD.⁵⁶ En effet, il bénéficie d'un point GMPS d'une valeur de 13,36 € se situant donc au-delà de la valeur annuelle fixée.

L'outil PATHOS prend ici toute son importance en termes d'enveloppe budgétaire. En effet, il se transforme en outil d'allocations de ressources. Cette utilisation des résultats des coupes montre toute l'importance d'un codage au plus près de la réalité par les médecins des structures afin de ne pas pénaliser l'établissement en cas de sous-cotation (enveloppe soins inférieure aux besoins réels) ou de sur-cotation (remboursement des indus).

2.4.3 Un impact financier largement majoré par une obligation légale appliquée simultanément : l'opération de sincérité des comptes

Le mode de tarification tripartite conduit à conclure pour chacune des structures juridiques une convention entre l'établissement et les deux financeurs. Chaque structure dispose d'un budget propre qui apparaît dans les annexes du budget principal de l'établissement. Afin de disposer d'une transparence financière, une opération comptable préalable à la détermination des budgets est nécessaire : l'opération de sincérité des comptes. En effet, le décret n°99-316 du 26 avril 1999⁵⁷ prévoit que les établissements doivent appliquer les principes de tarification sur des bases garantissant transparence et sincérité des comptes et interdit toute subvention entre le budget général et les budgets annexes. Ainsi, les

⁵⁶ Les modalités de calcul des dotations (formules et méthodologie) sont plus précisément détaillées dans l'annexe 6 en prenant pour exemple le cas de l'USLD du CHS.

⁵⁷ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 précité

hôpitaux contribuant financièrement à la prise en charge des personnes âgées en assumant une partie des dépenses sur leur budget principal doivent évaluer les charges induites affectées sur le budget hospitalier et les transférer sur le budget annexe concerné.

Sur l'ensemble du département d'Ille-et-Vilaine, le CG a constaté que cette opération comptable avait dans la majorité des cas conduit à un accroissement sensible des différentes sections tarifaires en particulier des sections hébergement et dépendance qu'il s'agisse des lits d'EHPAD ou des lits d'USLD. Ainsi, une étude réalisée au cours de l'été 2008 sur l'impact financier des deux réformes conjuguées montrait que le tarif hébergement augmenterait en moyenne de 5 euros. Afin de limiter cet impact, le conseil général a mis en place un tarif plafond de 56 € (58€ pour les résidents accueillis dans les unités Alzheimer) à compter de 2009. Parallèlement, la section dépendance devrait augmenter entre 1.900.000 et 2.500.000 € dont 1.140.000 à 1.500.000 € à la charge du département.

En ce qui concerne le cas plus particulier du CHS, cette opération implique un transfert de 1 084 000 € entre le budget principal et les deux budgets annexes. L'opération de sincérité des comptes complique la mise en œuvre de la réforme des USLD. En effet, l'établissement n'a pas anticipé cette opération et se retrouve en position défavorable devant effectuer toutes les négociations et mesures dans un bref délai.

Par conséquent, cette opération comptable simultanée à la partition de l'USLD, produit des effets financiers mécaniques qui se répercutent de façon directe sur les montants des différents tarifs y compris sur le reste à charge de l'usager. La dotation soins particulièrement favorable du CHS se transforme dans ce contexte en un handicap certain. En effet, ayant atteint le niveau plafond, l'établissement ne peut bénéficier de moyens supplémentaires qui permettraient d'absorber une partie du montant dû par les budgets annexes au budget principal. La conjugaison de ces deux constats oblige donc la direction de l'établissement à jouer sur le seul tarif où une marge de manœuvre reste encore disponible à savoir celui de l'hébergement pour lequel le tarif plafond fixé par le CG n'est pas encore atteint.

2.4.4 Les conséquences pratiques sur l'évolution des tarifs

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des tarifs appliqués en 2009 à l'USLD de 200 lits ainsi que les tarifs établis dans le cadre des négociations en vue de la signature des deux conventions tripartites.

Année	Structure	GIR	Forfait journalier soins	Tarif journalier hébergement	Tarif journalier dépendance
2009	USLD 200 lits	GIR 1 à 2 (92 + 42 pers.)	56,05	47,38 dont talon dépendance : 5,41 (59,34 € pour les moins de 60 ans)	20,09
		GIR 3 à 4 (32 + 18 pers.)	42,86		12,75
		GIR 5 à 6 (8 + 8 pers.)	29,66		5,41
2010	USLD redéfinie 80 lits	GIR 1 à 2 (37 + 24 pers.)	59,95	50,14 dont talon dépendance : 5,4 (62,40 pour les moins de 60 ans)	20,05
		GIR 3 à 4 (7 + 9 pers.)	47,47		12,72
		GIR 5 à 6 (1 + 2 pers.)	34,98		5,40
	EHPAD 120 lits	GIR 1 à 2 (55 + 30 pers.)	71,59	49,69 dont talon dépendance : 5,53 (62,63 pour les moins de 60 ans)	20,54
		GIR 3 à 4 (18 + 13 pers.)	59,66		13,04
		GIR 5 à 6 (2+2 pers.)	47,74		5,53

Compte tenu de ces éléments, les résidents devront donc absorber entre 2009 et 2010, une augmentation de leur reste à charge de 5,83% pour l'USLD et de 4,88% pour l'EHPAD. Toutefois, cette augmentation ne reflète pas l'intégralité des conséquences financières. En effet, le lissage des tarifs va s'effectuer sur la durée de la convention tripartite à savoir sur 5 années. Les tarifs vont donc augmenter progressivement jusqu'en 2014⁵⁸.

En ce qui concerne l'EHPAD, le tarif reste largement dans la moyenne départementale de ceux pratiqués dans les EHPAD sanitaires de même niveau de GMP soit 2009 à hauteur de 54,07 € (hébergement + talon) pour 2009. Ceci s'explique par les tarifs particulièrement bas pratiqués par le CHS comparativement aux autres établissements. Il se situe également en deçà du tarif plafond fixé par le CG d'Ille-et-Vilaine à 56 € (58 € pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou pathologies associées) pour 2009. Ce montant évolue annuellement selon un taux qui conduit à une augmentation d'environ 1€ par an. Cette marge de manœuvre va permettre à l'établissement d'absorber les conséquences financières de l'opération de sincérité des comptes. Toutefois, cette

⁵⁸ Les montants prévisionnels des tarifs par GIR correspondant à chacune des trois sections tarifaires sont indiqués pour l'ensemble de la durée de la convention tripartite en annexe n°7.

absorption s'effectue au détriment des usagers qui voient leur contribution financière augmenter de manière importante alors même que beaucoup d'entre eux ne disposent pas de revenus importants.

Au regard des tarifs pratiqués par les autres établissements qui en règle générale, selon les informations recueillies lors de réunions, pratiquent des tarifs à l'utilisateur supérieurs à 50/51 € et parfois au-delà de 60 €, ⁵⁹ il apparaît que l'USLD redéfini pratiquera des restes à charge relativement corrects.

Les inquiétudes des familles, du CG ainsi que du personnel sur les impacts financiers pour les résidents sont donc justifiées. Toutefois, cette augmentation substantielle des tarifs n'est pas du en soi à la réforme des USLD mais au rétablissement d'une réalité comptable qui se traduit par une mise à plat de l'ensemble des écritures budgétaires. Les réunions organisées entre les différents acteurs (direction du CHS, CG, DDASS, ARH et professionnels des USLD) dans le cadre des visites effectuées en vue du conventionnement montrent qu'il est particulièrement complexe pour les interlocuteurs de dissocier ces deux réformes. Ces inquiétudes devraient perdurer avec la mise en place de la convergence tarifaire. Cette procédure consiste à tendre vers une homogénéité des tarifs pratiqués pour une même prestation par l'ensemble des établissements d'ici 2017. Une nouvelle coupe PATHOS devrait démarrer en 2010 dans toutes les USLD redéfinies et dans l'ensemble des EHPAD. Les résultats de cette nouvelle coupe serviront à atteindre l'objectif de convergence tarifaire. Cela va impliquer pour les établissements sur-dotés une augmentation de leur dotation plus faible que l'augmentation de la valeur du point. Cette mise en adéquation risque de se répercuter de nouveau sur les résidents. En effet, alors que le coût moyen du GMPS était fixé en 2009 à 12,83 €, la moyenne bretonne se situait à 15 € (certains établissements pouvant atteindre 17 €). Le CHS, avec un GMPS de 13,36 €, va donc devoir prendre de nouvelles mesures pour réduire cette valeur tout en devant respecter les tarifs plafond fixés par le CG.

2.5 La réforme, une occasion de penser la prise en charge médico-sociale des patients psychiatriques

S'intéresser à la prise en charge dans le secteur médico-social des patients atteints de troubles psychiques conduit à faire un parallèle avec les résidents des EHPAD plus particulièrement ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies associées.

⁵⁹ A titre d'exemple, les tarifs hébergement autorisés en 2009 pour les USLD de Saint Malo, Vitré, Chantepie et Antrain se situaient respectivement à hauteur de 50,45 €, 52,47 €, 56,19 € et 60,08 €.

2.5.1 Le résident au cœur du projet de vie

Le principe d'une prise en charge tenant compte non pas de la collectivité mais de l'individu est posé par l'article L. 311-3 du CASF. Cet article dispose que sont assurés aux résidents « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins (...) ».

Malgré leur vocation sanitaire, la prise en charge dans les USLD ne doit pas se résumer à une prise en charge médicale. En effet, elle doit aussi intégrer les soins relationnels. L'ensemble de ces soins ayant pour objectif non seulement le bien-être du patient mais aussi la prévention en matière d'apparition ou d'aggravation de la dépendance en favorisant le maintien des capacités restantes. Chaque patient doit donc bénéficier d'un projet de vie individualisé prenant en compte sa qualité de vie.

Une définition de la notion de projet de vie a été posée par la CNSA⁶⁰. Ainsi, il s'agit avant tout de « l'expression de la projection dans l'avenir de la personne malade et l'expression de ses aspirations et de ses choix. Le projet de vie donne du sens à ce que vit la personne. Elle est une « orientation vers » et non pas un « bilan sur ». L'ensemble de ces caractéristiques implique comme le précise également la CNSA, que ce document est personnel et évolutif en fonction de l'évolution du vécu de la personne. Ainsi, il peut recouvrir différents domaines : vie personnelle, lieu de vie, parcours médical...

En parallèle, depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002⁶¹ rénovant l'action sociale et médico-sociale, un contrat de séjour doit être mis en place dans les établissements médico-sociaux. Destiné à garantir une individualisation de la prise en charge, cet outil va devoir faire l'objet d'une réflexion au sein de l'EHPAD annexe du CHS. Conclu entre la personne accueillie et le représentant de l'établissement, son contenu est défini par l'article L.311-4 du CASF : « il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ». Obligatoire, il contient la description des prestations mises en œuvre ainsi que des conditions de séjour et d'accueil.

En ce qui concerne les activités d'animation, l'USLD du CHS avait déjà avant la partition mis en avant non seulement l'intervention des animatrices mais aussi « l'entrée du monde

⁶⁰ CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. Document de travail : Projet de vie : contribution. [visité le 25 novembre 2009], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr>

⁶¹ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002, 124

extérieur » avec un partenariat avec un lycée, la venue d'une coiffeuse...La nouvelle répartition du personnel d'animation ne remet a priori pas en cause ces activités.

En tout état de cause, la réforme des USLD ne devrait en théorie ne pas avoir d'impacts en termes de prise en compte de la parole du résident ou de ses proches dans le cadre de sa prise en charge. En effet, il paraît inconcevable de ne pas tenir compte de l'humain quelque soit son état de santé.

2.5.2 Pathologies psychiatrique et maladie d'Alzheimer : distinctes mais avec des points communs

a) Des pathologies distinctes...

L'une des différences fondamentale (en dehors du plan médical) entre les patients atteints de troubles psychiques et ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles associés est le moment où se déclare la maladie. En effet, dans le 1^{er} cas, les troubles apparaissent majoritairement entre la puberté (exemple de la schizophrénie) et la trentaine (troubles bipolaires) alors que dans le 2nd, la maladie survient avec l'avancée en âge (84 ans en moyenne). Cette différence d'âge modifie la perception de la société sur ces malades. En effet, il apparaît plus difficile de se projeter soi-même ou ses proches comme un « malade mental » que comme un « malade Alzheimer »

La maladie d'Alzheimer, maladie progressive, dégénérative et irréversible détruisant progressivement des cellules nerveuses vitales du cerveau, concerne dans la majorité des cas des personnes âgées. Des complications psychologiques et comportementales peuvent être observées avec l'avancée dans la maladie : délires, hallucinations, agitation, agressivité...Ces symptômes ne sont pas exclusifs de cette maladie mais peuvent être dues à des pathologies psychiatriques au long court, ainsi ces troubles sont bien connus dans le domaine psychiatrique. Les résidents accueillis dans les USLD adossées à des établissements psychiatriques présentent ce type de pathologies en sus de leur dépendance physique. L'admission de la grande majorité des patients dans ces unités fait suite à de longues années d'hospitalisation dans des secteurs psychiatriques désormais inadaptés en raison de la dépendance physique développée, des soins somatiques requis et surtout de la stabilisation du traitement psychiatrique. Par exemple, sur les 44 personnes admises au sein de l'USLD en 2007, 42 provenaient des services de psychiatrie active. Toutefois, en 2007, environ 32 % des résidents présentaient lors de leur admission une maladie d'Alzheimer à début tardif.

b) ...aux problématiques et enjeux convergents

C'est l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) qui les a définis dans sa recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative à l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.⁶² Ainsi, elle indique que « La maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée entraîne chez la personne atteinte une perte progressive de ses capacités cognitives et/ou fonctionnelles la rendant vulnérable. La difficulté de reconnaître ses besoins et attentes devient centrale, confrontant les professionnels et les proches à une adaptation nécessaire de leurs compétences et ressources propres. » et que « Le respect de la dignité de chaque personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, de sa place de sujet (par opposition au terme objet de soins), de ses choix, incluant la recherche systématique de son accord, de sa volonté et de son autonomie constituent des enjeux de première importance, et ce jusqu'en fin de vie. Simultanément, s'agissant de personnes malades, celles-ci doivent bénéficier de l'accès à des soins de qualité. »

Ces enjeux, s'ils peuvent paraître comme élémentaires pour tout à chacun sont en effet primordiaux dans le respect d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Toutefois, il est légitime d'appliquer les mêmes principes aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques qui les rendent vulnérables et dont le consentement est également indispensable à une prise en charge efficace.

Il apparaît donc que les prises en charge des patients dits « Alzheimer » et des patients psychiatriques ne sont potentiellement pas si éloignées l'une de l'autre. Ce sujet fait débat entre les professionnels. Ainsi, certains médecins estiment qu'il n'est pas plus difficile de prendre en charge un patient psychiatrique stabilisé à condition de veiller à la prise médicamenteuse qu'un patient « Alzheimer » potentiellement sujet à des troubles du comportement.

Dans un autre champ qui est celui de la représentation des personnes malades dans notre société, le constat évoqué dans la revue du Haut Conseil de la Santé Publique⁶³ : « le caractère tabou et honteux de la maladie semble venir non pas, comme pour d'autres maladies, des manières de la contracter, mais de ses symptômes et de certaines images associées à la maladie » n'est pas exclusif de la maladie d'Alzheimer et peut être étendu à l'ensemble des maladies et donc des personnes présentant des troubles psychiatriques.

⁶² AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX, février 2009, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Saint-Denis : ANESM, 43 p.

⁶³ SCODELLARO C., PIN LE CORRE S., DEROUCHE C., décembre 2008, « Représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, une revue de littérature », Actualité et dossier en santé publique, n°65, pp. 36-38.

Ainsi, les craintes de la stigmatisation évoquées par les familles et les proches restent identiques quelques que soient les pathologies.

L'ensemble des inquiétudes suscitées par la mise en œuvre de la réforme des USLD au sein d'une unité adossée à un établissement psychiatriques conduit à s'interroger sur la prise en charge globale des personnes âgées atteintes de pathologies psychiatriques et à envisager des alternatives à l'institutionnalisation dans ce type de structure exclusivement sanitaire.

3 La réforme des USLD adossées à des établissements psychiatriques : le point de départ d'une réflexion sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques

La prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques est l'un des enjeux dans le domaine de la santé mentale. En effet, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008⁶⁴ prévoyait, dans l'un de ses cinq axes, l'élaboration d'un programme spécifique pour « Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale ». Cette dernière peut être déclinée selon différentes modalités. D'une part, il semble pertinent d'utiliser les modalités de prise en charge à disposition des personnes âgées en les aménageant afin de répondre aux spécificités de la population ciblée. D'autre part, il est nécessaire d'impulser et/ou développer le travail en réseau afin de décroiser les secteurs sanitaire et médico-social. Enfin, les dispositifs nouveaux ou envisagés pour l'avenir doivent être examinés afin de voir si ces nouveaux outils sont adaptables et transposables dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes souffrant de troubles psychiques.

3.1 Une prise en charge basée sur l'utilisation et l'aménagement de l'existant

Dans un consensus général, certains résidents ne sont pas à leur place dans une USLD. Ainsi, selon une évaluation réalisée dans les structures bretonnes par l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie, 11% des personnes accueillies relèvent d'une prise en charge gérontopsychiatrique. La question se pose donc de savoir si cette prise en charge doit être systématiquement synonyme d'hébergement dans des unités spécialisées. Par exemple, en 2009 (coupe réalisée le 1^{er} mai et validée le 17 juin 2009), 16 personnes soit 8% des résidents de l'USLD adossée au CHS était reconnues GIR 5 à 6 à savoir les catégories les moins dépendantes. Il est légitime de se poser la question de l'adéquation de leur orientation dans une structure sanitaire. Compte tenu des dispositifs en place au sein du secteur médico-social, une prise en charge à domicile ou une

⁶⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

orientation vers un EHAPD « classique » de ces personnes aurait peut être pu être envisagée.

3.1.1 Une prise en charge autour du domicile...

Le retour à domicile, alternative à l'hébergement collectif, est actuellement mis en avant par la mise en œuvre du PSGA 2007 – 2012⁶⁵ dont l'objectif est d'assurer le libre choix de rester à domicile. Ce mode de prise en charge nécessite, lorsque la personne est en situation de dépendance, l'intervention d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ainsi que d'un service d'aide à domicile. En effet, les SSIAD, services sociaux et médico-sociaux assurent à domicile, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que le concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Alors que les services d'aide à domicile assurent au domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels en dehors des actes de soins.

Dans le cas des personnes atteintes de troubles psychiques, il existe des structures organisant l'aide à domicile : les services d'accompagnement à la vie sociale. Apparues vers la fin des années 70, ces structures médico-sociales sont intégrées dans un cadre législatif depuis un décret du 11 mars 2005⁶⁶. Financées par les conseils généraux, elles ont pour objectif d'entourer les personnes, en particulier celles souffrant de handicap psychique, et de les accompagner vers plus d'autonomie. Ces services proposent un accompagnement à domicile souple puisqu'un ajustement régulier des aides est effectué en fonction des besoins réels du bénéficiaire.

Cette prise en charge « matérielle » est complétée par un volet social. En effet, la loi du 11 février 2005⁶⁷ a reconnu et inscrit pour la première fois le handicap psychique dans le code de l'action sociale et des familles. Le Plan santé mentale⁶⁸ a alloué une enveloppe de 20 millions d'euros (en provenance de la CNSA° pour consolider ou créer des groupes d'entraide mutuelle (GEM) sorte de clubs réservés aux personnes souffrant de troubles psychiques avec présence d'animateurs. Ces contacts réguliers avec des intervenants à

⁶⁵ MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan solidarités grand âge juin 2006 précité

⁶⁶ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret no 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés, Journal officiel, n°61 du 13 mars 2005, 4348

⁶⁷ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 précitée

⁶⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. précité

domicile ou des animateurs peut permettre de détecter une aggravation des troubles psychiques et anticiper une hospitalisation d'office tardive et traumatisante pour le malade en convaincant celui-ci d'avoir recours à une hospitalisation libre avant le déclenchement de la crise.

Toutefois, pour être réussi le maintien ou le retour à domicile doit bénéficier en amont d'une préparation et de l'accompagnement du patient au changement et en aval d'un suivi régulier pour éviter un retour vers l'hospitalisation. Il est pour cela nécessaire et indispensable que le personnel intervenant à domicile, déjà formé à la prise en charge de la dépendance, mais aussi les animateurs des GEM soient spécifiquement formés à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques afin d'être en capacité de détecter de manière anticipée d'éventuelles rechutes, crises de nature psychiatriques et puissent dans ce cas connaître le bon interlocuteur à contacter afin d'intervenir au plus tôt avec une prise en charge adaptée. Par ailleurs, un recours au dispositif d'Hospitalisation à domicile (HAD) peut toujours être envisagé et/ou nécessaire en cas de crise aiguë.

Si ce dispositif peut faire l'objet d'une réflexion poussée pour les personnes actuellement hospitalisées dans les services de psychiatrie active, il paraît très difficile de revenir en arrière pour les résidents de l'USLD du CHS dont le parcours de vie comporte de nombreuses années en hospitalisation puis en USLD.

3.1.2 ...afin de retarder l'entrée en institution médico-sociale.

a) L'accueil au sein des EHPAD « classiques »

Il est important de considérer l'existant et de s'en inspirer pour optimiser la prise en charge des patients. Ainsi, par exemple, un EHPAD du département accueille une unité Alzheimer. Il a opté pour une organisation architecturale particulière, fruit d'une réflexion préalable. Ainsi, le pavillon réservé aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer est constitué de deux petites unités reliées par un sas, avec une répartition des résidents en fonction du degré d'évolution de leur maladie. Le transfert vers l'unité accueillant les résidents en phase 3 s'effectue en partie en fonction de la notion de bien-être. En effet, des fiches de suivi sont remplies chaque jour par les soignants et animateurs afin de permettre d'évaluer le degré de bien-être du résident en fonction de son attitude et de son intérêt lors des ateliers journaliers. Le personnel de chacune des sections est spécifiquement formé en particulier en matière de communication, méthodes de

communication qui sont différentes selon le niveau de la maladie : verbale dans les premiers stades de la maladie puis non-verbale dans la dernière phase.

De même, un EHPAD sanitaire adossé à un CH d'une région voisine, a choisi de compartimenter en deux unités distinctes de 14 lits sa capacité d'Unités pour Personnes Âgées Déambulantes (UPAD) afin d'instaurer un climat plus paisible et d'organiser de façon optimale la gestion des équipes.

Parallèlement, l'organisation au sein même des USLD « psychiatriques » et des EHPAD rattachées aux établissements psychiatriques de petites unités en fonction soit de la pathologie soit du degré de soins pourrait être envisagée. Cela permettrait une prise en charge plus adaptée et faciliterait la mise en œuvre pratique des projets de vie. Une telle partition, évoquée par le personnel soignant comme facilitant leur intervention auprès des patients, nécessite une réflexion architecturale et médicale importante. Toutefois, en ce qui concerne plus particulièrement les troubles psychiatriques, chacun s'accorde à dire que la solution n'est pas le regroupement dans une unité spécifique de trop grande importance car cela risquerait d'entraîner une exacerbation des troubles comportementaux. De plus, le « melting-pot » des résidents dans une juste limite, peut s'avérer être un plus dans la prise en charge. En effet, il peut permettre un ralentissement voire un gain dans l'évolution dans la pathologie, ralentissement favorisé par la cohabitation avec des personnes plus autonomes.

Ce système d'unités dédiées n'est pas sans susciter des réactions de la part des familles qui craignent une stigmatisation de leurs proches. Cette crainte, émise par l'UNAFAM, peut paraître justifiée au regard des remarques émises par la Fédération des Établissements hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) sur le thème de la mise en place d'Unités d'Hébergement Renforcées. En effet, la FEHAP estime dans sa lettre de mai 2009 à la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) que « la prise en charge des résidents violents ou agressifs ... ne s'inscrit pas dans les missions du secteur social et médico-social car il s'agit de soins médico-psychiatriques intensifs au long cours, relevant clairement du secteur sanitaire... ». Cette déclaration semble être une fin de non recevoir à l'accueil de certaines catégories de pathologies dans les EHPAD même si elle est pondérée : « Dans ce cadre, seuls certains EHPAD disposant d'implantations géographiques privilégiées, dans des filières gériatriques déjà constituées, et soutenus avec des ressources particulières semblent éligibles au dispositif ».

Mais, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas les seules à connaître des difficultés pour accéder à un hébergement en EHPAD. En effet, une enquête menée par l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et

d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer⁶⁹ montre que 60% des établissements ne souhaitent pas accueillir les personnes ayant tendance à « fuguer ou errer ». Ils sont 54% à être réticents à l'accueil de patients ayant des troubles comportementaux.

Ainsi, l'obstacle à l'accueil de patients atteints de troubles psychiatriques ou souffrant de démences dans un EHPAD apparaît plus comme étant lié à une contrainte psychologique et à la représentation que notre société a des maladies touchant au domaine de la psychiatrie ou neurologie. La difficulté dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de comportement est de trouver un juste milieu entre le bien-être, la qualité de vie et la sécurité tant du patient lui-même que des autres résidents de l'établissement.

Dans le cadre d'une réflexion sur les critères de définition et les missions des unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et la prise en charge des troubles sévères du comportement, le Gérontopôle Toulouse prend position « Pour le groupe de travail, les problématiques comportementales, nutritionnelles, fonctionnelles, et éthiques des patients souffrant de démence à un stade sévère sont les mêmes quelle que soit la pathologie causale, c'est-à-dire quel que soit le type de démence. Les réponses à apporter en termes d'accompagnement des personnes sont donc similaires. »⁷⁰. Ainsi, la transposition d'unité type Alzheimer ou même l'accueil dans ce type d'unités de patients psychiatriques vieillissants est parfaitement envisageable. Toutefois, le positionnement de certains auteurs est inverse : « Certains auteurs proposent des critères de non admission dans ces unités : maladies psychiatriques, autres types de démence que la maladie d'Alzheimer (Lebert, Hourtoule et al. 2002) ou niveau de dépendance élevé. ». Le groupe de travail du Gérontopôle effectue également une distinction entre les pathologies : « En revanche, les maladies psychiatriques sans démence associée constituent quant à elles un critère de non admission car les besoins de ces patients en terme de prise en charge ne sont pas les mêmes et la formation théorique et pratique du personnel pour la gestion de ces pathologies diffère également. »

Les divergences de position au sein même de la communauté des professionnels montrent que la mise en place d'une solution unique en termes de structures de prise en charge n'est pas aisée et qu'il faut envisager d'autres pistes pour une prise en charge efficace et adaptée de ces résidents particuliers.

⁶⁹ FONDATION MEDERIC ALZHEIMER., décembre 2008, « Les places d'hébergement "spécifiquement destinées" aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008 », *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°8, pp.

⁷⁰ GERONTOPOLE ; HOPITAUX DE TOULOUSE. Août 2008. Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement, Réflexion sur les critères de définition et missions.

b) *Un autre exemple d'institution du secteur médico-social : les foyers d'accueil médicalisé*

Structures médico-sociales, les foyers d'accueil médicalisé ou FAM accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, en particulier ceux dont la dépendance rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

A Privas (département de l'Ardèche), un foyer d'accueil médicalisé prend en charge des patients handicapés psychiques stabilisés dont l'état de santé ne relève plus de l'hospitalisation dans un service de psychiatrie mais dont l'état de santé ne leur permet pas un retour à domicile en raison d'un besoin d'assistance par une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et une surveillance médicale accompagnée de soins constants. Au sein de cette structure, le résident bénéficie d'une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire centrée sur un mieux-être synonyme de moins de souffrance et de plus d'autonomie. Il bénéficie d'un projet personnalisé dont il est acteur.

En pratique, ce type de structures pourrait donc répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes et stabilisées sur le plan des troubles psychiques. Toutefois, la prise en charge de personnes âgées dans un établissement de ce type nécessiterait soit une modification des critères posés pour l'entrée dans les FAM (structures d'accueil uniquement destinées aux moins de 60 ans) soit la création de nouvelles structures de même type spécifiques aux personnes âgées. Par ailleurs, cette alternative aux EHPAD poserait la question de la frontière entre les notions de handicap et de maladie.

3.1.3 La valorisation d'une discipline : la gériopsychiatrie

La gériopsychiatrie, synonyme de psycho-gériatrie, est une discipline couvrant l'ensemble des maladies psychiatriques des personnes âgées et leurs conséquences. Elle couvre donc une offre de soins à destination des patients âgés présentant des pathologies psychiatriques en général anciennes. Elle a vocation à prendre en charge des personnes âgées en phase aiguë de crise présentant une pathologie somatique ou une dépendance et nécessitant une prise en charge globale. Ainsi, le séjour dans ce type de structure est un accueil en hospitalisation normalement d'une durée limitée et les patients

ont vocation à réintégrer leur mode de vie ordinaire que ce soit à domicile ou en institution médico-sociale.

Gérée par des professionnels en gériatrie et en géronto-psychiatrie pour une approche pluridisciplinaire, ce type d'unité constituerait un pôle ressource pour les établissements sanitaires et médico-sociaux accueillant en long séjour des personnes âgées souffrant de troubles psychiques. Elle leur permettrait de bénéficier d'un plateau technique en vue de bilans ou d'adaptations thérapeutiques, ou durant des périodes de crises mais aussi d'un centre de référence en matière de formation pour leur personnel par le biais de la mise en place de conventions.

L'avantage d'une hospitalisation dans une telle structure comparé à un transfert dans un établissement sanitaire classique serait d'éviter une prise en charge uniquement axée sur les pathologies somatiques. En effet, cette dernière peut avoir pour conséquences une perte d'autonomie et des complications psychiatriques possibles ainsi qu'une sortie d'hospitalisation avec une orientation dans une filière inadaptée. Toutefois, ce dispositif ne constitue qu'une solution temporaire qui ne résout pas les difficultés de prise en charge à long terme des patients âgés souffrant de troubles psychiatriques.

Si la mise en place de ce type d'unités est préconisée dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire, elle risque en pratique de se heurter à différents obstacles. Par exemple, la question se pose de savoir si cette discipline n'a pas un attrait limité pour les professionnels. En effet, contrairement à d'autres pays (Grande-Bretagne, USA), il n'existe pas en France de reconnaissance de statut pour les géronto-psychiatres et c'est seulement en 2009 que la reconnaissance de la gérontopsychiatrie était envisagée.⁷¹

Compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie et des conséquences psychiques des pathologies liées au vieillissement, une réflexion sur la place de cette discipline paraît importante. Elle pourrait s'inspirer des mesures prises dans le domaine de la gériatrie qui a bénéficié dans son versant universitaire d'une enveloppe financière de 5,5 M€. Celle-ci a été octroyée dans le cadre de la réalisation de la mesure « Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention » du PSGA⁷². L'objectif était alors

⁷¹ LUSSIER M.D, PACCALIN M, PORCHERON J.B, BEGUE R, HAAS A., mars/avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », Spécial Géront Expo 2009, n°527, p 30-34

⁷² MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan solidarités grand âge juin 2006 précité

d'augmenter le nombre de professeurs en gériatrie afin de former les professionnels à la qualité des soins et à la performance de la recherche dans le domaine du grand âge.

Toutefois, en l'état actuel des choses, ce type d'unité relève du domaine de l'hospitalisation et ne constitue donc pas en soit une solution adaptée à l'hébergement des personnes âgées. L'utilisation de ces services de court séjour en tant qu'accueil permanent renforcerait la difficulté déjà existante de l'engorgement des lits et services d'hospitalisation active faute d'orientation vers une prise en charge à long terme adaptée. Par conséquent, ces unités, relais sanitaire et spécialisé en cas de crise d'un résident d'une structure, ne peuvent actuellement n'être qu'une base de réflexion pour la mise en place et l'organisation de structures gérontopsychiatriques dispensant un hébergement permanent.

3.2 La constitution ou le développement de réseau pour une prise en charge efficace et continue

Les unités de gérontopsychiatrie sus-présentées constituent un recours en aval lorsqu'une crise psychiatrique est installée. Les deux notions présentées ci-dessous : la psychiatrie de liaison et les équipes mobiles de psychiatrie sont à l'inverse destinées à anticiper la survenance de la crise psychiatrique.

3.2.1 Le développement de la psychiatrie de liaison...

Il s'agit d'organiser par le biais de convention l'intervention d'un personnel spécifiquement formé en psychiatrie (psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique) en vue de prendre en charge les troubles psychiatriques ou la souffrance psychique des personnes souffrant de pathologies somatiques. Ce type de coopération existe déjà entre certains hôpitaux généraux et centres hospitaliers spécialisés. D'une manière plus générale, cette complémentarité pluridisciplinaire trouverait largement sa place au sein de conventions entre les équipes psychiatriques et les établissements accueillant des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Cette coopération permettrait une continuité de la prise en charge en termes de suivi psychiatrique du résident. Elle constituerait également un relais avec les personnels des établissements non spécifiquement formés qui trouveraient alors un soutien face aux situations de troubles du comportement et crises dues aux pathologies psychiatriques. De plus, cette intervention auprès du patient peut dans une grande partie des situations éviter des hospitalisations et leurs éventuelles conséquences (phénomène de décompensation par exemple). Parallèlement, la mise en place de protocoles au sein de la structure (à l'instar des protocoles de prévention et de

prise en charge des chutes) permettrait une prise en charge rapide et efficace, tout en contribuant à rassurer le personnel qui ne serait pas démuni face aux troubles du comportement d'un résident et par là même éviterait les risques de maltraitance.

Le médecin coordonnateur d'un EHPAD des Hauts-de-Seine relate son expérience de collaboration avec des équipes de gérontopsychiatrie dans la lettre de l'observatoire publiée par la Fondation Médéric Alzheimer⁷³. L'établissement a mis en place un partenariat avec un service de gérontopsychiatrie. Ce dernier permet des transferts à titre temporaire des résidents de l'EHPAD dans un service adapté au règlement des situations de crise. Cette absence, en dehors de l'adaptation du traitement du résident, est « l'occasion d'un temps de répit pour l'équipe soignante en souffrance ainsi que pour la famille, malgré les réticences et la culpabilité. ». Par ailleurs, le médecin indique que l'équipe de l'EHPAD (soignant référent, infirmière coordonnatrice, psychologue et médecin coordonnateur) participe à une réunion de synthèse avec l'équipe hospitalière avant le retour du résident.

Ce retour d'expérience montre qu'un partenariat réel et bien organisé est bénéfique à l'ensemble des personnes concernées (résident, famille, professionnels). De même, l'implication des équipes des EHPAD est importante en cas d'accueil de personnes âgées avec troubles du comportement.

De manière plus généraliste, c'est le développement de ce type de conventions que la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise en vue d'établir des partenariats. Ces derniers permettront à cette filière de remplir pleinement son objectif en permettant à chaque personne âgée d'accéder à l'ensemble des structures nécessaires à sa prise en charge quelle qu'elle soit.

L'intervention de ce type d'équipe n'est pas exclusive des institutions médico-sociales. En effet, les équipes mobiles de psychiatrie sont, comme déjà évoquées, à même d'intervenir en amont de l'institutionnalisation.

3.2.2 ...et la mise en place d'équipes mobiles de psychiatrie

Dans le même esprit que la psychiatrie de liaison, les équipes mobiles constituées de professionnels d'une spécialité particulière peuvent intervenir en dehors du champ

⁷³ FONDATION MEDERIC ALZHEIMER., mars 2009, « Les places d'hébergement "spécifiquement destinées" aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008 », *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°9, p 4.

sanitaire. Ainsi, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008⁷⁴ (PPSM) a annoncé la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Cette mesure correspond à l'application d'une circulaire de 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Ces équipes sont donc dédiées à la prise en charge de cette population spécifique.

Parallèlement, suite à la circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique⁷⁵, des équipes mobiles de gériatrie ont été constituées. Elles ont pour mission de « dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences. ». L'annexe 3 de la circulaire précise que cette équipe prodigue conseil, information et formation aux équipes soignantes et effectue une évaluation globale de la personne âgée (évaluation médico—psycho-sociale) pour une prise en charge adéquate de situations complexes. En parallèle, elle participe à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie. Enfin, elle oriente la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ainsi que dans sa sortie d'hospitalisation (détermination de l'orientation et participation à son organisation).

Il paraît intéressant de « compiler » ces deux types de spécialités afin de proposer des équipes « mixtes » composées de professionnels formés à la fois en psychiatrie et en gériatrie. Cette expérience a été mise en place dans la région Poitou-Charentes. Suite logique de la démarche de coopération déjà ancienne entre le CHU, dans sa spécialité gériatrique, et le CHS dans son volet gérontopsychiatrique, l'objectif était de « privilégier l'offre de proximité en facilitant le passage d'une prise en charge hospitalière systématique (dont le recours aux urgences) à une évaluation sur site par une équipe mobile de première ligne ».⁷⁶ L'équipe mise en place intervient à la fois à domicile tant auprès de la personne âgée elle-même qu'auprès de ses aidants mais aussi en EHPAD en assurant la prise en charge des décompensations et en accompagnant le personnel.

Dans le cas plus particulier des EHPAD annexes de CHS, ce n'est pas a priori tant l'accès à des professionnels formés en psychiatrie qui constitue un obstacle mais l'accès à des gériatres. L'intervention des médecins psychiatres peut être prévue dans le cadre de l'élaboration de la convention tripartite et parallèlement, une coopération avec les

⁷⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Précité

⁷⁵ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Bulletin officiel, n°2002-14.

⁷⁶ LUSSIER M.D, PACCALIN M, PORCHERON J.B, BEGUE R, HAAS A., mars/avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », précité

gériatres du CHU de référence permettrait un échange des compétences. Une telle organisation ne vaut pas que pour les EHPAD rattachées à des établissements psychiatriques. En effet, le développement de telles initiatives permettrait une prise en charge au plus près des besoins des personnes âgées quelque soit le lieu où elles se trouvent : domicile, EHPAD, service d'hospitalisation général ou psychiatrique. De plus, l'avantage de ces équipes mobiles est que contrairement à la psychiatrie de liaison leur rôle ne se cantonne pas à la prise en charge stricto sensu des résidents. En effet, les conventions fixant les conditions d'intervention de ces équipes peuvent prévoir que celles-ci effectueront des interventions auprès des personnels afin de les former sur différentes thématiques telles que la reconnaissance des signes de crise, la prise en charge des troubles du comportement...

3.3 De nouvelles pistes de réflexion ouvertes

Les expériences menées dans certains établissements ou les nouvelles dispositions prises en faveur d'autres pathologies peuvent constituer des pistes de réflexion nouvelles pour adapter l'offre de soins aux besoins des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques.

3.3.1 L'organisation d'unités spécifiques au sein des établissements spécialisés

Dans certaines régions (Aquitaine par exemple⁷⁷), les établissements psychiatriques ont tenté d'apporter une réponse à la problématique de leurs patients vieillissants dont l'état de santé ne justifiaient plus d'hospitalisation mais rendait impossible un retour à domicile. Ils ont fait le choix de créer au sein de leur structure une fédération au long court. Ces unités spécifiques comportaient des lits pris sur la capacité en lits d'hospitalisation active. Elles disposaient d'un projet, d'un budget et de personnel identifiés avec une organisation propre. Cette organisation permet en pratique une prise en charge adaptée avec un accès au plateau technique psychiatrique de l'établissement. L'inconvénient majeur de cette organisation est d'impacter de façon conséquente le potentiel de lits d'hospitalisation active.

Cette solution ne pourra probablement pas être pérennisée avec le passage des établissements psychiatriques au mode de tarification à l'activité dans les années à venir. Toutefois, cette expérience pourrait être bénéfique pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes souffrant de troubles psychiatriques qui ne peuvent plus être hospitalisées mais qui ne peuvent pas bénéficier des dispositifs existants compte tenu de

leur vécu particulier. A titre d'exemple, ce type de solution pourrait convenir aux personnes âgées ayant un profil psychiatrique mais peu dépendantes qui en dépit d'un traitement médicamenteux restent dangereuses pour les autres et nécessitent une surveillance continue.

3.3.2 La transposition des nouvelles structures dédiées à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies associées : les unités d'hébergement renforcées (UHR)

Le Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012⁷⁸ comporte 44 mesures réparties au sein de 11 objectifs. L'objectif n°5 « *Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* » comporte l'une des dix mesures phares du plan : la mesure n°16. Celle-ci prévoit la création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées (intégrées dans le projet d'établissement) pour les patients souffrant de troubles comportementaux. La mise en place de ce dispositif spécifique est précisée par un cahier des charges⁷⁹. Concrètement, la mise en œuvre de cette mesure se traduira par la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR).

Les 1^{ères} sont des unités qui permettent d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés.

A l'inverse des PASA, les 2^{ndes} peuvent être localisées au sein d'une USLD. D'une capacité de 12 à 14 lits, selon le cahier des charges, elles proposent un hébergement à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères. Elles bénéficient d'un personnel volontaire, qualifié et formé. Des projets de soin et de vie personnalisés sont élaborés pour chaque personne avec la participation des familles et des proches. Ces résidents sont accueillis au sein d'un environnement adapté et identifié par rapport au reste de la structure. Le cahier des charges prévoit un renforcement en personnel, avec un taux d'encadrement élevé, la formation des personnels ainsi qu'un aménagement des locaux spécifiques à la pathologie des résidents. Ainsi, ces unités doivent offrir aux résidents des activités

⁷⁷ Cet exemple a été évoqué lors de l'entretien avec la chargée de mission de l'ARH Bretagne en charge du dossier de la réforme des USLD.

⁷⁸ MINISTERE DE LA SANTE. Plan Alzheimer 2008-2012, février 2008 [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

⁷⁹ DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement. Disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/ehpad/accueil-malades-alzheimer.html>

sociales et thérapeutiques au sein d'un espace permettant la déambulation. Des professionnels spécifiquement formés interviendront ainsi que des psychiatres. Le plan prévoit la mise en place de 5 000 places d'UHR. Ces places seront constituées soit par la création de places nouvelles soit par l'adaptation de place existantes. Dans ce dernier cas, la capacité de la structure ne sera pas augmentée.

Des projets en matière de formation vont être mis en place à destination du personnel intervenant dans les UHR. Ces professionnels (AS et AMP) seront « spécifiquement formés aux techniques de soins et de réhabilitation permettant la prise en charge des malades Alzheimer, » et auront la dénomination d' « Assistants de Soins en Gériatrie. (ASG) »⁸⁰

Se pose alors la question de l'opportunité d'étendre ces structures aux patients atteints de pathologie chroniques psychiatriques présentant des troubles du comportement à même d'altérer leur sécurité et qualité de vie ainsi que celles des autres résidents. En effet, compte tenu des conditions posées par le cahier des charges, la mise en place de telles unités au sein de l'USLD redéfinie et de l'EHPAD du CHS d'Ille-et-Vilaine est possible. Ces unités permettraient une réorganisation des locaux existants en petites unités regroupant les résidents selon leur degré de troubles du comportement. Cette nouvelle disposition serait bénéfique, en particulier pour la partie EHPAD, en permettant une prise en charge plus adaptée avec un personnel suffisant et formé à la gestion des troubles psychiatriques. En effet, les ASG nouvellement formés pourraient bénéficier non pas uniquement d'une formation spécifique à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer mais incluant également la prise en charge des troubles psychiatriques. Toutefois, un suivi plus approfondi des résidents serait maintenu par l'intervention, prévue dans le cadre d'une convention, de l'équipe psychiatrique du CHS.

Il reste à envisager le sujet du financement de la mise en place de telles unités. En effet, l'amortissement de travaux effectués dans les EHPAD impacte directement sur le montant de la section hébergement. Toutefois, il est prévu que l'aménagement des structures sera subventionné (sous réserve d'acceptation du dossier présenté) par les crédits de modernisation de la CNSA. Cette subvention a pour objectif une limitation des répercussions des coûts financiers sur le tarif hébergement. En effet, elle bénéficie d'un régime d'amortissement dérogatoire que ne pèse pas sur cette section tarifaire.

⁸⁰ FONDATION MEDERIC ALZHEIMER., décembre 2008, « Les places d'hébergement "spécifiquement destinées" aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008 », *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°8, p 2.

En ce qui concerne le financement du fonctionnement proprement dit des unités⁸¹, la DGAS a indiqué qu'il « s'effectuerait dans le cadre de la tarification au GMPS de l'établissement » et qu'il « appartient donc au directeur d'établissement d'organiser, dans le cadre de son budget, le fonctionnement des PASA ou UHR. »

Au regard de la situation financière de l'établissement dans les années à venir : lissage des tarifs dû à la réalisation de l'opération de sincérité des comptes jusqu'en 2014 auquel va s'ajouter la mise en œuvre du principe de convergence tarifaire jusqu'en 2017, l'investissement risque d'être trop important actuellement pour l'établissement. Toutefois, la mise en place de telles unités pourra faire l'objet d'une étude approfondie lorsque l'ensemble de ces opérations financières arriveront à leur terme. De plus, ce temps de réflexion permettra à l'établissement d'avoir du recul en tirant les enseignements de la mise en place des UHR dans d'autres établissements spécialisés.

⁸¹ DGAS. Questions-réponses pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcé (UHR), septembre 2009, Disponible sur Internet : [http://www.parhtage.sante.fr/re7/npc/doc.nsf/VDoc/58965ACDE7585447C12576550032B664/\\$FILE/FAQ%20PASA-UHR%20_13-08-09_.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/npc/doc.nsf/VDoc/58965ACDE7585447C12576550032B664/$FILE/FAQ%20PASA-UHR%20_13-08-09_.pdf)

Conclusion

Complexe et donc difficile à appréhender, la réforme des USLD se heurte dans sa mise en œuvre générale au cloisonnement existant entre les secteurs sanitaire et médico-social. C'est cette étanchéité que la loi HPST du 21 juillet 2009⁸² tente de gommer en prévoyant, entre autres, une nouvelle procédure d'autorisation pour les capacités médico-sociales. Ainsi, les autorisations de création et de transformation d'établissements seront du ressort unique du directeur de l'Agence régionale de santé ou ARS (toutefois certains établissements continueront à être soumis à une double autorisation préfet de département et directeur d'ARS). Parallèlement, la suppression des CROSMS et l'instauration d'une procédure d'appel à projet s'appuyant sur un cahier des charges préalablement défini par une commission régionale d'appels à projet, devrait permettre aux promoteurs de disposer d'une lisibilité accrue des publics et territoires prioritaires ainsi que des délais de financement (ces derniers devant être en théorie plus rapides). La sélection des projets sera effectuée après avis de la commission régionale d'appel à projet qui associe des représentants des usagers. Celui-ci est émis au regard de critères objectifs et transparents prévus dans le cahier des charges. Cette nouvelle procédure devrait permettre de faciliter pour l'avenir la mise en œuvre des recommandations en termes de planification sur les territoires de santé. De plus, l'intégration des établissements médico-sociaux dans la notion de territoire de santé prévue sera probablement facilitatrice pour l'émergence de coopérations entre les différents acteurs de prise en charge.

Appliquée plus particulièrement à une USLD « psychiatrique », la partition des USLD montre bien à la fois l'attachement des personnels à cette spécificité mais aussi les difficultés de prise en charge inhérentes aux pathologies psychiatriques. Ainsi, la formation du personnel est primordiale afin d'éviter la survenance d'actes de maltraitance souvent involontaires, dus à une méconnaissance des pathologies et à un désarroi face à un comportement devant lequel le personnel se retrouve démuné.

Toutefois, les interrogations sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ne serait-elle pas que la face émergée d'une problématique plus vaste ? En effet, ne serait-il pas nécessaire de repenser le système de prise en charge

⁸² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne], Journal Officiel, n°0167 du 22 juillet 2009 [visité le 13.11.2009] disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B66080FA44F30EAD19C217948A6DB331.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

des personnes souffrant de troubles psychiques en favorisant des traitements à domicile ou en accueil de jour ? En effet, ce type de prise en charge permet de maintenir un lien avec la société « ordinaire », lien qui pourrait faire évoluer les représentations sociales et ainsi éviter de nombreux refus d'accueil le moment venu. Toutefois, il ne faut pas que cette réflexion se fasse au détriment des personnes pour lesquelles une structure dispensant des soins et une surveillance constante est indispensable à leur propre sécurité et celle des autres.

La mise en œuvre de cette réforme met en exergue le nécessaire équilibre à trouver entre une prise en charge efficace sur le plan somatique ou psychique et le bien être de l'individu. Ce difficile compromis n'est pas exclusif des personnes présentant des pathologies psychiatriques et doit également faire l'objet d'une réflexion dans l'ensemble des établissements médico-sociaux mais aussi sanitaires et sociaux. Cet exercice est d'autant plus ardu qu'il nécessite dans le cadre d'une vie en communauté, la prise en compte du bien être des « autres » patients, résidents ou professionnels.

De manière générale, le thème de la prise en charge des personnes âgées dépendantes souffrant de troubles psychiatriques ou non conduit notre société à s'interroger sur ses propres représentations et idées préconçues sur le vieillissement et ses répercussions.

Sources et Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

LOI n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991, 10255

LOI n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, Journal officiel, n° 21 du 25 janvier 1997, 1280

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002, 124

LOI n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel, n°36 du 12 février 2005, 2353

LOI n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, Journal officiel, n° 296 du 22 décembre 2006, 19315

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne], Journal Officiel, n°0167 du 22 juillet 2009 [visité le 13.11.2009] disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B66080FA44F30EAD19C217948A6DB331.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, 6223

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret no 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés, Journal officiel, n°61 du 13 mars 2005, 4348

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée. Journal officiel, n°121 du 25 mai 2006, 7778.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ. Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, Journal officiel, n°140 du 19 juin 2007, 10543.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE ET LE MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité, Journal officiel, n°0061 du 13 mars 2009, 4650

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE. Arrêté du 9 avril 2009 portant fixation de la dotation annuelle de financement versée par l'assurance maladie pour l'exercice 2009 applicable à l'unité de soins de longue durée du CHS

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire MARTHE/DAS/DHEO4-AF2/n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la mise en œuvre de la réforme des USLD et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé. Bulletin officiel, n°1999-27, pp. 93 à 114.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire n°DGAS/5B/DHOS/F2/MARTHE/2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n°99-316 et n°99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Bulletin officiel, n°2001-25.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire n°DHOS/F2/MARTHE/DGAS/2001/276 du 21 juin 2001 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les établissements publics de santé (unités de soins de

longue durée et maisons de retraite à gestion hospitalière) : clarification de l'affectation des charges dans les établissements publics de santé. Bulletin officiel, n°2001-32.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire n°DGAS/5B/DHOS/F2/DSS/1A/MARTHE/2001/569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soins prévu à l'article 30 modifié du décret n°99-316 (dit « clapet anti-retour »). Bulletin officiel, n°2002-12.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Bulletin officiel, n°2002-14.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée. Bulletin officiel, n°2006-6, annonce n°20.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE. Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées, Bulletin officiel, n°11 du 15 décembre 2006, 140.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire n°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée. Bulletin officiel, n°2007-6, annonce n°121

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008-340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée, Bulletin officiel, n° 2008/12 du 15 janvier 2009, 108.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé, Bulletin officiel, n°4 du 15 mai 2009

PLANS NATIONAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Plan « vieillissement et solidarités » 2004 - 2007. [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-120.html>

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ A LA SÉCURITE SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET A LA FAMILLE. Plan solidarités grand âge, juin 2006 [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Plan Alzheimer 2008-2012, février 2008 [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ. Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/engagement.html>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. [visité le 10.09.2009], disponible sur Internet : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

GUIDES ET RAPPORTS

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS / DIRECTION DU SERVICE MÉDICAL. Étude PATHOS sur l'échantillon « ERNEST » 2001. Février 2003, [visité septembre 2009], disponible sur Internet : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/collections-anterieures-a-2005/etudes-medico-economiques/invalidite-dependance/etude-pathos.php>

PREVOST P., septembre 2006, « AGGIR et PATHOS dans la planification gériatrique », CNAMTS, [visité septembre 2009], disponible sur Internet : http://www.sngc.org/4DACTION/SNGC_envoidoc/232

BERTRAND D., PREVOT J., TUGORES F., 2007, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées activité et personnel au 31 décembre 2003 », Document de travail, Série Statistiques, DREES, n°106, janvier 2007, 60 p.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS. ET SYNDICAT NATIONAL DE GÉRONTOLOGIE CLINIQUE. Le modèle « PATHOS » guide d'utilisation. [décembre 2005 mise à jour janvier 2007], disponible sur Internet : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Guide_PATHOS_2007.pdf

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS. Harmonisation du codage Pathos. [mise à jour septembre 2009], disponible sur Internet : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Harmonisation_Codage_PATHOS_sept_2009.pdf

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS. Direction Régionale du Service Médical de Rennes. Étude nationale USLD 2006 - Principaux résultats par région, Document de travail, juin 2007

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS. Direction Régionale du Service Médical de Rennes. Étude nationale USLD 2006 - Principaux résultats en Bretagne, Document de travail, juin 2007

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE. Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement. Disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/ehpad/accueil-malades-alzheimer.html>

ÉCHELON RÉGIONAL DU SERVICE MÉDICAL DE RENNES. GALAAD USLD 2006, Bilan synthétique de l'étude n°25, février 2006

ÉCHELON RÉGIONAL DU SERVICE MÉDICAL DE RENNES. GALAAD, Fiches synthétiques, principaux indicateurs des modèles AGGIR et PATHOS, septembre 2009

FAGNIEZ P-L. Rapport Assemblée Nationale, « Recettes et équilibre général », Article 42 : Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée, tome 1, n°3384, 277 p

OUVRAGES

ALBAREDE J-L. Cours du 24 novembre 2000 pour la Capacité de Gériatrie. [visité le 07.09.2009], disponible sur Internet : <http://geriatrie-albi.com/coursSLD2000.html>

TOURMENTE D., septembre 2007, « Les unités de soins de longue durée : gros plan sur une réforme ». *Droit Déontologie et Soins*, vol. 7, p 338-342

GÉRONTOPOLE ; HOPITAUX DE TOULOUSE. Août 2008. Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement, Réflexion sur les critères de définition et missions. Disponible sur Internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mediasmcmsarticlealzheimer12222116-unitesalzgerontopole.pdf>

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, février 2009, *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »*, Saint-Denis : ANESM, 43 p.

ARTICLES

ROUFF K., septembre 2006, « Les services d'accompagnement à la vie sociale, une façon de vivre comme les autres », *Lien social* [en ligne], n°808. [visité le 04.09.2009], disponible sur Internet : <http://www.lien-social.com>

CAVEY M., 2008, « Menaces sur la gériatrie hospitalière », *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie Réflexions et perspectives*, p45-50

SCODELLARO C., PIN LE CORRE S., DEROCHE C., décembre 2008, « Représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, une revue de littérature », *Actualité et dossier en santé publique*, n°65, pp. 36-38.

FONDATION MÉDÉRIC ALZHEIMER., décembre 2008, « Les places d'hébergement "spécifiquement destinées" aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008 », *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°8, p 2.

ASSOCIATION HOSPITALIÈRE SAINTE-MARIE, février 2009, « Alternatives aux hospitalisations en psychiatrie », *Le journal de l'association*, n°31, pp 5-11.

FONDATION MÉDÉRIC ALZHEIMER., mars 2009, « Les places d'hébergement "spécifiquement destinées" aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008 », *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°9, p 4.

LUSSIER M.D, PACCALIN M, PORCHERON J.B, BEGUE R, HAAS A., mars/avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », Spécial Géront Expo 2009, n°527, p 30-34

CONFÉRENCES

CONFÉRENCE DE CONSENSUS, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, Texte des recommandations, 24 et 25 novembre 2004, Paris, Saint Denis la Plaine : ANAES, 32 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DU DÉPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE, *Colloque Unités de Soins de Longue Durée*, 27 janvier 2009, Rennes, Rennes : Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, mars 2009, 20p.

AUTRES DOCUMENTS

COMITÉ RÉGIONAL DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE. Procès-verbal de la séance tenue le 16 novembre 2007.

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION. Information au Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale, séances du 13 et 16 novembre 2007, octobre 2007.

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE. Courrier à l'attention de Mme Annie Podeur, directrice de la DHOS, « Les conséquences de la partition des

capacités et des dotations des USLD sur le devenir des longs-séjours psychiatriques, 14 avril 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Courrier à l'attention des directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation, « La réforme des USLD dans la planification », 12 juin 2008.

CONSEIL GÉNÉRAL D'ILLE-ET-VILAINE. Service tarification et planification des établissements. Indicateurs 2009, novembre 2009.

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE DU CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME RÉGNIER. Rapport d'activité 2007.

CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME RÉGNIER. Budgets prévisionnels de l'USLD redéfinie et de l'EHPAD pour la durée de la convention tripartite 2010/2014.

SITES INTERNET

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. Projections régionales de la population à l'horizon 2030. [visité le 09.12.2008], disponible sur Internet : <http://www.insee.fr>

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE. Document de travail : Projet de vie : contribution. [visité le 25 novembre 2009], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr>

SOS LONGUE DURÉE. SOS Longue durée, Association loi 1901, pourquoi ?. [mise à jour novembre 2009], disponible sur Internet : <http://geriatrie-albi.com/SOSLD.html>

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. Le devenir de votre unité de soins de longue durée et l'interprétation de votre coupe Pathos : « La check-list de votre check-up ». [mise à jour le 24 mai 2006], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/content/download/11815/53695/version/1/file/checklistcheckup.doc>

SENIORACTU. Redéfinition des Unités de soins de longue durée : pétition et réaction. [visité le 23.04.2009], disponible sur Internet : <http://www.senioractu.com>

SOCIÉTÉ DE GÉRONTOLOGIE DE L'OUEST ET DU CENTRE. PATHOS [visité le 22.04.2009], disponible sur Internet : <http://www.sgoc.fr/pathos.htm>.

SOCIÉTÉ DE GÉRONTOLOGIE DE L'OUEST ET DU CENTRE. AGGIR [visité le 22.04.2009], disponible sur Internet : <http://www.sgoc.fr/aggir.htm>.

SYNDICAT NATIONAL DE GERONTOLOGIE CLINIQUE, Compte rendu de la réunion du 15 septembre 2005, [visité le 22.04.2009], disponible sur Internet : http://www.sngc.org/4DACTION/SNGC_CTRD

Liste des annexes

- Annexe 1 Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2 Grille d'entretien
- Annexe 3 Le modèle PATHOS : les 12 profils de soins
- Annexe 4 Les Groupes Iso - Ressources de la grille AGGIR
- Annexe 5 Les résultats nationaux de la coupe PATHOS de juin 2006
- Annexe 6 Méthode de calcul de la dotation soins : exemple de l'USLD du CHS
- Annexe 7 Tableau tarifs prévisionnels sur durée convention tripartite

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Représentants des tutelles

- ARH Bretagne : chargée de mission, responsable du dossier relatif à la réforme des USLD en Bretagne
- DDASS 35 : IASS, chargée du dossier du CHS d'Ille-et-Vilaine
- Conseil Général 35 : attachée territoriale responsable du dossier du CHS

Professionnels

- Cadre supérieur de l'USLD du CHS
- Équipes soignantes des trois sites de l'USLD lors des visites réalisées en vue du conventionnement
- Cadre de santé d'un EHPAD sanitaire accueillant des personnes âgées déambulantes au sein de deux unités spécifiques (EHPAD situé en Mayenne)
- Cadre de santé d'un EHPAD disposant d'une unité Alzheimer partitionnée selon les phases de la maladie (EHPAS situé à Châteaugiron, département 35)
- Docteur Pradines, gériatre et président de l'association SOSLD (deux entretiens téléphoniques)

Représentants des usagers

- Délégué régional de l'UNAFAM
- Représentante des usagers

Précisions

La participation aux réunions et aux visites des sites organisées en vue du conventionnement m'ont permis de rencontrer les personnes en charge du dossier au sein du CHS ainsi que les membres du Conseil d'administration.

Toutefois, je regrette de ne pas avoir eu de réponse à mes sollicitations de la part de l'association des directeurs d'EHPAD ainsi que de différents établissements psychiatriques.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Personne rencontrée :

Date et lieu de l'entretien :

THEME	QUESTIONS
La réforme des USLD	<p>La réforme des USLD vous paraît-elle être une réforme nécessaire ?</p> <p>Quel impact va avoir cette réforme en termes de planification et d'offre de soins ?</p>
Le modèle PATHOS	<p>L'utilisation de la coupe PATHOS vous semble - t'elle adaptée pour déterminer la partition des lits ?</p> <p>Si non, pourquoi ?</p>
Prise en charge des patients en termes de soins	<p>Selon vous, la partition des lits d'USLD entre les secteurs sanitaire et médico-social aura-t'elle des impacts en termes de prise en charge ? Si oui, lesquels ?</p>
Les alternatives de prise en charge	<p>Selon vous, la prise en charge des patients psychiatriques âgés est-elle fondamentalement différente de celle des personnes accueillies dans les EHPAD ?</p> <p>Pensez-vous que les modalités d'organisation adoptées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (unités dédiées par exemple) sont transposables à la prise en charge des patients « psychiatriques » ?</p>
Les inquiétudes (personnel, financement)	<p>En tant que professionnel, quelles inquiétudes suscitent cette réforme au sein de votre établissement ?</p> <p>En tant que représentant des usagers quelles sont vos inquiétudes eu égard à la mise en œuvre de cette réforme ?</p> <p>En tant que financeur, quelles vont être les répercussions de cette réforme sur le montant de votre contribution ? (ARH/CG)</p>

Annexe 3 : Le modèle PATHOS : les 12 profils de soins

(Source : guide d'utilisation décembre 2005, CNAMTS et SNGC)

Technique :

- T1 : Soins médicaux et techniques importants, le pronostic vital est en jeu au quotidien
- T2 : Soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée. Etat clinique imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24h/24

Psychiatrie :

- P1 : Prise en charge psychiatrique d'un état de crise
- P2 : Prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique

Rééducation :

- R1 : Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
- R2 : Rééducation d'entretien, le plus souvent collective, ou en rééducation discontinuée et allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive

CHirurgie :

- CH : Soins locaux complexes et longs chez les opérés récents ou toute plaie importante

DiaGnostic :

- DG : Soins induits par une pathologie « froide » non encore diagnostiquée

Mourant :

- M1 : Accompagnement psychologique et technique lourd, soins palliatifs des « mourants lucides »
- M2 : Accompagnement d'un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance, soins de confort des « mourants non lucides »

Soins :

- S1 : Surveillance épisodique programmée des affections chroniques
- S0 : Aucun soin médical ou technique

Annexe 4 : Les Groupes Iso - Ressources de la grille AGGIR

GIR 1 : Correspond aux personnes âgées alitées, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

GIR 2 : Regroupe deux catégories majeures de personnes âgées : celles qui sont alitées ou en fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

GIR 3 : Correspond pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules, l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

GIR 4 : Comprend deux catégories de personnes âgées, d'une part : celles n'assumant pas seules leur transfert (se lever, se coucher, s'asseoir) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement mais s'alimentent le plus souvent seules. D'autre part : Celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles et les repas.

GIR 5 : Comporte les personnes âgées qui se déplacent à l'intérieur de leur domicile, s'habillent et s'alimentent seules mais ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

Annexe 5 : Les résultats nationaux de la coupe PATHOS de juin 2006

Région	Capacité en 2006			Personnes présentes lors de la coupe			Personnes relevant des USLD redéfinies		Nb de lits nécessaires pour un taux de 6 lits pour 1000 PA > 75 ans et +
	Totale	dont psy	dont alzheimer	Total présents	dont SMTI	dont M2	en %	pour 1000 PA > 75 ans et +	
Alsace	3012	382	97	2970	1028	70	37,0	9,0	686
Aquitaine	3033	293	242	2756	923	40	34,9	3,2	1735
Auvergne	2611	265	71	2569	952	28	38,1	7,3	783
Bourgogne	1870	25	131	1727	521	32	32,0	3,4	930
Bretagne	5366	847	248	5303	1268	129	26,3	4,8	1590
Centre	4346	80	166	4267	903	62	22,6	4,1	1328
Champagne-Ardenne	1840	0	27	1791	512	21	29,8	4,9	622
Franche-Comté	1366	210	96	1358	528	19	40,3	6,0	530
Ile de France	8241	1884	463	7889	3837	99	49,9	5,7	4024
Languedoc-Roussillon	2842	245	209	2796	855	37	31,9	3,7	1377
Limousin	1672	94	170	1640	561	28	35,9	6,5	514
Lorraine	2949	69	34	2881	899	76	33,8	5,3	1014
Midi-Pyrénées	2620	358	154	2580	1272	45	51,0	5,0	1541
Nord-Pas-de-Calais	4276	483	373	4194	1531	55	37,8	5,8	1591
Basse Normandie	2446	0	153	1927	635	32	34,6	5,1	745
Haute Normandie	2372	90	183	2058	668	40	34,4	5,2	767
Pays de Loire	4812	156	352	4713	1337	158	31,7	4,9	1638
Picardie	2554	112	127	2494	1168	47	48,7	9,2	761
Poitou-Charente	2078	62	96	2042	825	27	41,7	4,9	1017
PACA-Corse	3931	23	127	3819	1108	53	30,4	2,4	2727
Rhône-Alpes	7243	137	422	7183	2739	105	39,6	6,4	2561
France métropolitaine	71480	5815	3941	68957	24070	1203			28479
Guadeloupe	340	0	0	334	154	0	46,1	6,8	136
Martinique	200	30	0	199	67	0	33,7	2,9	140
Guyane	39	0	0	37	14	0	37,8	4,8	18
Réunion	79	0	0	77	66	2	88,3	3,0	131
France entière	72138	5845	3941	69604	24371	1205	36,7	5,1	28903

Annexe 6 Méthode de calcul de la dotation soins : exemple de l'USLD du CHS

Les données nécessaires au calcul (issues des résultats de la coupe PATHOS, juin 2006) :

	Capacité validée par ERSM	GMP	PMP	GMPS par place = GMP+2.59*PMP	Nb de points GMPS total
SMTI	22	899	518	2 240.62	49 293.64
Non SMTI	178	843	153	1 239.27	220 590.06

Le montant de la dotation accordée avant partition est également nécessaire. Il s'élève pour l'USLD de 200 lits du CHS à 3 606 489 € pour 2009.

Le calcul de la dotation attribuée à chaque structure issue de la partition (USLD redéfinie et EHPAD) s'effectue en deux étapes.

1^{ère} étape : la dotation initiale attribuée au regard des résultats de la coupe PATHOS

Cette dotation est calculée à partir de la formule suivante :

$$\text{Dotation soins} = \frac{\text{Nb de pts GMPS total} \times \text{dotation avant partition}}{\text{Total pts GMPS (SMTI + non SMTI)}}$$

**le nombre de points GMPS total utilisé est celui correspondant à la structure pour laquelle le calcul de la dotation est effectué.*

Ainsi, en application de la formule, pour le secteur SMTI du CHS, la dotation est la suivante : $49\,293.64 \times 3\,606\,489 / (49\,293.64 + 220\,590.06) = 177\,776\,970\,429.96 / 269\,883.7 = 658\,717 \text{ €}$

Les textes prévoient que les établissements sont susceptibles de percevoir un abondement de l'Assurance Maladie dans le cas où la dotation ainsi obtenue serait inférieure à celle obtenue avec un point GMPS d'une valeur de 12,83 € (valeur annuelle fixée pour 2009). Le montant de l'abondement permettra à l'établissement d'obtenir une

dotation équivalente à celle qu'il aurait perçue avec un point GMPS égal à la valeur annuelle fixée. Il faut donc calculer le montant de la dotation avec un GMPS à 12,83 € à l'aide de la formule suivante : **Nb.de points GMPS SMTI x 12.83** ce qui donne pour le CHS : $49\,293.64 \times 12.83 = 632\,437.4$ €. Le CHS ne bénéficiera donc pas d'un abondement de financement pour ses lits d'USLD redéfinie.

Pour les lits non SMTI, les modalités de calcul sont identiques, la seule différence étant que l'abondement éventuel est versé par la CNSA. Ainsi, pour le CHS, le montant de l'enveloppe initiale est de 2 947 702 €. Le montant de la dotation pour un GMPS à 12.83 € étant de 2 830 170 €, l'établissement ne bénéficiera pas d'un abondement de la CNSA.

Le calcul des dotations s'arrête là sauf dans le cas où les capacités accordées en lits d'USLD redéfinie et en lits d'EHPAD ne correspondent pas aux résultats de la coupe PATOS (ce qui est le plus souvent le cas en pratique). Il est alors nécessaire d'effectuer un ajustement de montant des enveloppes.

2^{de} étape : calcul de la dotation finale au regard des capacités effectivement accordées

Dans notre exemple, la partition a été actée à 80 lits pour l'USLD redéfinie et 120 lits pour l'EHPAD. Des 58 lits non SMTI sont donc basculés dans le secteur sanitaire et ce avec leur financement. Pour déterminer celui-ci, il faut calculer la valeur du point non SMTI à l'aide de la formule suivante : **dotacion initiale* / nb de points GMPS total non SMTI** ce qui donne pour le CHS une valeur du point non SMTI à hauteur de 13,36 €. Ainsi, l'apport des 58 lits au secteur sanitaire sera de : **GMPS par place x nb de lits supplémentaires x valeur du point non SMTI** soit $1\,237.27 \times 58 \times 13.36 = 958\,735.8$ €

A la fin de cette étape, un nouvel abondement est possible afin d'atteindre le seuil correspondant à la valeur annuelle du point. Le CHS ne pourra pas en bénéficier et par conséquent ses dotations seront à hauteur de 1 591 173 € pour l'USLD et de 1 988 906 € pour l'EHPAD.

**Il s'agit du montant de la dotation calculé au cours de la 1^{ère} étape.*

Annexe 7 Tableau tarifs prévisionnels sur durée convention tripartite

Tarifs USLD

GIR	Section tarifaire	Exercice de référence 2009	Exercice				
			2010	2011	2012	2013	2014
1 et 2	Soins	56,05	68,31	68,31	68,31	68,31	68,31
	Dépendance	20,09	20,54	21,17	21,80	22,43	22,43
	Hébergement	47,38	49,58	50,86	53,60	56,37	58,85
3 et 4	Soins	42,86	68,31	68,31	68,31	68,31	68,31
	Dépendance	12,75	13,04	13,43	13,83	14,23	14,23
	Hébergement	47,38	49,58	50,86	53,60	56,37	58,85
5 et 6	Soins	29,66	68,31	68,31	68,31	68,31	68,31
	Dépendance	5,41	5,53	5,70	5,87	6,04	6,04
	Hébergement	47,38	49,58	50,86	53,60	56,37	58,85

Tarifs EHPAD

GIR	Section tarifaire	Exercice de référence 2009	Exercice				
			2010	2011	2012	2013	2014
1 et 2	Soins	56,05	55,89	55,89	55,89	55,89	55,89
	Dépendance	20,09	20,05	20,67	21,28	21,90	21,90
	Hébergement	47,38	49,79	52,13	54,49	56,88	58,85
3 et 4	Soins	42,86	55,89	55,89	55,89	55,89	55,89
	Dépendance	12,75	12,72	13,12	13,51	13,90	13,90
	Hébergement	47,38	49,79	52,13	54,49	56,88	58,85
5 et 6	Soins	29,66	55,89	55,89	55,89	55,89	55,89
	Dépendance	5,41	5,40	5,56	5,73	5,90	5,90
	Hébergement	47,38	49,79	52,13	54,49	56,88	58,85