



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

« LA REFORME DES USLD »

– Groupe n° 16 –

- **CALVEZ Philippe (D3S)**
- **CANNISTRARO Sarah (D3S)**
- **DODERO Muriel (DS)**
- **GIFFARD Annabelle (IASS)**
- **JEANNESSON Isabelle (D3S)**
- **LANLLIER Bruno (IASS)**
- **LIORT Audrey (EDH)**
- **OSMONT Karine (IASS)**
- **RAUSCENT Caroline (EDH)**
- **RIPERT-TEILHARD Bastien (EDH)**
- **SECALL Gérard (DS)**

Animatrices

- *Françoise MOHAER*
- *Karine CHAUVIN*

Sommaire

Introduction	1
I. Une réforme aux potentialités importantes.....	4
A. Présentation de la réforme des USLD	4
1. Une nouvelle définition des USLD	4
2. Les critères de partition des lits : l’outil PATHOS comme clef de répartition	6
B. Les intérêts de la réforme des USLD	7
1. Améliorer la qualité : « le bon patient dans le bon lit »	8
2. Financer un besoin défini en soins à l’aide de PATHOS	10
3. Développer une culture de l’évaluation.....	11
C. Une mise en œuvre difficile.....	12
1. Une réforme mal vécue par les acteurs	13
2. PATHOS, un outil limité.....	13
3. Une répartition aléatoire des lits USLD ?	16
II. Une réforme aux implications incertaines : quels enjeux pour l’avenir ?.....	17
A. Implications au niveau sanitaire	17
1. De la nécessité de faire des USLD un lieu de vie	17
2. Humaniser les USLD : un enjeu de réussite de la réforme	19
B. Implications au niveau médico-social.....	21
1. Une hétérogénéité des populations accueillies en EHPAD.....	21
2. L’enjeu de la médicalisation des EHPAD.....	22
3. Les solutions envisagées pour l’amélioration de la prise en charge en EHPAD....	23
C. Implications au niveau sociétal	25
1. Quelle solidarité pour nos aînés ?.....	25
2. Les enjeux dans notre pratique professionnelle : de la responsabilité à l’éthique..	26
Conclusion	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions chaleureusement les animatrices du groupe 16, Mesdames Karine CHAUVIN et Françoise MOHAER, qui ont fait preuve d'un réel investissement et dont les échanges ont été particulièrement instructifs. Nous sommes sensibles au travail effectué en amont, notamment dans l'organisation des entretiens, ainsi que dans la recherche bibliographique.

Nous remercions également l'ensemble des professionnels, qui nous ont reçus cordialement, avec disponibilité pour leurs éclairages pertinents sur notre problématique complexe.

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso-Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements

APA : Allocation Personnalisée D'autonomie

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CG : Conseil Général

CHT : Communautés Hospitalières de Territoire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CTP : Convention Tripartite Pluriannuelle

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DOMINIC : Dotation Minimale de Convergence des Soins

EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EMOG : Équipe Mobile de Gériatrie

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

FHF : Fédération Hospitalière de France

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

GMPS : Gir Moyen Pondéré Soins

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMP : PATHOS Moyen Pondéré

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSD : Prestation Spécifique Dépendance
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SMTI : Soins Médicaux et Techniques Importants
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNGC : Syndicat National de Gériatrie Clinique
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« On reconnaît le degré de civilisation d'une société à la place qu'elle accorde à ses personnes âgées », écrivait Simone de Beauvoir¹. Tel est l'enjeu sous jacent à la réforme des USLD. Celle-ci s'inscrit dans un contexte de prise de conscience collective de la problématique de la vieillesse en France. Cette question représente un véritable défi pour l'avenir et ne pourra plus rester longtemps occultée.

Le vieillissement de la population est un phénomène inéluctable. L'espérance de vie à la naissance atteint aujourd'hui, en France 84,3 ans pour les femmes et 77,5 ans pour les hommes² grâce au progrès médical et à l'amélioration des conditions de vie. En 1950, un Français sur six avait plus de 60 ans. Un siècle plus tard ce même rapport sera de un sur trois. Les personnes âgées vivent plus longtemps sans incapacité, elles deviennent dépendantes et entrent en institution plus tardivement. On assiste à la reconnaissance d'une nouvelle catégorie de population : le quatrième âge. Cette évolution ne fera que s'amplifier avec le vieillissement des générations du baby-boom.

Selon Elise FELLER³, la France a été le premier pays en Europe, à connaître dès le début du XXe siècle, un vieillissement démographique. Confondu avec les signes d'une décrépitude liée à la vieillesse, ce phénomène lui apparut d'abord comme une menace. La vieillesse a gardé encore aujourd'hui une image négative dans notre société. En effet, les personnes âgées, a fortiori si elles sont dépendantes, ne sont pas considérées de manière positive mais plutôt comme des charges que la société doit supporter sans qu'elles ne lui apportent rien en retour. La canicule d'août 2003 est révélatrice de ce sentiment. Toutefois, cette crise sanitaire a permis une prise de conscience citoyenne et gouvernementale des lacunes de la prise en charge des personnes âgées. Les pouvoirs publics se sont enfin emparés de la question. Le système de prise en charge des personnes âgées connaît donc depuis 6 ans un certain nombre de mutations dans un objectif d'amélioration qualitative et quantitative de l'offre, dans un contexte de resserrement financier.

¹ DE BEAUVOIR Simone, *La vieillesse*, 1970

² Chiffres Insee 2008

³ FELLER Elise, *Histoire de la vieillesse en France : 1900-1960*, Editions Seli Arslan SA 2005

La première période charnière s'étale de la loi de 1905 instituant l'assistance obligatoire aux « vieillards indigents », jusqu'au rapport Laroque en 1962 dessinant les contours du « troisième âge » et évoquant les prémices d'une prise en charge médicalisée de la personne âgée. Ce rapport précisait les données générales de la vieillesse en ces termes : « Poser le problème de la vieillesse, en France, c'est essentiellement, rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française aujourd'hui et, plus encore dans celle de demain ». Ainsi, la loi de 1975 met fin à l'hospice organisé en salles communes, mélangeant l'ensemble des vieillards indigents et dépendants. Elle inaugure, par la création des bâtiments V (V comme vieux), une meilleure prise en charge de la personne âgée malade et dépendante, dans un souci d'humanisation. La prise en charge sanitaire de la personne âgée s'organise désormais autour de la création d'unités de moyen séjour. Elles seront complétées par la création du court séjour gériatrique, puis du long séjour dans les années 1980. La notion de filière gériatrique voit le jour et sera régulièrement réinterrogée par les pouvoirs publics.

La réforme des unités de long séjour qui nous intéresse ici, a une origine complexe. Elle est l'héritière des projets de planification sanitaire et médico-sociale et des schémas gérontologiques des conseils généraux à la fin des années 1990. Elle s'inscrit aussi dans un contexte plus large de réformes concernant les personnes âgées. Les EHPAD ont déjà connu un profond bouleversement avec la réforme de leur tarification ; la dépendance a été prise en compte (création de la PSD en 1997 et de l'APA en 2002) et la filière gériatrique a été définie dans la circulaire du 28 mars 2007⁴. Mais plus précisément, une première esquisse de la réforme des USLD est apparue avec la loi du 24 janvier 1997. Même si elle reste lettre morte, le débat revient sur la scène en 2002 et suscite alors l'inquiétude des gériatres. Ceux-ci dénoncent la suppression envisagée des USLD et leur transfert vers le médico-social. Ils critiquent le discours de l'époque selon lequel « les patients séjournant en USLD ne sont pas malades, ils sont dépendants voire très dépendants, ils peuvent donc être pris en charge par le secteur médico-social qui assure une prestation d'hébergement de meilleure qualité que l'hôpital »⁵. Selon eux, la confusion savamment entretenue entre dépendance et pathologie tend à faire oublier la seconde au profit de la première. Or assimiler le vieillissement à la dépendance est une véritable régression. Ces patients très

⁴ Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

⁵ *La Revue gériatrie*, Tome 27, n°1, Janvier 2002

malades et très dépendants ne pourront pas être pris en charge par les EHPAD. Pour eux, la redéfinition des USLD doit se baser sur la réalité des données médicales et prévoir une structure d'accueil répondant aux réels besoins médicaux des patients hospitalisés en USLD. La CNSA est créée par la loi du 30 juin 2004 et la journée de solidarité est instituée. Suite à cela, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, organise par son article 59-1 le transfert des USLD dans l'enveloppe gérée par la CNSA en dépit de l'opposition des gériatres.

Toutefois, cette idée de transférer les USLD dans le médico-social ne résistera pas longtemps. La LFSS pour 2006 réintègre les USLD au sein de l'enveloppe sanitaire, dans une logique d'adéquation de la prise en charge des personnes nécessitant une surveillance médicale continue et des soins importants.

Néanmoins, le législateur a subordonné cette disposition à la redéfinition des USLD. L'article 46 a ainsi précisé la nécessité pour les établissements de définir leur capacité USLD à partir d'une coupe transversale réalisée sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie. Suite à l'arrêté du 12 mai 2006⁶, un référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD a été mis en application. Ces normes techniques sont reprises dans la circulaire du 10 mai 2007⁷. Ces textes constituent le corps de la réforme des USLD qui s'organise actuellement dans chaque région et qu'il convient d'appréhender dans notre étude.

Cette réforme est une problématique intéressante dans le cadre d'une démarche de santé publique et de soins. Elle sous-tend plus largement un débat de société autour de la prise en charge qualitative et quantitative des personnes âgées polypathologiques et/ou dépendantes, qui nous intéresse directement en tant que citoyens. Par ailleurs, ce sujet nous interpelle en tant que professionnels de santé publique dans la mesure où il touche plusieurs secteurs tels que le sanitaire ou le médico-social. La mixité des filières est donc parfaitement représentée dans l'étude de cette réforme. En tant que directeurs d'hôpital,

⁶ Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

⁷ Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/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

directeurs des soins, directeurs d'établissement sanitaires, sociaux, médico-sociaux et inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, nous serons confrontés à l'application de la réforme lors de notre première prise de fonction. Enfin, certains membres du groupe sont particulièrement intéressés dans le cadre de la réalisation de leur mémoire.

Par ailleurs, cette réforme suscite de nombreuses controverses. L'exemple de la région Bretagne et plus particulièrement du département d'Ille-et-Vilaine est probant puisque la partition USLD-EHPAD a provoqué de nombreux débats dont les professionnels de la région se sont fait le relais.

Sur la base de ces polémiques, reprises lors de nos entretiens, nous nous sommes demandés « faut-il croire en la réforme des USLD ? »

Un certain nombre d'arguments positifs nous font penser que cette réforme est ambitieuse. Mais de nombreuses nuances sont apportées quant à sa mise en œuvre et aux perspectives qu'elle suscite.

Nous allons donc voir, dans un premier temps, que cette réforme dénombre des potentialités importantes. Dans un second temps, force est de constater qu'elle fait débat et que son application comporte des perspectives incertaines.

I. Une réforme aux potentialités importantes

Après avoir présenté la réforme des USLD, nous verrons les objectifs et les difficultés liées à sa mise en œuvre.

A. Présentation de la réforme des USLD

Avec cette réforme, les acteurs ont dû mettre en place une nouvelle définition des USLD selon une procédure spécifique. L'outil PATHOS s'avère être la clef principale de répartition des lits USLD redéfinis, conjugué à d'autres critères.

1. Une nouvelle définition des USLD

Le texte fondateur de la réforme des USLD est la LFSS pour 2006. L'article 46 stipule dans ses paragraphes I et II que les dépenses d'USLD restent inscrites dans le seul ONDAM. L'alinéa III prévoit la répartition des capacités d'accueil des USLD et des

crédits afférents entre les objectifs des secteurs médico-social et sanitaire. Ainsi, les lits USLD redéfinis sont toujours considérés comme relevant du secteur sanitaire contrairement à la première version du projet.

Le législateur précise : « Les unités de soins de longue durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale et une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (fluides médicaux, appareil ECG, accès à un laboratoire d'analyses médicales et à un centre d'imagerie médicale par convention)⁸ ».

Cette nouvelle définition repose sur des acteurs identifiés et sur un processus de mise en œuvre. La circulaire du 15 mai 2006⁹ rappelle le dispositif mis en place pour la partition et la transformation des USLD. Pilotée au niveau national par la DHOS, cette réforme est mise en œuvre dans les régions par les ARH qui, en concertation avec l'ensemble des professionnels, doivent déterminer la répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Pour cela, les données de planification issues des SROS et des PRIAC doivent également être prises en compte.

Par ailleurs, il revient aux ARH de prendre l'initiative de l'organisation des formations destinées aux médecins des USLD et aux praticiens conseil en vue de la bonne utilisation du référentiel et tout particulièrement du logiciel PATHOS. Il leur revient également de coordonner le déroulement de ces formations, non seulement avec le calendrier de réalisation des coupes transversales dans les établissements disposant de lits d'USLD, mais aussi en lien avec le calendrier de validation des coupes, avec l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie.

En dernier lieu, au vu des résultats des analyses ainsi réalisées, et à l'issue d'une période de négociations avec les établissements, cette répartition donnera lieu à arrêté pris conjointement par le directeur de l'ARH et le préfet de chaque département. Toutefois,

⁸ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale, article 46

⁹ Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 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

initialement limité au 1^{er} janvier 2007, le processus de redéfinition est par la suite étendu sur trois ans par les dispositions de l'article 84 de la LFSS pour 2007¹⁰.

La partition des lits par l'ARH repose sur la combinaison des différents critères et outils.

2. Les critères de partition des lits : l'outil PATHOS comme clef de répartition

L'arrêté du 12 mai 2006, relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les USLD, formalise l'utilisation de l'outil logiciel PATHOS pour la mise en œuvre de la répartition des capacités d'accueil et des crédits afférents.

Système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polyopathie des personnes âgées, le modèle PATHOS est élaboré en 2001 en partenariat avec le SNGC et le service médical de la CNAMTS à partir de l'échantillon « ERNEST »¹¹. Le docteur Jean-Marie VETEL, gériatre chef de service au CH du Mans, figure parmi les initiateurs de l'outil dont il défend l'intérêt¹².

Ce système permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polyopathie des personnes âgées, sachant que seuls les « Soins Médicaux et Techniques Importants » (SMTI) et M2 (fin de vie) définissent le nouveau périmètre des USLD avec un correctif démographique évalué à 10 %.

L'élaboration technique de cette photographie, assez complexe, repose sur l'identification de 50 états pathologiques, tous ceux dont souffre la personne le jour de l'évaluation. Chaque état pathologique est qualifié par un profil de soins, sélectionné parmi 12 profils de soins possibles indiquant la gravité de la pathologie. A un état pathologique donné ne correspond qu'un nombre limité de profils plausibles. 240 couples « état pathologique / profil » décrivent l'ensemble des situations cliniques pouvant être rencontrées en gériatrie.

¹⁰ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 relative au financement de la sécurité sociale

¹¹ PREVOST P., VUILLEMIN C., FENDER P. Etude PATHOS sur l'échantillon ERNEST 2001, CNAMTS et DSM, *Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national*, 27 février 2003

¹² CNAMTS et SNGC. DUCOUDRAY J-M, LEROUX R, PREVOST P, VETEL J-M, VUILLEMIN C, *Le modèle PATHOS*, Janvier 2007.

L'étape suivante consiste à mesurer par un algorithme, pour l'ensemble des couples « état pathologique / profil » présentés par un patient, les niveaux de soins nécessaires pour assurer les besoins réels dans huit postes de ressources (médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie). La somme des points de niveaux de soins dans les huit postes de ressources, pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par personne, permet de calculer le PATHOS Moyen Pondéré (PMP). Le PMP est un indicateur de charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée.

Les résultats de la coupe PATHOS, en particulier le nombre de patients SMTI, servent d'assise à l'avenir des USLD, mais ne sont pas les seuls critères retenus pour décider de la répartition entre secteur sanitaire et médico-social. Un faisceau d'indices devrait être pris en compte au niveau régional par le directeur de l'ARH et les préfets avec consultation des présidents des conseils généraux, chargés d'élaborer les schémas gérontologiques départementaux. Parmi ce faisceau d'indices retenu, figurent notamment des données relatives à la structure comme l'implantation géographique, le plateau technique, la permanence infirmière et la permanence des soins médicaux organisés. Sont également pris en compte les besoins de santé et médicosociaux de la population du territoire considéré. Enfin, les projections démographiques et les facteurs liés à l'accès aux soins de proximité sont des éléments déterminants pour l'implantation des lits USLD.

Au travers de la nouvelle définition des USLD ainsi présentée, un certain nombre d'intérêts peuvent être mis en lumière.

B. Les intérêts de la réforme des USLD

Si l'objectif majeur de la réforme consiste dans l'adéquation de la prise en charge au sein de la filière gérontologique, nous avons dégagé des intérêts corollaires. Le financement est désormais articulé autour du besoin en soins et la dynamique de la culture d'évaluation est poursuivie.

1. Améliorer la qualité : « le bon patient dans le bon lit »

Une prise de conscience collective des enjeux d'une inadéquation de la prise en charge des personnes âgées en long séjour et en EHPAD a initié la réforme. Dans un objectif d'amélioration de la qualité et d'un accompagnement complet de la dépendance, une évaluation de la charge de soins au sein de chaque USLD a donc été réalisée. Elle permet de mieux connaître les besoins et les profils des patients et de pouvoir offrir, dans le même établissement, à chaque personne âgée dépendante, la prise en charge la plus adaptée. En effet, l'objet de la réforme consiste à redimensionner les USLD en accueillant uniquement les patients dits SMTI et M2.

Cette réforme clarifie les missions des USLD, les réorganise autour de structures dédiées et définit les besoins en soins et en personnels nécessaires à leur bon fonctionnement. Elles sont reconnues dans leur spécificité car elles étaient parfois considérées comme des unités « mouiroirs ». En USLD seront donc accueillis uniquement les patients dits « hospitalo-requérants ». A l'inverse, les patients ne nécessitant que des soins courants, dont l'état est stabilisé, seront accueillis en EHPAD. Il y a donc bien une différence de charge en soins entre les patients USLD et les résidents EHPAD. Cela constitue une amélioration évidente de la qualité de la prise en charge de la personne âgée en évitant la mort prématurée, conjuguée à une fin de vie douloureuse. Cela éviterait comme le souligne le Dr VASSEUR¹³ « qu'une personne âgée soit orientée par défaut dans une USLD et risque de se voir proposer trop de soins médicaux alors qu'elle aurait plus besoin de soins sociaux ». Finalement, le « bon patient dans le bon lit » garantit une bonne qualité de prise en charge.

Cet objectif prioritaire présente deux corollaires. Tout d'abord, la réforme des USLD a pour volonté de rendre possible la spécialisation de ces unités grâce au renforcement des conditions d'admission en long séjour ; l'hospitalo-requérance joue le rôle de clef d'arbitrage. Ce concept repose sur des critères simples mais fortement discriminants. Le patient hospitalo-requérant doit présenter un ou plusieurs profils de soins (nécessitant un niveau de soins médicaux et techniques que seul l'hôpital peut assurer), ainsi qu'une ou plusieurs maladies chroniques (pas de pathologies en phase aiguë, brève et réversible). Il existe au total 12 profils de soins dont 7 sont hospitalo-requérants. Il est important de souligner que le degré de dépendance ne constitue pas à lui seul un indicateur

¹³ Entretien avec le Dr Emmanuel VASSEUR, gériatre retraité réalisé le 06/05/09

d'hospitalisation. Compte tenu de l'hétérogénéité des patients accueillis en USLD, il est primordial qu'une sélection à l'entrée par un gériatre s'opère. Le préalable incontournable à l'ébauche d'un accueil dans ces unités est de déterminer le profil sanitaire des patients accueillis.

Dans un second temps, la réforme des USLD a pour sous-objectif de fluidifier la filière gérontologique. Il existe un effet d'aubaine autour de la réforme. La FHF met en avant que les hôpitaux doivent profiter de la réforme pour renforcer les filières gériatriques. Claude EVIN¹⁴ a souligné « l'importance pour le secteur hospitalier public de la structuration d'une filière gériatrique et gérontologique complète, compte tenu de la place tenue par les personnes âgées dans l'accueil non programmé (70%) et des surcoûts de réalisation des soins en non programmé par rapport au programmé (+63%) ».

Il s'agit de mettre fin à l'engorgement des services hospitaliers de court séjour et en priorité des urgences. Cet objectif comporte un véritable enjeu stratégique pour le monde hospitalier en contexte de T2A. L'hôpital se doit de renforcer l'activité programmée et de diminuer les DMS. Ces finalités ne sont pas a priori en adéquation avec le recrutement des patients de court séjour qui sont en majorité des personnes âgées polypathologiques arrivant aux urgences. Une politique du « bon patient dans le bon lit » va avoir pour effet d'améliorer l'anticipation, l'orientation, la coordination et la programmation des flux de personnes âgées, notamment en corrélation avec les établissements médico-sociaux. L'accès direct au service de court séjour gériatrique sans passage par les urgences doit être une priorité car cette étape est très souvent traumatisante pour les patients. Une bonne qualité de prise en charge de la personne âgée, qui débute dans le service de court séjour gériatrique, détermine la bonne orientation du patient dans la structure d'hébergement et de soins la mieux adaptée. Enfin, comme l'indique David TOURMENTE¹⁵, « un déficit de structures d'accueil en aval de l'hôpital semble exister par manque souvent d'une véritable réflexion sur la prise en charge gériatrique dans les hôpitaux possédant des SAU ».

¹⁴ Compte-rendu de la rencontre entre Philippe BAS, ancien ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, et Claude EVIN, président de la FHF, du 18 mai 2006

¹⁵ TOURMENTE David. *Les unités de soins de longue durée : gros plan sur une réforme*, Revue « Droit, Déontologie & Soins » n° 3, volume 7, septembre 2007

2. Financer un besoin défini en soins à l'aide de PATHOS

Chez les personnes âgées, l'association de pathologies est la règle. L'existence de ces affections successives et/ou intriquées est à l'origine de la perte d'autonomie. Cette dernière et les besoins en soins sont désormais distingués dans la mesure où une personne peut présenter une pathologie sans perte d'autonomie ou une perte d'autonomie sans pathologie. L'outil AGGIR permet d'évaluer les besoins pour la prise en charge de la perte d'autonomie à l'aide des GIR de chaque patient permettant d'obtenir le GMP. Pour évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées, c'est l'outil PATHOS qui a été retenu. Il conduit au PMP, qui est un indicateur de charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée. Les effectifs soignants et médicaux sont déterminés par le calcul de la dotation soins, elle-même basée sur le GMPS, indicateur qui tient compte du GMP et du PMP. C'est évidemment un progrès par rapport à l'ancien mode de calcul (DOMINIC) qui ne tenait compte que du GMP. Cette dynamique est soulignée par le Dr LE PONNER¹⁶, qui estime que « PATHOS est un bon outil d'évaluation des besoins en soins ».

L'outil PATHOS permet d'ajuster les enveloppes allouées au profil des personnes prises en charge. Un tel ajustement, qui prend en compte la charge de travail réelle des équipes, assure une répartition plus équitable des moyens financiers. Au vu de la grande hétérogénéité des populations accueillies, l'ancien mode de calcul des enveloppes budgétaires entraînait en effet de grandes disparités entre les établissements. Néanmoins, l'utilisation financière de PATHOS est une dérive contestée par de nombreux gériatres.

Pour autant, des effets pervers ne sont pas à exclure. Une tarification « au profil » risque d'engendrer une gestion sélective des personnes accueillies. Pour assurer la pérennité des moyens alloués et l'équilibre financier de leur établissement, les gestionnaires pourraient être conduits à rechercher des résidents dont les caractéristiques ne tendraient pas à faire chuter le PMP. Une telle politique présenterait alors l'inconvénient de figer durablement le profil des personnes accueillies, de spécialiser les établissements sur un créneau de soins et de dépendance, de rendre l'accès aux soins plus difficile pour les personnes présentant un profil hospitalo-requérant en dessous d'un certain seuil. Pour sa part, le Dr VETEL s'inquiète de la « convergence asymétrique »¹⁷. Cette convergence

¹⁶ Entretien avec le Dr LE PONNER, gériatre médecin coordonnateur d'EHPAD, réalisé le 13/05/09

¹⁷ Rapport moral de l'assemblée générale du 26/03/09 du Syndicat National de Gériatrie clinique

tarifaire apparaît pour beaucoup comme un « désastre » et est vigoureusement dénoncée comme une tentative de nivellement par le bas.

Toutes ces considérations amènent à poser la question de l'évaluation de la « pathossification », qui se situe au confluent de plusieurs politiques publiques : amélioration de la qualité des soins, bienveillance et convergence tarifaire.

3. Développer une culture de l'évaluation

Comme le souligne Emmanuel HIRSCH¹⁸, « aussi bien dans les familles que chez les professionnels de santé la culture de l'évaluation fait défaut en France. Pourquoi ne nous interrogeons-nous pas davantage préférant en cela nous retrancher derrière la protection de l'autosatisfaction ? La démarche éthique à promouvoir inclura nécessairement la défense de la culture de l'évaluation ». On ressent dans le milieu hospitalier ce déficit, bien qu'il se comble progressivement. La convention tripartite pluriannuelle conclue entre la DDASS, le CG et l'établissement sanitaire et/ou médico-social est une application de cette dynamique. Celle-ci, centrée sur les « patients-résidents », s'appuie sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration de qualité de prise en charge, des projets de vie et de soins. La convention signée entre ces différentes autorités précise les moyens alloués à l'établissement au regard des objectifs retenus. Même s'il ne s'agit pas de normes mais de références qualitatives souples, les établissements engagés dans la démarche sont contraints de fixer des cibles, de suivre au quotidien ces dernières et de les post-évaluer. Cela les oblige à disposer d'un système de recueil de l'information. La création de l'outil ANGELIQUE est une réponse à ce besoin. Cette grille d'évaluation a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention. Enfin, cet outil doit être crédible vis-à-vis des partenaires interagissant avec les établissements pour attester des progrès établis.

¹⁸ HIRSCH Emmanuel, *Ethique : des enjeux, des questions*, Commission Projet Espace éthique/ AP-HP Alzheimer 2008, atelier de réflexion, jeudi 26 juin 2008

La réforme des USLD va elle aussi dans le sens du développement de la culture de l'évaluation dans le secteur sanitaire et médico-social. Elle renforce le système d'information des établissements sanitaires grâce à l'utilisation de l'outil PATHOS. Il est d'utilisation aisée, fiable, discriminant, adapté à l'analyse de l'ensemble des services de soins participant à la prise en charge des personnes âgées. La présentation en radar des niveaux de soins, complétée par une analyse des groupes proches de patients offre les moyens d'une approche globale de la population. Elle permet de la caractériser, de la distinguer, de la comparer à d'autres structures et d'évaluer les moyens humains et financiers à fournir. Cet excellent outil de comparaison en fait un instrument pertinent d'observation, permettant de déceler le lieu où peuvent s'exercer les complémentarités entre structures différentes. Il permet aussi d'adapter le système de soins aux besoins réels de la population. Il résume pour chaque personne âgée son tableau clinique du moment et l'importance des soins dont elle a besoin pour être correctement soignée.

Il renforce la culture de l'évaluation au sein des établissements hospitaliers, dans une double dimension interne et externe. D'une part, il améliore la mesure et le pilotage de l'activité hospitalière de long séjour et le recueil d'informations exploitables sur la réalité des groupes de personnes présentes dans un établissement à l'instant t. D'autre part, il apporte transparence et visibilité de la production de soins en USLD. Sur le plan collectif, utiliser de tels outils est indispensable car il n'y a pas d'action sans réflexion et il n'y a pas de réflexion sans information. Enfin, un langage commun permet un contrôle et un soutien plus aisé des organismes partenaires, notamment dans la reconnaissance des améliorations et des efforts réalisés. Certes, l'outil comporte un certain nombre d'imperfections mais il a le mérite d'exister.

Les objectifs de la réforme bien que clairs appellent à un certain nombre de vigilances, qui sont à la base d'une forme de résistance des principaux acteurs de la réforme.

C. Une mise en œuvre difficile

Mal vécue par certains acteurs, cette réforme repose sur un outil limité et laisse planer un doute sur une répartition harmonieuse de l'offre en USLD.

1. Une réforme mal vécue par les acteurs

Les établissements, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et les familles avouent mal connaître le contenu de la réforme. Ceci aboutit à une réticence, voire à une résistance dans sa mise en œuvre.

Ce malaise s'explique en partie par le manque de concertation et de diffusion d'informations quant à la définition de ses objectifs et de son application. Par exemple, l'une des revendications du Conseil Général d'Ille et vilaine, virulent envers la réforme, est de suspendre celle-ci pour ouvrir une véritable concertation entre l'Etat et les départements. De même, le groupe de travail dont fait partie le Docteur BURONFOSSE¹⁹ n'a pas été suivi dans ses propositions. Les usagers quant à eux dénoncent un discours technocratique peu compréhensible²⁰. Cette résistance au changement n'est pas surprenante pour E. HIRSCH. Elle s'explique par un manque de démocratie sanitaire. Pour lui une réforme n'a des chances de succès que si elle « part des acteurs du terrain et les fait participer à la décision ».

En outre, l'opposition que nous avons relevée en Ille et Vilaine s'explique aussi par la réticence et par le retard du département à mettre en œuvre la réforme de la tarification des EHPAD²¹. Les deux réformes se superposent dans le temps et les acteurs jouent de cette confusion pour alimenter le malaise.

Si la réforme est freinée par un manque de visibilité pour les acteurs, l'utilisation de l'outil PATHOS suscite des critiques.

2. PATHOS, un outil limité

Nous avons relevé des carences qui tiennent à l'outil en lui-même et à son application.

Premièrement, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'outil dans le classement des patients en SMTI. Si la sélection des patients présente des avantages, elle n'est acceptable que si et seulement si les critères, c'est-à-dire les couples états pathologiques/

¹⁹ Entretien téléphonique avec le Dr Dominique BURONFOSSE, gériatre, responsable de pôle de l'hôpital de Quimperlé, réalisé le 11/05/09

²⁰ Entretien avec les représentants des usagers à L'hôpital Broca AP-HP réalisé le 07/05/09

²¹ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

profils de soins, sont pertinents. Il est à craindre que des critères simples créent des frontières brutales entre des patients qui en réalité sont assez proches. La question sous-jacente est celle de savoir si l'outil PATHOS a réellement identifié l'ensemble des patients hospitalo-requérants. Ce questionnement initial a trouvé des réponses dans nos entretiens, et force est de constater que cette inquiétude n'est pas partagée par le corps médical. Ils estiment que le classement issu de PATHOS est globalement pertinent. Par exemple, le classement non SMTI des déments déambulants est logique pour le docteur Le PONNER²² car selon lui ces patients n'exigent que peu de soins. Toutefois, ils attirent notre attention sur le fait que PATHOS est un outil exclusivement clinique. Celui-ci ne tient pas compte par exemple des moins de 60 ans ou du temps relationnel²³ et ne contient pas d'évaluation sociale et cognitive. Il a été proposé de le compléter par les outils AGGIR ou SOCIOS.²⁴

Deuxièmement, l'application de l'outil a été confiée aux médecins gériatres et aux médecins coordonnateurs. Or ceux-ci, déjà en sous-effectif, peinent à déployer du temps pour la réalisation de cette étude. De même, la formation des médecins à l'outil s'est révélée succincte. Cette contrainte de temps et le manque de formation peuvent mettre en cause la fiabilité des résultats.

D'autre part, l'utilisation de l'outil PATHOS ne reflète pas toujours la réalité de l'activité médicale des établissements. En effet, il se limite à une photographie à un jour j. Or précisément le jour de l'élaboration de la coupe, certaines structures pouvaient ne pas présenter un niveau d'activité habituelle, soit suite à des travaux de réhabilitation des locaux avec fermeture de certains services, soit suite à un contexte épidémique (exemple : infections hivernales ou au contraire période calme d'été). De même, ce cliché ignore l'évolution de l'état des patients : « il est donc possible que la personne ne soit pas hospitalo-requérante ce jour-là alors qu'elle le sera les deux tiers du temps de toute façon »²⁵. Finalement, la validation de PATHOS par les médecins de l'assurance maladie a souvent été jugée comme rigide par les médecins gériatres. Ceci est d'autant plus problématique que cela détermine les dotations en soins pour le temps de la CTP. Ainsi, même si des avenants peuvent être signés, les établissements ont intérêt à avoir une ligne

²² Entretien avec le Dr LE PONNER, gériatre médecin coordonnateur d'EHPAD, réalisé le 13/05/09

²³ Entretien avec le Dr VASSEUR, gériatre retraité, réalisé le 06/05/09

²⁴ Entretien avec le Dr BURONFOSSE, réalisé le 11/05/09

²⁵ Entretien avec le Pr JOUANNY, gériatre au CHU de Rennes, réalisé le 12/05/09

directrice de recrutement des patients cohérente sur plusieurs années afin de ne pas mettre en péril l'emploi de certains personnels financé par le forfait soins. La possibilité de réaliser des coupes PATHOS ultérieures (une deuxième vague est prévue pour les USLD redéfinies) aurait dû permettre de réduire ces dysfonctionnements. Toutefois, on peut douter des effets de cette deuxième coupe car le principe de fongibilité asymétrique sanctuarise les crédits médicosociaux et n'autorise pas un « rebasculement » des lits d'EHPAD vers des lits USLD. Tout lit USLD transformé en EHPAD l'est définitivement. Plus encore, cette deuxième coupe pourrait donner un résultat inférieur à celui de la première, ce qui conduirait mécaniquement à une nouvelle réduction des capacités USLD. Cette inquiétude est largement relayée par les gériatres. A l'inverse, les autorités de tarification la jugent sans fondement. Elles expriment même l'inquiétude inverse²⁶, justifiée par le constat de la tendance générale à la hausse de la dépendance et de la demande de soins.

Autre oubli de la coupe PATHOS lors de sa première application : les patients SMTI, présents dans les unités de court séjour et les EHPAD qui se trouvent de fait exclus du recensement et des statistiques. Il serait par ailleurs souhaitable de prendre en compte les patients à domicile, notamment ceux qui font l'objet d'une intervention de la part d'un SSIAD. Cela traduit la difficulté de réaliser une coupe exhaustive à un instant donné de l'ensemble des patients SMTI.

Enfin, la dernière limite tenant à l'outil PATHOS est qu'il n'est utilisé que pour la partition des lits. En effet, il ne sert pas à l'admission des patients en USLD. Celle-ci se fait, par exemple²⁷, grâce à un formulaire qui informe la structure sur les pathologies de la personne et sur la base d'un girage. Les critères d'hospitalo-requérance sont donc évalués par les médecins gériatres. Le risque d'une mauvaise identification de l'hospitalo-requérance est que la personne ne soit pas prise en charge dans le bon service. Cela réduirait à néant l'effort de rationalisation. Les gériatres doivent donc se positionner sur la manière dont ils appliquent les critères d'évaluation. Soit l'évaluation est très stricte et seulement les « vrais » hospitalo-requérants vont dans ces services ; soit elle est plus souple et permet à des patients non forcément hospitalo-requérants au jour j mais avec fort risque de décompensation, d'être accueillis dans ce type de structure. Il faut donc

²⁶ Entretien avec Mme EVEN, chargée de mission à l'ARH de Bretagne, réalisé le 07/05/09

²⁷ Cf. annexe 4, grille d'admission en USLD du CHU de Rennes

s'interroger sur le coût d'opportunité économique de la partition vers les EHPAD. L'alternative est la suivante : soit seuls les patients strictement SMTI sont accueillis, au risque d'encombrer la filière par des hospitalisations évitables ; soit on conserve plus de lits USLD et on accueille des profils plus larges de patients. Le premier choix a-t-il réellement un coût inférieur au second ?

Mais la principale critique tenant à la mise en œuvre reste le caractère aléatoire de la partition des lits entre territoires et entre établissements.

3. Une répartition aléatoire des lits USLD ?

De la première coupe PATHOS et des autres critères aurait dû naître une nouvelle composition territoriale de l'offre en USLD, harmonieuse et garante d'un accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Force est de constater que les acteurs du terrain déplorent un résultat beaucoup plus nuancé. Des inégalités existent entre les territoires et entre les établissements. Pour les acteurs, elles trouvent leur origine dans la non application des critères de la circulaire par les ARH. En effet, à l'issue de négociations, certains établissements se sont vus réattribuer des lits USLD en dehors des critères réglementaires. Par exemple, un hôpital local a réussi à renégocier 30 lits d'USLD au détriment d'un autre, alors qu'ils présentaient une coupe PATHOS identique. D'ailleurs, l'ARH de Bretagne²⁸ nous a précisé que dans certaines régions, des établissements ont engagé une procédure de recours auprès des tribunaux administratifs contre cette recomposition. Il faut néanmoins noter qu'aucun recours n'a été constaté en Bretagne. On peut alors s'interroger : la nouvelle partition des lits USLD n'est-elle pas le résultat d'un « marchandage » entre ARH et établissements ?

L'exemple de l'Ille et Vilaine nous donne un premier élément de réponse. Des incohérences nous interpellent. Ainsi le nord du département comptait cinq établissements USLD pour 450 lits, la coupe PATHOS n'en définit plus que 132 sur deux établissements distancés l'un de l'autre de 100 km²⁹. L'accès aux soins de proximité est alors compromis. L'absence de données sur les autres territoires nous invite à la prudence. En effet, nos

²⁸ Entretien avec Mme EVEN, chargée de mission à l'ARH de Bretagne, réalisé le 07/05/09

²⁹ Cf. annexe 5

expériences personnelles sur d'autres territoires rendent compte d'une mise en œuvre plus consensuelle de la réforme.

Cette réforme a un certain nombre d'objectifs ambitieux, sa mise en œuvre est particulièrement controversée. Cette résistance s'ancre autour d'éléments tangibles mais procède également de perspectives encore insaisissables.

II. Une réforme aux implications incertaines : quels enjeux pour l'avenir ?

La réforme, en réaffirmant les USLD dans le champ sanitaire, les positionne comme un lieu de soin, accueillant des populations âgées nécessitant des SMTI. Cela a des implications au niveau sanitaire, médico-social et sociétal.

A. Implications au niveau sanitaire

Une des préoccupations sera d'assurer la sécurité et la qualité des soins. Cependant, ces derniers sont insuffisants dans la mesure où ils ne sont que la réponse à un besoin médical. Ceci nous amène à questionner le devenir de ces structures : sauront-elles être autre chose qu'un lieu de soin c'est-à-dire un véritable lieu de vie, centré sur la personne ?

Après avoir expliqué pourquoi les USLD doivent devenir un lieu de vie, nous proposerons des recommandations pour y parvenir.

1. De la nécessité de faire des USLD un lieu de vie

L'ensemble des professionnels rencontrés s'accordent sur le fait qu'une prise en charge de qualité de la personne âgée dépendante en USLD doit aller au-delà du soin. Il s'agit d'offrir à la personne un cadre de vie lui permettant de vivre sereinement, sans souffrance, dans le respect de son intimité, de sa dignité, de sa liberté et de sa singularité. Ceci est

d'autant plus important que les personnes âgées accueillies en USLD y vivent parfois plusieurs années³⁰ ainsi que les derniers instants de leur vie.

Pour cette raison, nous sommes attachés à l'adaptation de la prise en charge aux besoins, attentes et désirs des patients. Pour cela, l'accueil, l'information et l'écoute sont nécessaires. Veiller au risque de toute puissance de la part du professionnel s'avère alors indispensable. Les proches peuvent être un bon relais de la volonté du patient. De la même manière, l'animation doit être adaptée à la personne. Celle-ci a souvent besoin de remettre ses capacités cognitives en action. A cet effet, la formation des animateurs est importante. En outre, la présence des familles nous est apparue comme essentielle. Elle permet le maintien d'un lien affectif et social, indispensable à la personne et l'expression d'une culpabilité parfois ressentie par les proches. Comme l'évoque Louis PLOTON³¹, « la famille, les proches souffrent de la transformation dramatique de celui qu'ils ont connu ». Le lien social doit également être travaillé au sein de la structure, par l'accompagnement, l'animation et les rencontres entre patients, afin que chacun puisse se réinscrire dans son histoire de vie et continuer de la construire. Les USLD devront, dans le futur, lutter contre « le confinement » des patients, qui les isole et les désavantage. Le maintien du lien social passe par un autre élément de qualité : la proximité et l'accessibilité de la prise en charge, mentionnées comme clef de qualité dans les SROS. Il s'agit d'assurer des prises en charge au plus près du lieu de vie d'origine dans le cadre des territoires de proximité. Des acteurs rencontrés dénoncent l'institution maltraitante qui provoque parfois « la mort sociale » de la personne âgée et pensent qu'il « ne faut pas s'étonner que les gens demandent à mourir »³². Si cette préoccupation est présente dans la réforme avec la prise en compte de la proximité entre le domicile et l'USLD, nous nous interrogeons néanmoins sur sa faisabilité au regard de la récente cartographie de l'offre en USLD dans certains territoires³³. Pourtant, il s'agit d'un véritable enjeu pour l'avenir, la distanciation actuelle du lien social avec les personnes âgées faisant craindre « une relégation du grand âge »³⁴.

³⁰ Entretien avec le Professeur JOUANNY, gériatre au CHU de Rennes, réalisé le 12/05/09

³¹ PLOTON Louis, *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Editions Chroniques Sociales, Lyon 2003, p. 8

³² Entretien avec Mme Le GALL, représentante des usagers du CHU de Rennes, réalisé le 12/05/09

³³ Cf. annexe 5

³⁴ Entretien avec M. HIRSCH, Directeur de l'espace éthique de l'AP-HP, réalisé le 13/05/09

Finalement, la qualité repose sur une idée forte : l'humanisation de la prise en charge en USLD. Ainsi que l'a relevé E. HIRSCH³⁵, l'humanisation de l'hôpital a été opérée simultanément à la technicisation de la médecine. Aujourd'hui, force est de constater que les soignants ont plus développé leur rôle technique que relationnel. Or précisément, si des compétences techniques sont nécessaires, il conviendra également dans une USLD d'insister sur le bien-être des personnes³⁶. Les patients ont besoin d'un « contact humain : les en priver revient à de la maltraitance passive »³⁷. Il a également été soulevé le problème de la « robotisation » de la prise en charge des personnes âgées (utilisation de lève malade, rail de transport...).

Ainsi, derrière cet impératif de qualité, une réflexion éthique s'impose. L'enjeu de faire des USLD à la fois un lieu de soin et un lieu de vie est de taille : ne pas réduire le patient à un objet de soins. La rigidité de l'organisation, la rationalisation et la normalisation de la dispensation des soins tendraient à faire prévaloir le patient-objet sur le patient-sujet. Il en va alors de la dignité de la personne âgée et de son autonomie.

Conscients de ce défi pour l'avenir, nous proposons quelques pistes pour humaniser les USLD.

2. Humaniser les USLD : un enjeu de réussite de la réforme

Plusieurs outils existent. D'abord le projet de soins qui détermine les besoins en santé et en soin de la population. Il s'appuie sur des valeurs qui donnent du sens au travail des soignants. Il reprend les grandes orientations du projet d'établissement et du projet médical dans le respect des caractéristiques territoriales. Ce projet de soins est indissociable du projet de vie personnalisé³⁸. Il s'articule autour de différents axes comme le recueil des valeurs, attentes, souhaits et désirs de chaque personne âgée, la reconnaissance du rôle

³⁵ Entretien avec M. HIRSCH, Directeur de l'espace éthique de l'AP-HP, réalisé le 13/05/09

³⁶ Entretien avec les représentants des usagers, Hôpital Broca, AP-HP réalisé le 07/05/09 et avec le Dr. Vasseur, gériatre retraité, réalisé le 06/05/09

³⁷ Entretien avec les représentants des usagers, Hôpital Broca (AP-HP) réalisé le 07/05/09

³⁸ EVEN Odette, Projet de vie et organisation du travail en long séjour, *Gestions hospitalières*, Avril 1998 // SAUNIERE P., CHEKROUD H., MALLET D., CATTO M., *De la vieillesse idéalisée aux services de long séjour*, La revue de gériatrie, Mars 2003// *La revue de gériatrie*, juin 1999, tome 24 n°6

social de chacun et le respect de sa vie quotidienne selon son rythme, ses capacités et ses difficultés. Ces projets relèvent d'un engagement de tous les intervenants envers le patient.

Les projets de vie existent dans les USLD et s'appuient sur les chartes de la personne âgée. Néanmoins, certains professionnels et usagers interviewés³⁹ dénoncent un décalage entre les discours et la réalité des projets, faisant de ces derniers de simples déclarations d'intention. Pour les directeurs des soins plus particulièrement, l'évaluation, garante du respect et de la mise en œuvre de ces projets, est donc à développer. Ils devront aussi promouvoir un questionnement des équipes sur leurs pratiques professionnelles (développer l'EPP, favoriser des groupes de parole, une supervision d'équipe et s'appuyer sur la formation continue comme autant de leviers d'une démarche qualité).

Certains professionnels interviewés s'interrogent sur le défi de faire des USLD un lieu de vie. Certains évoquent l'entrée en USLD comme une « régression hospitalière, l'hôpital n'ayant pas encore prouvé qu'il pouvait être un véritable lieu de vie⁴⁰ ». Ils appellent à un réel engagement des directeurs d'hôpital dans la prise en charge des personnes âgées et dans un partenariat avec l'ensemble des acteurs. De plus, en tant que professionnels, nous mettons en avant l'idée que l'humanisation des USLD passera par un personnel suffisant, suffisamment formé et un management d'équipe adapté. Mme Le GALL⁴¹ a évoqué la possibilité d'un « projet de vie » pour les soignants afin de soulager la souffrance des personnels, trop souvent tiraillés entre la commande institutionnelle, le respect du projet de vie et les moyens qui leur sont alloués.

La réforme des USLD ne concerne pas seulement le champ sanitaire. Elle impacte également le champ médico-social.

³⁹ Entretien avec M. LE PONNER, gériatre médecin coordonnateur, réalisé le 13/05/09 et entretien avec les représentants des usagers, Hôpital Broca (AP-HP), réalisé le 07/05/09.

⁴⁰ Entretien avec M. LE PONNER, gériatre médecin coordonnateur d'EHPAD, réalisé le 13/05/09

⁴¹ Entretien avec Mme LE GALL, représentante des usagers du CHU de Rennes, réalisé le 12/05/09

B. Implications au niveau médico-social

1. Une hétérogénéité des populations accueillies en EHPAD

Une fois la partition USLD/EHPAD réalisée, de nombreux professionnels de terrain estiment qu'il reste une proportion non négligeable de patients SMTI et donc hospitalo-requérants en EHPAD. En effet, même si les USLD représentent seulement une petite partie de l'offre de soins pour les personnes âgées dépendantes, il reste encore entre 5 et 10% des résidents des EHPAD qui sont hospitalo-requérants. Ceci représente en valeur absolue un nombre supérieur des hospitalo-requérants « repérés » en USLD. La réforme prévoyait dans la partition, 30% des patients USLD réellement SMTI, soit environ 24 900 personnes (83 000 places d'USLD avant la réforme). Les estimations en EHPAD aboutissent pourtant à 30 000 personnes⁴². Toutefois, cela reste des estimations puisque l'outil PATHOS n'a pas été utilisé en EHPAD de manière homogène dans toutes les régions. Ces 5% de patients SMTI détectés en EHPAD y restent pour différentes raisons, ce qui pose certains problèmes. L'objectif est de ne pas les déplacer, de ne pas les déstabiliser. Il faut donc une permanence du lieu de soins et des personnels soignants pour éviter les désorientations, confusions et situations d'angoisse. Le docteur LE PONNER insiste sur la dimension éthique et la nécessité de ne pas déplacer les patients car « c'est les traiter comme du bétail ». La durée moyenne de séjour en EHPAD est d'environ sept ans quand les résidents passent le cap difficile des premiers mois, ce qui montre qu'une certaine stabilité est recherchée et appréciée dans cette vie en institution⁴³.

De plus, les EHPAD accueillent une importante proportion de résidents (environ 70%) atteints de la maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée, ce qui représente un accompagnement très lourd. Seulement 5 à 6% d'entre eux sont réellement hospitalo-requérants et nécessitent un accès à une USLD.

La véritable question de la réussite de cette réforme est celle de la médicalisation des EHPAD. Il existe aujourd'hui un glissement important dans les caractéristiques de la population accueillie. Dans les années 1970, les résidents étaient des personnes peu

⁴² Entretien avec le Professeur JOUANNY, gériatre au CHU de Rennes, réalisé le 12/05/09

⁴³ Entretien avec M. Kamel BENMEDDAH, conseiller technique au conseil général d'Ille-et-Vilaine, réalisé le 12/05/09

dépendantes, âgées de 70-75 ans, qui voulaient entrer en établissement (notamment en foyer-logement) pour des raisons d'isolement, de solitude ou de lassitude. Aujourd'hui, les résidants sont des octogénaires polypathologiques qui doivent entrer en institution car ils ne peuvent plus vivre seuls au domicile. Le GMP était il y a dix ans inférieur à 600 alors qu'il dépasse aujourd'hui souvent les 650 ou 700. Les résidants entrent plus tard et plus dépendants avec des besoins médicaux de plus en plus importants. Les EHPAD sont caractérisés par une présence infirmière et médicale bien inférieure aux USLD, ce qui pose la question de la continuité et de la sécurité des soins pour des résidants non hospitalo-requérants mais ayant toutefois besoin d'une prise en charge médicale.

2. L'enjeu de la médicalisation des EHPAD

Le succès de la réforme des USLD est lié au degré de médicalisation des EHPAD. On entend par médicalisation une permanence infirmière et médicale, notamment de nuit et la proximité d'un plateau technique. Or, certains EHPAD, du fait de leur situation géographique, paraissent mieux positionnés que d'autres dans la démarche de médicalisation. Cette dernière dépend d'une part de son coût important et d'autre part de la difficulté à recruter un médecin coordonnateur.

Le forfait soins étant payé par l'assurance maladie, la médicalisation induit des dépenses soignantes et médicales importantes. Selon la direction de la sécurité sociale, 3,5 milliards d'euros dévolus aux soins dans l'ensemble des EHPAD, divisés par 600 000 lits et 365 jours, ne financent pas plus de quarante minutes d'aide-soignant par personne et par jour alors qu'il reste encore les temps infirmiers et médicaux à financer⁴⁴. En outre, les professionnels comme les représentants des usagers⁴⁵ soulignent l'insuffisance des crédits accordés aux EHPAD malgré les différents plans gouvernementaux.

Ensuite, la reconnaissance de la fonction de médecin coordonnateur avec des compétences et une spécialité gériatrique avait été initiée par la réforme des EHPAD. Le but était de limiter l'intervention d'une trop grande quantité de médecins de ville, (médecins traitants des résidants) pour coordonner et harmoniser la prise en charge

⁴⁴ CAUSSE D., *Structures de prise en charge des personnes âgées : quelle évolution, quel financement ?*, Réflexions hospitalières, Juin 2005

⁴⁵ Entretien avec les représentants des usagers à L'hôpital Broca (AP-HP), réalisé le 07/05/09

médicale autour de la figure centrale, « chef de file du réseau gérontologique ». Toutefois dans certains EHPAD isolés ou dans certaines régions, le recrutement médical reste difficile.

Ces établissements doivent choisir entre deux systèmes financiers : une tarification globale si l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur ou une tarification partielle avec un recours aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement et un approvisionnement en médicaments à la charge des résidents et de leurs familles. Les représentants des usagers sont favorables à cette dernière, car ils craignent l'insuffisance de l'enveloppe soins. Une réelle reconnaissance fonctionnelle et financière du rôle de médecin coordonnateur permettrait de mettre fin à ce double système⁴⁶.

Le défaut de médicalisation a des conséquences sur toute la filière gériatrique dans la mesure où un résident qui décompense devra obligatoirement être transporté par le SMUR aux urgences et souvent hospitalisé dans un service de court séjour gériatrique ou de SSR. La filière risque des phénomènes d'encombrement préjudiciables, autant pour les établissements que pour les patients, les répercussions psychologiques ne devant pas être occultées. Les conséquences peuvent être graves puisque les ordonnances délivrées aux urgences ne sont pas forcément suivies d'effet dans l'EHPAD car il arrive qu'aucune infirmière ne soit présente pour administrer les prescriptions.

3. Les solutions envisagées pour l'amélioration de la prise en charge en EHPAD

Afin d'éviter ces effets pervers et d'améliorer la médicalisation des EHPAD, l'enjeu principal est de créer une véritable coordination entre les hôpitaux et ces établissements notamment au sein des futures CHT. Ce n'est que par ce biais que ces structures pourront se doter de tout le personnel dont ils ont besoin comme les ergothérapeutes, les psychomotriciens ou les diététiciens... De plus, des coopérations avec des services comme les HAD peuvent être mises en place. Ces derniers peuvent apporter des compétences techniques infirmières, notamment la nuit, grâce à une mutualisation des moyens pour couvrir un besoin ponctuel en soins. En outre, l'EMOG de l'hôpital doit pouvoir sortir de ses murs pour aller dans les EHPAD évaluer les personnes ou apporter

⁴⁶ Entretien avec les représentants des usagers à L'hôpital Broca (AP-HP), réalisé le 07/05/09

une compétence technique et une expertise sur certaines problématiques telles les escarres ou la douleur. Des conventions avec les services d'urgences peuvent également être signées tout comme des coopérations avec la médecine de ville de garde la nuit, notamment pour les EHPAD autonomes ou en milieu rural. L'organisation en CHT permettra un partenariat entre la filière gériatrique, les EHPAD et les hôpitaux locaux qui, dans cette optique, peuvent être restructurés en établissements à vocation gériatrique⁴⁷. Le but est de labelliser des activités sur tous les sites de la CHT en coordination (avec possibilité de partage du temps de travail des intervenants) et non de créer des inégalités d'implantation de certaines activités. Par ailleurs, la filière gériatrique doit être articulée avec les réseaux gérontologiques pour renforcer l'objectif de maintien à domicile, couplé avec un effort de formation des intervenants et de valorisation des activités d'aide à la personne (lien avec les CLIC, les SSIAD et les services d'aide à domicile). Selon le Professeur JOUANNY, « Injecter de l'argent est nécessaire mais sera efficace, si et seulement si, une forte coordination des acteurs est mise en place. »

Enfin, l'évaluation de la qualité de prise en charge des résidents, qu'ils soient hospitalo-requérants ou non, reste un domaine à développer. Il existe une disparité entre les certifications appliquées aux USLD et l'outil ANGELIQUE existant en EHPAD. Ces établissements sont dans une dynamique d'évaluation interne et externe à travers cet outil et plus généralement à travers les conventions tripartites signées avec les DDASS et les CG. Les USLD ont été certifiées par les experts de l'HAS, validant une amélioration effective de la qualité et de la sécurité de ces unités. Le basculement d'une grande partie des lits d'USLD vers les EHPAD laisse un flou sur cette question. Cela semble remettre en cause la dynamique instaurée contractuellement par les conventions tripartites, ainsi que la montée en charge de l'ANESM. Par ailleurs, l'évaluation de la qualité des anciens lits USLD devenus EHPAD sort du champ de la certification de l'HAS, puisque cette autorité n'est compétente que sur le volet sanitaire. Ce sentiment est confirmé par F. PONCHON⁴⁸: « ce changement peut engendrer une baisse de la dynamique qui avait été instaurée par la certification ». Enfin, sont également à prendre en considération les différences historiques persistantes entre les cultures sanitaire et médico-sociale. Les questions d'évaluation ne

⁴⁷ Entretien avec le Professeur JOUANNY, Gériatre au CHU Rennes, réalisé le 12/05/09

⁴⁸ Entretien avec F. PONCHON, directeur de l'hôpital de St Meen Le Grand, réalisé le 13/05/09

sont pas appréhendées de la même manière, et n'ont pas atteint un même degré d'approfondissement et de formalisation dans les pratiques professionnelles.

Mais, plus largement, la réforme des USLD met en perspective des implications et des enjeux qui renvoient à des choix de société.

C. Implications au niveau sociétal

La vieillesse n'est plus une valeur positive. Le « vieux » doit se rajeunir pour être invité au banquet d'une société qui valorise la beauté et l'éternelle jeunesse. Il est ainsi du jeunisme ambiant. Cette idéologie dominante pèse fortement sur les politiques publiques et sur nos représentations de la vieillesse. Pour E. HIRSCH, la question fondamentale est la place de la personne vulnérable dans la société. Celle-ci a-t-elle le droit de cité ? En cela, il évoque la place de la personne âgée ou plus précisément la place de la personne au trop grand âge qui est de fait vulnérable. Autrefois, la place des aînés découlait du lien social instauré par une société basée sur des solidarités familiales et de proximité. Il apparaît aujourd'hui clairement une distanciation de ce lien, qui conduit à une relégation du grand âge. Sommes-nous prêts à assumer ce défi collectif que représente la longévité ?

1. Quelle solidarité pour nos aînés ?

Dans un contexte de refonte de notre système de protection sociale, se pose la question du financement de la dépendance pour l'avenir. La notion d'un 5^{ème} risque fait aujourd'hui débat. En juin 2007, le Président de la République évoque la mise en place d'un 5^{ème} risque de protection sociale qui aurait pour but de réformer les circuits de financement de la dépendance jugés trop complexes. Ils ne seraient pas de nature à favoriser la gestion à long terme de la solidarité nationale. L'une des questions clefs est la définition de la part de la solidarité nationale et de celle de l'individu. Considérant que les quatre branches de la Sécurité Sociale ne seront pas en mesure de répondre à ce défi démographique, le gouvernement envisage d'assurer la prise en charge de la dépendance par la création d'un 5^{ème} risque, combinant un financement public au titre de la solidarité nationale et la mise en place d'une assurance individuelle. D'où l'emploi de l'expression 5^{ème} risque, avec la dimension assurantielle qu'elle suppose, préférée à celle de 5^{ème} branche de la sécurité sociale.

Les contours du futur projet de loi sur le 5^{ème} risque de protection sociale sont dessinés par la LFSS 2009. L'objectif assigné au projet est notamment de mettre en oeuvre

un nouveau droit universel à l'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Le débat est posé et des réactions se font entendre. La CNSA demande la clarification de la part du financement public et des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective. Elle préconise la prise en compte des ressources du bénéficiaire pour décider de l'accès au financement ou du niveau couvert par ce dernier. La part du financement dévolu à la solidarité nationale et au département reste aussi à déterminer et soulève des inquiétudes. Ainsi, le point de vue de M. BENMEDDAH au sujet de la création d'un 5^{ème} risque traduit la différence des positionnements : « oui à la création d'un 5^{ème} risque. La solidarité doit être nationale et supportée par l'ensemble des revenus. On doit payer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins ». Le milieu associatif se montre quant à lui particulièrement attaché aux principes ayant guidé la création des quatre branches de la sécurité sociale : un accès universel aux prestations et une égalité de traitement pour tous. Le témoignage des usagers de l'AP-HP que nous avons rencontrés confirme ce point de vue.

Cependant, la voie choisie actuellement par le gouvernement semble être la conjugaison de la solidarité nationale et de la responsabilité individuelle.

L'origine et la répartition de ces financements impacteront le secteur sanitaire et médico-social de la personne âgée en fonction des choix qui seront faits. La réforme des USLD vient interroger certaines décisions qui semblent paradoxales. Comment peut-on comprendre le fait de vouloir pratiquer une diminution des places de soins de longue durée dans un contexte d'augmentation des besoins ? Nous sommes aujourd'hui confrontés à l'évolution de ce système qui tend à remodeler les USLD et, par vases communicants, les EHPAD. Il convient alors de mesurer un certain nombre de conséquences et d'enjeux au regard de nos pratiques professionnelles.

2. Les enjeux dans notre pratique professionnelle : de la responsabilité à l'éthique

Les discours nationaux qui entourent cette réforme mettent toujours en valeur la place de la personne âgée dans le souci d'améliorer la qualité de la prise en charge. Force est de constater que si cette volonté est essentielle, elle est aussi très complexe à concilier avec les difficultés du terrain. En qualité de professionnels de la santé publique, nous aurons à accompagner et à appliquer ces réformes en privilégiant la qualité de la prise en charge de la personne âgée vulnérable, tout en maîtrisant les dépenses de ce 5^{ème} risque.

Cette équation, si difficile à résoudre, doit être posée en écho à une responsabilité et une éthique professionnelle qu'il convient de préciser.

En lien avec la dévalorisation de la personne âgée dans notre société, il existe une réelle dépréciation des métiers de la prise en charge, du gériatre à l'auxiliaire de vie, qui affaiblit les établissements. E. HIRSCH dénonce cette dévalorisation qui consiste à mettre les personnels les plus en difficulté au service des plus vulnérables. Il insiste en disant qu'il faudrait mettre « les meilleurs professionnels » auprès de ces personnes. Il s'agit donc de former différemment et de rendre attractive cette filière. A ce titre, notre responsabilité est engagée. Pour ceux qui auront à recruter, accompagner, soutenir et motiver les personnels des futures USLD, il s'agira d'appréhender cette problématique au regard de valeurs professionnelles bien identifiées par les différents projets d'établissement. Il appartiendra notamment aux décideurs de s'assurer que ces professionnels puissent évoquer leurs difficultés, voire leurs souffrances et qu'ils soient en mesure d'y remédier. Différents moyens sont à notre disposition, d'autres sont à inventer. Notre responsabilité réside dans la vigilance à répondre à ce problème identifié. Elle est inhérente à une réflexion sur l'éthique professionnelle.

Quoi qu'il en soit, il n'y aura pas de prise en charge idéale qui contenterait l'ensemble de la population et des acteurs. Des choix et des partitions devront être faits par les pouvoirs publics, par les dirigeants et par les équipes.

A ce titre, l'éthique peut être soutenante au sens où E. HIRSCH la définit : l'éthique n'est pas le choix entre le bien et le mal, mais c'est l'appréhension de la complexité. Une décision doit être prise malgré les contraintes. Un choix peut être sous-tendu à une question économique, à la condition qu'il ne contredise pas les valeurs de l'institution et qu'il soit compris par les équipes.

Chacun à son niveau aura des décisions à prendre et des choix à effectuer. Les arbitrages ne se feront pas sans mal. L'enjeu pour nous sera de préserver au mieux les intérêts de la personne âgée et ceux des personnels. La vigilance est de mise car la réforme des USLD n'est pas toujours très lisible au regard de la pérennité des moyens qui seront alloués aux établissements. Si elle semble participer à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée vulnérable, il est de notre responsabilité de veiller à sa juste application. Qui plus est, il reste essentiel que les professionnels de la santé publique que nous sommes soient aussi les défenseurs d'une place revalorisée de la personne âgée dans nos sociétés. Cette attitude éthique a pour nous valeur d'un futur possible à la fois intergénérationnel et solidaire.

Conclusion

La réforme des USLD, menée selon la LFSS pour 2006, a permis d'éviter le basculement total des lits d'USLD du sanitaire vers le médico-social. En effet, grâce à la coupe PATHOS, les établissements sanitaires ont pu, de manière variable selon les régions, conserver tout ou partie de leur capacité en lits USLD afin d'accueillir des patients réellement hospitalo-requérants. Cela va dans le sens d'une meilleure qualité de prise en charge puisque le patient se trouve alors dans le « bon lit ». En ce sens, il est utile aux établissements qui peuvent s'en servir comme d'un outil de pilotage et de prospective pour leurs stratégies futures.

Toutefois, il ne faut pas occulter les dimensions politique et économique de cette réforme. Certains arbitrages ont été faits par les ARH concernant l'implantation des lits et des stratégies différentes ont été menées en fonction des régions. Par ailleurs, la réforme de la tarification des EHPAD (ayant précédé celle des USLD) a transféré une partie des charges en personnel aux conseils généraux. Cela complexifie la mise en œuvre de la médicalisation nécessaire des EHPAD. De nombreux acteurs de terrain estiment donc que les effectifs prévus par le plan solidarité grand âge ne sont pas au rendez-vous.

Malgré les avancées de la réforme, il subsiste de nombreuses interrogations. Le vieillissement démographique va pousser les pouvoirs publics dans les années à venir à s'interroger sur de nouveaux modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les coopérations entre les différents acteurs, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou du maintien à domicile seront incontournables à l'avenir.

A la question initiale « Faut-il croire en la réforme des USLD ? », nous pouvons répondre oui, mais seulement si elle est suivie d'autres réformes et modifications du système, notamment en aval de la filière. C'est à ce prix que cette réforme sera un succès. Une des ramifications de cette problématique réside dans la valorisation constante du maintien à domicile, qui est la ligne directrice de toutes les politiques publiques de prise en charge des personnes âgées, depuis le premier plan Laroque de 1962. Ce mode de prise en charge, fondé sur le soutien et l'accompagnement des personnes, est-il cependant viable financièrement aujourd'hui ? Lorsque l'on atteint un certain degré de dépendance, la solution du placement en institution devient économiquement la plus avantageuse pour la société. Aussi, les gouvernements à l'avenir parviendront-ils à concilier l'amélioration de la qualité de prise en charge avec des impératifs économiques contraints et incertains ?

Bibliographie

Les ouvrages

- ENNUYER Bernard, *Les malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*, DUNOD, 2004
- FELLER Elise. *Histoire de la vieillesse en France : 1900-1960*, Editions Seli Arslan SA 2005.
- HIRSCH Emmanuel, *Le devoir de non-abandon*, Cerf, 2004
- PLOTON Louis, *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Editions Chroniques Sociales, Lyon 2003, 244 p.

Les articles et revues

- Fondation nationale de gérontologie, compilation d'articles, *gérontologie et société n° 104*
- *La Revue de gériatrie*, juin 1999, tome 24 n° 6
- CAUSSE David, adjoint au délégué général de la FHF responsable du pôle vieillesse-handicap et du secteur santé mentale, *Structures de prise en charge des personnes âgées : quelle évolution, quel financement ?*, Réflexions hospitalières, juin 2005.
- EVEN Odette. *Projet de vie et organisation du travail en long séjour*, *Gestions hospitalières*, Avril 1998.
- HIRSCH Emmanuel, *Ethique : des enjeux, des questions*, Commission Projet Espace éthique/ AP-HP Alzheimer 2008, atelier de réflexion, jeudi 26 juin 2008
- PASQUIERS-NAGA F. DAVID JP, DI MENZA C. *Description comparative des patients adressés en maison de retraite ou en soins de longue durée à l'issue d'une hospitalisation en soins de suite*. *La Revue gériatrie*, Tome 27, N°1 Janvier 2002
- PREVOST P., VUILLEMIN C., FENDER P. Etude PATHOS sur l'échantillon ERNEST 2001. CNAMTS et DSM *Les soins de santé en maisons de retraite*,

foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national. 27 février 2003, 65 p.

- SAUNIERE P, CHEKROUD H, MALLET D, CATTO M. *De la vieillesse idéalisée aux services de long séjour*, La revue de gériatrie, Tome 28, N°3 Mars 2003.
- TOURMENTE David. *Les unités de soins de longue durée : gros plan sur une réforme*, Revue « Droit, Déontologie & Soins » n° 3, volume 7, septembre 2007

Les rapports et mémoires

- Compte-rendu de la rencontre entre Philippe BAS, ancien ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille et Claude EVIN, président de la FHF, 18 mai 2006
- FAY Laurence, *La convention tripartite : contrainte réglementaire ou opportunité managériale ? L'USLD de Toga à la croisée des chemins*, mémoire directeur d'établissement sanitaire et social, 2004-2005
- GISSEROT Hélène, GRASS Etienne, *Perspective financière de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, rapport ministériel, 20 mars 2007.
- LAROQUE Pierre. Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. 1962
- NEMITZ Bergamote, *La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, mémoire directeur d'hôpital, 2005-2007
- Syndicat National de Gérontologie Clinique, *Rapport moral de l'assemblée générale*, 26/03/09
- TOURMENTE David. *Quel devenir pour l'USLD de l'HÔPITAL de Tournan en Brie*. Mémoire directeur d'établissement sanitaire et social, 2005-2006.

Textes de lois et réglementaires

- Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes Handicapées.
- Loi n°2005-102 du 11 février pour l'égalité des droits et des chances.
- Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale.

- Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 relative au financement de la sécurité sociale.
- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.
- Circulaire 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.
- Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/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
- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/2C/CNSA/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 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

Les entretiens

- Entretien avec le Dr Emmanuel VASSEUR, gériatre retraité, réalisé le 06/05/09 à Angers (49).
- Entretien avec Anne-Yvonne EVEN, chargée de mission, Agence régionale d'hospitalisation de Bretagne.
- Entretien avec le Dr Jean-Marie VETEL, gériatre, chef de service à l'hôpital du Mans.
- Entretien avec Christiane ANTOINE-BROUSSE, représentante des familles dans un EHPAD à but non lucratif, M. Aldo SALUARD Président de l'association des familles des résidents en USLD, Dr GRIMBERT, gériatre à la retraite et un représentant des familles dans un EHPAD à but non lucratif, à L'hôpital Broca (AP-HP), réalisé le 07/05/09
- Entretien téléphonique avec le Dr Dominique BURONFOSSE, gériatre, responsable de pôle de l'hôpital de Quimperlé, réalisé le 11/05/09

- Entretien avec Huguette LEGALL, présidente de la maison associative de la santé et représentante des usagers au CHU de Rennes, réalisé le 12/05/09
- Entretien avec le Professeur JOUANNY, Gériatre au CHU Rennes, réalisé le 12/05/09.
- Entretien avec M. Kamel BENMEDDAH, conseiller technique au conseil général d’Ille-et-Vilaine (35), réalisé le 12/05/09
- Entretien avec F. PONCHON, directeur de l’hôpital de St Meen Le Grand, réalisé le 13/05/09
- Entretien avec Emmanuel HIRSCH, professeur des universités, directeur de l’espace éthique de l’AP-HP, hôpital St Louis à Paris, réalisé le 13/05/09
- Entretien avec le Dr LE PONNER, gériatre médecin coordonnateur d’EHPAD, réalisé le 13/05/09

Sites Internet

- www.fhf.fr
- www.sngc.fr
- www.sante-sports.gouv.fr/
- www.legifrance.gouv.fr/

Liste des annexes

Annexe 1 : Rappel méthodologique

Annexe 2 : Journal de bord

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 4 : Fiche médicale d'admission USLD, CHU de Rennes

Annexe 5 : Carte du département de l'Ille-et-Vilaine avant et après la réforme

Annexe 1

RAPPEL DE LA METHODOLOGIE

La méthodologie a été un souci régulier de notre groupe. Dès le début, elle nous est apparue comme garante du bon déroulement du travail de groupe, de la qualité de notre démarche et du respect des délais pour la production du rapport. Elle a d'ailleurs fait l'objet d'un journal de bord (annexe 2), rédigé au jour le jour afin de suivre chaque étape de notre étude.

▣ **Le temps d'appropriation du sujet**

La présentation de chacun des membres du groupe a permis de mettre en avant l'hétérogénéité des niveaux de connaissances sur le sujet. Si certains le maîtrisaient grâce à leur expérience et allaient se positionner en « personne-ressource », d'autres n'avaient qu'un savoir limité sur la question des USLD. Toutefois dès le début, il est apparu que la composition du groupe allait permettre d'avoir une vision de la réforme sur plusieurs territoires dans la mesure où nous avons effectué des stages ou exercé des emplois dans différentes régions. Le premier jour a été dédié à un premier questionnaire sur le sujet au sein du groupe, les personnes « expertes » répondant aux questions des « profanes ». Il s'est rapidement dégagé de ce brainstorming une question de départ et quatre axes de travail. Nous avons en effet choisi d'aborder la réforme des USLD sous le questionnaire suivant: quels intérêts et quelles limites ; et selon quatre axes : l'aspect technique, l'aspect financier, l'aspect qualité et l'aspect éthique. Un jour et demi ont été nécessaires pour cerner et pour définir notre point d'entrée dans le sujet.

▣ **Le temps d'investigation**

Sur la base de ce questionnaire, nous avons réparti le travail de recherche d'informations au sein du groupe. Certains se chargeaient de la recherche bibliographique alors que d'autres reprenaient le dossier documentaire. En revanche, chacun a pris part aux entretiens. Onze avaient été prévus par les animatrices. Nous avons eu le souci de constituer les binômes ou trinômes d'entretien avec des personnes de filières différentes et venant du concours interne et externe afin d'avoir un positionnement et un apport différents. Les entretiens avaient été préalablement préparés collectivement avec la rédaction d'un guide d'entretien (annexe 3) reprenant nos quatre axes. La retranscription des entretiens et des recherches à l'ensemble du groupe s'est faite par la rédaction de fiches

de lecture sur la base d'une grille d'analyse reprenant les axes de travail et par une synthèse écrite des entretiens.

Nous avons consacré 5 jours à cette phase d'investigation.

Notons ici qu'il existe très peu de documents d'analyse de la réforme des USLD. Nos travaux sont dès lors largement basés sur les entretiens avec les limites que cela comporte. En effet, méthodologiquement, cela a exigé de notre part une vigilance et un esprit critique envers les propos tenus. Les échanges entre nous ont permis de prendre du recul. Par ailleurs, les entretiens étaient largement tournés vers l'Ille et Vilaine et vers la Bretagne ce qui aurait pu limiter notre regard ; mais nos expériences personnelles nous ont permis d'apporter des nuances aux discours des professionnels du département assez politisés.

✕ **Le temps de l'analyse**

Forts de ces informations, nous les avons reprises collectivement. Si certaines ne posaient pas de difficultés, d'autres ont fait l'objet de discussions entre nous et d'un questionnement plus poussé. Cette phase a permis de mettre en avant les positionnements parfois différents des futurs professionnels que nous sommes.

Nous avons pu en outre dégager les idées fortes du sujet et donc élaborer le plan du rapport. Nous l'avons collectivement détaillé afin de faciliter la phase suivante.

✕ **Le temps de la rédaction**

Compte tenu des délais qui nous étaient impartis et pour faciliter le travail, nous avons fait le choix de répartir par binôme la rédaction des parties du rapport. Deux jours ont été consacrés à ce temps de rédaction. Néanmoins ce découpage a rendu nécessaire une harmonisation des travaux à la fin afin de s'assurer d'aucune redite ou oubli et de tisser les liens requis. Nous avons également veillé à un temps de relecture collective et de mise en page du rapport.

Tout au long du MIP, chaque membre a dû trouver sa place dans le groupe en fonction de son positionnement professionnel et de sa personnalité. Les différences du groupe ont été source d'enrichissement à la fois pour le travail réalisé mais aussi à titre individuel. Nous avons développé nos capacités d'écoute et de négociation pour intégrer et respecter le rythme et les idées de chacun. Néanmoins, il y eut quelques malentendus mais la tolérance du groupe a permis de les partager et de les lever. Nous nous sommes investis

dans le travail de groupe, ce qui a apporté une réelle dynamique productive. Nous sommes conscients que ce travail est tout à fait transférable dans les situations professionnelles que nous rencontrerons dans l'avenir.

Nous avons à chaque étape de notre démarche été accompagnés par nos animatrices dans un bon équilibre. Des rencontres fréquentes avec elles nous ont permis de rester proches du sujet et ne pas trop élargir nos réflexions. Elles ont également insisté sur l'analyse de nos entretiens et ont attiré notre attention sur le respect des délais afin de garantir la bonne réussite de ce module interprofessionnel.

Annexe 2

JOURNAL DE BORD

Lundi 4 Mai

Objectifs

Prise de contact avec les animatrices et entre les membres du groupe
Organisation logistique pour le bon déroulement du MIP
Première approche du sujet

Ce qui a été fait

Présentation individuelle de chaque membre du groupe : parcours personnel, attentes du MIP, intérêt et connaissances sur le sujet.
Désignation du référent logistique, interface avec la filière.
Questionnement collectif sur la réforme des USLD et mise en commun avec les animatrices

Bilan

Bilan des connaissances déjà acquises sur le sujet, grâce aux expériences personnelles et identification de nos besoins en connaissances.
Définition de notre question de départ : La réforme des USLD, intérêts et limites.

Mardi 5 mai

Objectifs

Adopter une organisation et un planning de travail.

Ce qui a été fait

Désignation d'un référent journal de bord pour suivre la méthodologie de notre démarche.
Désignation d'un animateur et régulateur des débats et d'un rapporteur pour retracer les idées.
Travail avec l'ensemble du groupe sur la question de départ : émergence des idées fortes et des points d'entrée dans le sujet (thèmes de travail).
Regroupement avec les animatrices pour exposer notre méthode de travail.
Répartition des membres du groupe pour les entretiens en veillant à respecter l'interfiliarité pour une pluralité d'approches et en fonction des centres d'intérêt personnels. Prises de contact téléphonique pour les confirmer et pour l'organisation matérielle.
Traitement des aspects logistiques des déplacements (autorisations de déplacements ...)
Travail collectif sur la construction d'une trame de questions pour les entretiens.

Bilan

Travail désormais organisé autour des 4 axes : aspects qualité, technique, financier et éthique.
Elaboration du guide d'entretien selon ces 4 axes

Mercredi 6 mai

Objectifs

Organisation de la phase de recueil d'informations
Débuts des investigations

Ce qui a été fait

Répartition des tâches en terme de bibliographie par souci d'efficacité (éviter que tout le groupe lise tous les documents). Constitution de binômes pour recherches à la bibliothèque, relecture du dossier documentaire et des documents complémentaires sur Real, recherche internet et recherche des textes législatifs et réglementaires.

Définition d'un mode commun de restitution des entretiens (une synthèse par binôme ou trinôme d'entretien) et des lectures (grille d'analyse en fonction des axes de travail). Partage des informations via les mails.

Fixation d'un moment de rencontre pour échanger en fin de journée sur l'état d'avancement des investigations.

1^{er} entretien : Docteur Vasseur, Angers pour trois d'entre nous.

Bilan

Premières difficultés rencontrées : manque de document d'analyse sur la réforme. Démarche d'investigation reposant principalement sur les entretiens. D'où attention à être vigilant aux propos tenus et à leurs possibles orientations subjectives

Jeudi 7 mai

Objectifs

Poursuite des investigations

Ce qui a été fait

Recueil d'informations sur le terrain avec les entretiens suivants :

Mme EVEN, chargée de mission, ARH Bretagne, Rennes.

Docteur VETEL, gériatre à l'hôpital du Mans, Le Mans

Représentants des familles de malades en USLD et en EHPAD, Paris

Poursuite de la recherche documentaire pour le reste du groupe.

Bilan

Envoi des synthèses et fiches de lecture entre chacun des membres du groupe pour une prise de connaissance, durant le week-end, de la part de tous du travail déjà effectué et informations déjà à disposition.

Lundi 11 mai 2009

Objectifs

Profiter de cette journée sans déplacement pour faire un bilan collectif de l'avancée des investigations.

Affiner, si besoins, nos attentes en information.

Ce qui a été fait

Désignation d'un animateur et rapporteur des débats.

Mise en commun et discussion sur les idées soulevées lors des entretiens. Première analyse. Se sont dégagées deux grandes idées : d'abord la présentation de la réforme en elle-même puis les implications qu'elle suppose pour l'avenir et qui sont plus incertaines. Début de réflexion sur la problématique mais interrogation sur cette notion.

Identification de besoins d'informations supplémentaires sur certains points : d'où reprise de notre guide d'entretien sur les questions où il a été difficile d'obtenir des réponses et formulation de nouvelles questions sur les points les plus discutés ou plus troubles.

Interview téléphonique avec le Docteur BURONFOSSE, gériatre, responsable de pôle de l'hôpital de Quimperlé.

Rencontre avec nos animatrices : point sur le déroulement des entretiens. Réponse à notre questionnement sur la problématique. Enfin, elles attirent notre attention sur l'importance de l'analyse des entretiens et sur la nécessité de se projeter en tant que futurs professionnels dans nos travaux.

Bilan

Difficultés rencontrées : risque de trop s'éloigner de notre sujet d'où fort besoin de structurer notre réflexion.

Décision de consacrer entièrement les journées du mercredi et du jeudi à l'analyse des entretiens.

Mardi 12 mai

Objectifs

Poursuite de la phase d'investigation

Ce qui a été fait

Entretiens :

- Mme LE GALL, représentante des usagers au CHU de Rennes, Saint Grégoire.
- Professeur JOUANNY, gériatre au CHU de Rennes
- M. BENMEDDAH, conseiller technique au conseil général d'Ille-et-Vilaine (35), Rennes.

Recherche bibliographique sur des points plus précis.

Synthèse par binôme des entretiens

Mercredi 13 mai

Objectifs

Fin des investigations
Analyse et structuration des idées

Ce qui a été fait

Entretiens :

M. PONCHON, directeur d'hôpital, Saint Meen Le Grand.

Docteur LE PONNER, gériatre, coordonnateur d'EHPAD, Rennes.

M. HIRSCH, professeur des universités, directeur de l'espace éthique AP-HP, Paris

Désignation d'un animateur et rapporteur des débats.

Analyse non pas entretien par entretien, mais par thèmes de travail et grandes idées, chacun apportant à la discussion les éléments à sa disposition après ses entretiens et lectures.

Discussion notamment sur l'idée d'un transfert de charge de la réforme et sur le lien entre la réforme USLD et la réforme du financement.

Bilan logistique : états de frais remplis par tous

Bilan

Elaboration d'une première ébauche de plan détaillé.

Clôture de l'aspect logistique du MIP.

Jeudi 14 mai 2009

Objectifs

Finir la phase d'analyse
Structuration de notre réflexion en un plan très détaillé.

Ce qui a été fait

Poursuite de l'analyse. Réajustement du plan.

Validation collective du plan et approfondissement du plan détaillé pour faciliter la rédaction.

Répartition par binôme des 6 sous parties du plan à rédiger. Vigilance à associer des personnes de filières différentes pour le positionnement professionnel.

Rencontre avec notre animatrice pour faire un état des lieux de nos discussions et pour la validation du plan.

Vendredi 15 mai

Objectifs

Commencer la rédaction.

Ce qui a été fait

Rédaction par binôme.

Réflexion collective sur le contenu de l'introduction et désignation des personnes en charge de la rédiger.

Bilan

Prise de conscience de la nécessité de dégager du temps pour l'harmonisation des écrits et de la mise en page.

Mise en commun des écrits pour une lecture personnelle pendant le week-end.

Lundi 18 mai

Objectifs

Sur le fond, veiller aux oublis ou à l'inverse aux redites, s'assurer des transitions

Sur la forme, harmonisation des écrits.

Ce qui a été fait

Désignation d'un référent mise en page.

Relecture par groupe de chaque partie du rapport

Réajustement dans la rédaction des parties.

Rédaction des chapeaux et liens

Présentation du rapport aux animatrices

Bilan

Rapport entièrement rédigé

Problème rencontré : écoute entre membres parfois difficile compte tenu de la tâche à effectuer et des délais impartis

Mardi 19 mai

Objectifs

Lister les annexes

S'assurer de l'exhaustivité de la bibliographie et la formaliser

Finir la relecture

Evaluation du MIP

Ce qui a été fait

Réflexion collective sur les annexes pertinentes
Recherche des annexes dans le format informatique (scanner)
Rédaction par un membre du groupe de la bibliographie
Relecture collective et correction des fautes d'orthographe
Fiche d'évaluation remplie et remise

Bilan

Rapport relu dans son ensemble collectivement
Documents complémentaires validés

Mercredi 20 mai

Objectifs

Finalisation du rapport et préparation de la soutenance

Ce qui a été fait

Dernière relecture globale
Mise en page du rapport
Réflexions sur la soutenance

Bilan

Clôture du MIP : dépôt du rapport sur Real et transmission aux animatrices pour préparer la soutenance

Question d'introduction

- histoire de la médicalisation des EHPAD et des USLD
- évolution des caractéristiques des personnes âgées / besoins
- évolution des textes légaux, des prises en charge et contexte socio-économiques
- dépendance et soins, médico-social/sanitaire
- historique réforme USLD

<p style="text-align: center;">LE FINANCEMENT OBJECTIF : CHANGEMENTS</p> <p>Qu'est-ce que selon vous la réforme a changé ou pourrait changer ? Qui paye quoi ? Qu'en pensez-vous ? Les transferts de charges (sanitaire/médico-social ; solidarité/usager) Comment mettez-vous en œuvre la réforme ? (stratégies et difficultés) Selon vous, quels sont les perspectives et les enjeux pour les EHPAD et les USLD ?</p>	<p style="text-align: center;">ASPECTS TECHNIQUES OBJECTIF : PERTINENCE DES OUTILS ET CRITERES CRITERES NATIONAUX : TERRITORIALISATION</p> <p>Quels outils et démarches ont été utilisés pour mettre en œuvre la réforme ? (prévoir une relance sur Pathos, qu'en pensez-vous ?) Ces outils sont-ils suffisants ou pertinents ? Quelles sont les incidences sur le territoire par rapport à l'offre de soins ? pour votre établissement ? Avez-vous participer à la négociation de la réforme sur votre établissement, sur votre territoire ? Une évaluation est-elle prévue ?</p>
<p style="text-align: center;">LA QUALITE DE LA PEC</p> <p>L'établissement fait-il des projets de vie pour ses résidents ? Qu'est ce que, pour vous, une PEC de qualité d'une personne âgées ? Pourriez-vous identifier quelques valeurs du projet ? d'établissement / accompagnement des projets ? Objectifs / convention tripartite Selon vous quelles sont les conséquences de la réforme en matière de qualité ? En quoi la prise en charge médicale en USLD est adaptée aux personnes âgées ? Relancer sur la loi 2002-2</p>	<p style="text-align: center;">ETHIQUE (SELECTION) OBJECTIFS : ACCES AUX SOINS, RESPECT DE LA PERSONNE, FIN DE VIE</p> <p>La mission des USLD est –elle de faire du curatif ? Que pensez-vous qu'il faille s'arrêter dans le soin à la PA ?</p>

CHU de Rennes
 MEDECINE GERIATRIQUE - Professeur P. Jouanny
 ☎ 02 99 28 42 56 - Madame J. Jouanne
 Fax 02 99 28 41 63

CRG de Chantepie
 Soins de Longue Durée - Docteur A. Bachagha
 ☎ 02 99 26 75 75 - Madame Passalacqua (poste 7362)
 Fax 02 99 26 79 98

FICHE MÉDICALE de PRÉ-ADMISSION en SOINS DE LONGUE DUREE (SLD)

Unité destinée à accueillir des patients âgés n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

À remplir par un Médecin ou Interne

Date :

Nom du Demandeur (médecin, interne)
Cachet du Service et Signature

Motif de la demande d'entrée en SLD :

- Maladie chronique évolutive nécessitant des soins chroniques
- état de dépendance lourde

Circonstances :

- Epuisement de l'entourage
- Impossibilité de retour à domicile après Hospit.
- Rapprochement familial

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Situation de famille :

Médecin traitant :

PATHOLOGIES EVOLUTIVES TRAITEES ACTUELLEMENT

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

ÉTAT ACTUEL

- | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| ① État Général: | Poids : | Escarres : | | | |
| ② Cardio-Vasculaire | Cardiopathie | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | Décompensation cardiaque chronique | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ③ Pulmonaire | Infections respiratoires à répétition | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | insuffisance respiratoire chronique | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| ④ Psychique | Troubles de la Mémoire | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | Troubles du comportement | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | préciser : agressivité, cris, fugues | | | | |
| ⑤ Neurologique | Déficit moteur | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | Troubles de la déglutition | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | Troubles de l'équilibre | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| | Troubles du langage | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

CARTE DES NOUVELLES USLD EN ILLE-ET-VILAINE



Source : Agence régionale hospitalière, septembre 2008

Communes concernées par une fermeture complète d'ici fin 2009 : Cancale, Combourg, Antrain, La Guerche-de-Bretagne, Saint-Méen-le-Grand.