



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2006**

**LES UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE : DU SANITAIRE AU MÉDICO-
SOCIAL.**

QUEL DEVENIR POUR L'USLD DE L'HÔPITAL LOCAL DE TOURNAN EN BRIE ?

David TOURMENTE

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement, Monsieur Dominique PELJAK, Directeur par Intérim de l'hôpital local de Tournan en Brie (77), par ailleurs Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Melun (77) pour m'avoir guidé, avec bienveillance, dans mon parcours de professionnalisation malgré un contexte institutionnel difficile.

Je remercie également Monsieur Jean-Marc GILBON, responsable de la formation professionnelle des Directeurs d'Établissements Sanitaires et Sociaux à l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes pour m'avoir autorisé à prolonger mon stage de professionnalisation pour mener à bien la préparation de la « coupe Pathos » sur la population accueillie dans l'unité de soins de longue durée.

Je remercie Mesdames Marie-Eve JOEL et Sandrine DUFOUR-KIPPELEN, respectivement, Professeur d'université en Économie et Maître de Conférences en Économétrie à l'Université Paris Dauphine pour leurs conseils dans l'élaboration du mémoire de troisième cycle ; ainsi que Madame le Docteur Patricia LORTIC, médecin-conseil à l'Échelon Régional du Service Médical de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île de France.

Enfin, je remercie Jérôme LE BRIERE et Bruno CHAMPOLLION pour leurs conseils et leur relecture attentive.

Sommaire

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | LE CONTEXTE NATIONAL ET LOCAL, A L'ORIGINE D'UNE REFLEXION SUR L'USLD DE L'HOPITAL LOCAL | 9 |
| 1.1 | Le contexte national – la réforme des Unités de Soins de Longue Durée | 9 |
| 1.1.1 | Le point de départ de la réforme : la sortie des dépenses de santé des patients au long cours de l'enveloppe de l'assurance maladie | 9 |
| 1.1.2 | L'esprit de la réforme de la prise en charge des patients au long cours | 10 |
| 1.2 | Le contexte local..... | 12 |
| 1.2.1 | La situation de l'établissement | 13 |
| 1.2.2 | L'Unité de soins de longue durée de l'hôpital local | 13 |
| 2 | LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET POLYPATHOLOGIQUES..... | 16 |
| 2.1 | Le phénomène de dépendance | 16 |
| 2.1.1 | Les données relatives à la dépendance..... | 16 |
| 2.1.2 | L'étude AGGIR de la population de l'USLD de l'hôpital local | 18 |
| 2.2 | L'état de santé de nos aînés..... | 19 |
| 2.2.1 | Les personnes âgées sont-elles en plus mauvaise santé qu'auparavant ? | 19 |
| 2.2.2 | Pathos et son application à la population accueillie en USLD | 20 |
| 3 | L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SOINS DE LONGUE DUREE DANS LES DEPENSES DE SANTE ET LE FINANCEMENT DES SOINS DE LONG TERME | 28 |
| 3.1 | La notion de soins de longue durée et l'évolution des dépenses de santé . | 28 |
| 3.1.1 | Définition des soins de longue durée – une approche macro-économique | 28 |
| 3.1.2 | Evolution des dépenses de santé – Quels scénarii ? | 28 |
| 3.2 | L'évolution des politiques sociales liée aux soins de longue durée | 30 |
| 3.2.1 | Des choix de politiques sociales différents..... | 30 |
| 3.2.2 | Le choix de la France en matière de financement des soins de longue durée | 32 |
| 4 | LE DEVENIR DE L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE L'HOPITAL LOCAL DE TOURNAN..... | 38 |
| 4.1 | Les critères de redéfinition et redéfinition des USLD en EHPAD | 38 |
| 4.1.1 | Les critères retenus pour la redéfinition des USLD | 38 |
| 4.1.2 | Redéfinition des USLD en EHPAD (maisons de retraite médicalisées)..... | 39 |

| | | |
|-------------------------------|---|-----------|
| 4.2 | Quel choix pour l'USLD de l'hôpital local de Tournan ?..... | 41 |
| 4.2.1 | Un contexte démographique local favorable | 41 |
| 4.2.2 | Une nouvelle philosophie de la prise en charge – un préalable indispensable.... | 43 |
| 4.2.3 | Les propositions sur le devenir de l'Unité de Soins de Longue Durée | 46 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 55 |
| LISTE DES ANNEXES..... | | 58 |

Liste des sigles utilisés

| | |
|---------|---|
| AGGIR | Autonomie Gérontologie – Groupe Iso-Ressources |
| APA | Allocation Personnalisée à l'Autonomie |
| AP-HP | Assistance Publique des Hôpitaux de Paris |
| ARHIF | Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France |
| AS | Aide-soignant (e) |
| ASH | Agent des Services Hospitaliers |
| CES | Conseil Economique et Social |
| CNSA | Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie |
| CRAMIF | Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France |
| CS | Court Séjour |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DHOS | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins |
| DOMINIC | Dotation Minimale de Convergence |
| DREES | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique |
| DTA | Démences de Type Alzheimer |
| ECG | Electro-cardiogramme |
| EHPA | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| ERSM | Echelon Régional du Service Médical |
| ETP | Equivalent Temps plein |
| FFAPA | Fonds de Financement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie |
| FHF | Fédération Hospitalière de France |
| FINESS | Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux |
| FMAD | Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile |
| GIR | Groupes Iso Ressources |
| GMP | GIR Moyen Pondéré |
| GPP | Groupe de Profils Pathologiques |
| HID | Enquête Handicaps-Incapacités et Dépendances |

| | |
|--------|--|
| IDE | Infirmière Diplômée d'Etat |
| INSEE | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| LFSS | Loi de Financement de la Sécurité Sociale |
| MARTHE | Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des établissements d'Hébergements pour personnes âgées |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement Economiques |
| ONDAM | Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PMP | Pathos Moyen Pondéré |
| PRIAC | Programmes interRégionaux d'Accompagnement des Handicaps et Pertes d'Autonomie |
| PSD | Prestation Spécifique Dépendance |
| PUI | Pharmacie à Usage Intérieur |
| RTT | Réduction du Temps de Travail |
| SLD | Soins de Longue Durée |
| SMTI | Soins Médico-Techniques Importants |
| SNGC | Syndicat National de Gériatrie Clinique |
| SROS | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| T2A | Tarification A l'Activité |
| USLD | Unité de Soins de Longue Durée |
| V2 | Version 2 de l'accréditation |

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population de la France se poursuit. Au 1^{er} janvier 2006, 16,2 % des habitants avait 65 ans ou plus, soit 1,1 point de plus que dix ans plus tôt. En 2005, près de 21 % des français (soit plus de 12,5 millions) avaient fêté leur 60^{ème} anniversaire, 8 % (soit près de 5 millions) leur 75^{ème} et 1,8 % (soit plus d'un million) leur 85^{ème}, dans les années soixante ces proportions n'étaient que de 17- 4 et 1, dans 25 ans elles pourraient atteindre 31, 13 et près de 4¹. Toujours au 1^{er} janvier 2006, les 65 ans et plus étaient 10,2 millions et représentent 16,2% de la population totale.

Ce vieillissement de la population âgée a donné lieu à une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dégénératives dont les conséquences s'ajoutent aux effets de la sénescence pour donner lieu à des incapacités fonctionnelles et des handicaps.

Fin 2003, près de 490 000 personnes de 60 ans et plus vivaient en maisons de retraite ou en unités de soins de longue durée. En outre, 148 000 personnes résidaient en logements-foyers. Selon l'enquête HID (Handicaps incapacités dépendances), 59 % des personnes se classaient dans le groupe de dépendance le plus sévère et 49% de cette population vivaient en établissement. Au total 5,1 % de la population âgée de 60 ans et plus vit en institution. Ce mode de vie augmente avec l'âge, surtout après 80 ans.

Le recours à l'institutionnalisation est retardé, en effet l'âge moyen d'entrée dans les établissements le montre (âge moyen d'entrée de 83 ans), toutefois les demandes auprès des services de soins et des services sociaux se sont accrues. Il a fallu en outre, adapter les institutions d'hébergement au vieillissement et à la détérioration de l'état de santé de leurs pensionnaires.

¹ C. Brutel, L. Omelek (2003), « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements : horizon 2030-2050 », Insee, collection Insee Résultats, n° 16, 40 p.

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont les seules structures hospitalières spécifiquement destinées aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite de soins continus. Elles résultent le plus souvent de l'aboutissement d'une filière hospitalière de placement après passage par les hôpitaux de court séjour puis de soins de suites.

Dès juin 2002, lors du colloque organisé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) dont le thème était « l'avenir des Unités de soins de longue durée », la problématique était déjà de broser l'avenir de ces unités et services. Le président du Colloque, Gérard Larcher, précisait dans son propos introductif que les USLD ne sont pas « des maisons de retraite plus chères que les autres pour des raisons historiques et avec des privilèges juridiques et budgétaires particuliers ». A l'époque, il était déjà question de réfléchir sur les orientations de ces services.

Un projet était en chantier à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins sur une définition et la création de services de soins prolongés. Les soins prolongés sont destinés à répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques invalidantes entraînant un risque de défaillance des fonctions vitales et nécessitant une surveillance médicale constante et des soins à caractère technique continu. Cette acception uniquement sanitaire n'écarte pas le fait que les patients relevant des soins prolongés peuvent recourir à des prestations médico-sociales. La caractéristique principale de cette population est la lourdeur des soins infirmiers avec un temps de soins considérable au quotidien aussi bien pour les soins de base que pour les soins techniques ainsi que des soins relationnels. Ces patients ont besoins outre des soins de santé, mais également d'un véritable lieu de vie pour les accueillir pendant quelques années. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a relancé le débat sur ces unités.

L'objectif de cette étude est de présenter dans une première partie les contextes qui ont poussé à entamer une réflexion sur l'unité de soins de longue durée de l'hôpital local de Tournan en Brie, tant au niveau national que local. Les seconde et troisième parties présentent la situation sanitaire des personnes âgées et les difficultés liées au financement des soins de longue durée, agents de causalité à l'origine de l'impulsion de la réforme des unités de soins de longue durée. Enfin la dernière partie, présente mes propositions concernant l'orientation de l'USLD à l'issue de la phase de redéfinition nationale de celles-ci. Ce choix sur le devenir de l'unité s'accompagnera d'une profonde réorganisation de la future unité dans l'hypothèse de son maintien.

L'étude qui suit s'appuie sur une démarche méthodologique basée sur un recueil de données fondé sur une recherche bibliographique et la conduite d'entretiens semi-directifs.

La recherche bibliographique a été fondamentale pour fixer les différents concepts nécessaires à la compréhension du sujet. Des difficultés se sont présentées, dans la mesure, où le sujet choisi d'actualité récente, n'a pas fait l'objet de nombreux articles dans la littérature. De plus, le recul sur la réforme est extrêmement réduit, tant les contours et les finalités demeurent flous pour les acteurs concernés par celle-ci.

Néanmoins, divers ouvrages économiques, démographiques et juridiques viennent étoffer l'ensemble du travail réalisé tant les origines et les conséquences de cette réforme sont multiples.

Enfin, des entretiens semi-directifs conduits auprès d'un médecin-inspecteur de santé publique de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) et d'un médecin conseil de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (CRAMIF) m'ont permis, à la fois, de mieux cerner la méthodologie à mettre en œuvre pour cette réforme et d'éclaircir ses finalités.

1 LE CONTEXTE NATIONAL ET LOCAL, A L'ORIGINE D'UNE REFLEXION SUR L'USLD DE L'HOPITAL LOCAL

La réflexion engagée sur l'unité de soins de longue durée de l'hôpital local de Tournan en Brie résulte de deux éléments ; le premier est inévitablement la réforme nationale entreprise sur ces unités, le second est la nécessité de relancer une dynamique de projets qui jusqu' à ce jour fait cruellement défaut et peut expliquer pour partie la démobilisation des agents de l'établissement.

1.1 Le contexte national – la réforme des Unités de Soins de Longue Durée

1.1.1 Le point de départ de la réforme : la sortie des dépenses de santé des patients au long cours de l'enveloppe de l'assurance maladie

Initialement, la Mission MARTHE (Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification des établissements d'Hébergement pour personnes âgées) a étudié la consommation de soins de santé dans les établissements pour personnes âgées. Elle a cherché à expliquer la dispersion des coûts liés aux soins chez les personnes âgées en établissements d'hébergement et en services de soins de longue durée. En effet, les coûts observés tenaient compte de soins techniques et de soins de base.

Aussi, l'étude PATHOS lancée en août 2001 par le service médical du régime général de l'assurance maladie avait pour objectif de dresser les besoins de santé des populations âgées malades.

Puis, l'article 59-I de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances prévoyait le transfert des unités de soins de longue durée dans l'enveloppe gérée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie² (Objectif global de dépenses de la CNSA), entraînant, de facto, le basculement de celles-ci dans le champ médico-social.

² Loi n°2004- du 30 juin 2004 relative au plan national de solidarité

ONDAM 2006 : Sous-objectifs et prévisions

| Milliards d'euros - arrondis à 100M€ | Construction | | Prévision | | | Ecart à l'objectif |
|--|----------------|----------------------------|-----------------------|----------------|------------------|--------------------|
| | Sous-objectifs | Taux d'évolution objectifs | Base réactualisée (1) | Prévision 2006 | Taux d'évolution | |
| SYNTHESE 2006 | | | | | | |
| 1) Soins de ville | 65,3 | 0,9% | 65,0 | 65,9 | 1,4% | 0,6 |
| Total ONDAM hospitalier | 63,7 | 3,5% | 61,5 | 63,6 | 3,4% | 0,0 |
| 2) Etablissements de santé tarifés à l'activité | 45,8 | 3,3% | 44,6 | 45,8 | 2,6% | 0,0 |
| 3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé | 17,9 | 4,0% | 16,9 | 17,8 | 5,6% | 0,0 |
| Total ONDAM médico-social | 10,9 | 6,6% | 10,3 | 11,0 | 6,6% | 0,0 |
| 4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées | 4,3 | 9,2% | 4,0 | 4,4 | 9,2% | 0,0 |
| 5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées | 6,6 | 5,0% | 6,3 | 6,6 | 5,0% | 0,0 |
| 6) Autres prises en charge | 0,7 | 8,6% | 0,6 | 0,7 | 6,3% | 0,0 |
| ONDAM TOTAL | 140,7 | 2,5% | 137,5 | 141,2 | 2,7% | 0,6 |

NB : Conformément à la nouvelle loi organique sur les LFSS, l'ONDAM 2006 est décliné en plusieurs sous-objectifs qui ont été votés par le parlement.

Le tableau ci-dessus montre la composition de l'ONDAM pour 2006. Pour l'année 2006, les dépenses de santé enregistrées dans les USLD restent dans l'ONDAM hospitalier.

Après de nombreuses pérégrinations, la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006³ (LFSS) les réintègre, momentanément, au sein de l'enveloppe sanitaire. Ce choix du législateur est provisoirement subordonné à une réflexion sur la redéfinition des USLD.

1.1.2 L'esprit de la réforme de la prise en charge de s patients au long cours

Cette réforme des unités et services de soins de longue durée se décline en six objectifs. Ces derniers fixent des axes d'amélioration de la prise en charge des patients gériatriques.

L'objectif phare consiste à *resituer leurs missions et à reconnaître leur spécificité*. En effet, La reconnaissance de ces unités ou services passe au préalable par une définition des contours de leur champ d'actions. Ainsi, l'article 45 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006 permet de corriger cette lacune en précisant que ;

« 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... »

³ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006

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) ».

Cette définition a le mérite de clarifier le type de population accueillie, en distinction avec les Ehpad⁴, et de préciser les moyens humains et matériels minimum nécessaires à la poursuite de cette mission.

Parallèlement à l'ébauche d'une acception à ces Unités, leur redéfinition passe par un préalable incontournable, *déterminer le profil sanitaire des patients accueillis*. Une photographie de l'état sanitaire de la population accueillie dans les anciens services de long séjour doit être réalisée.

Elle a pour intérêt de vérifier le caractère « hospitalo-requérant » des résidents-patients ou plutôt de repérer ceux qui entrent dans la catégorie des patients « SMTI⁵ » en utilisant l'outil Pathos.

Ce nouvel exercice consiste pour le gériatre devenu « *profiler* sanitaire » à identifier pour chaque patient le ou les états pathologiques et d'y associer un profil de soins requis. Cette étude in situ, doit permettre, l'adaptation des moyens aux besoins sanitaires et médico-sociaux diagnostiqués au sein de la population cible et ainsi *garantir une prise en charge adaptée de la population vieillissante et handicapée*.

Cet objectif doit permettre un travail en transversalité dépassant les clivages sanitaires et médico-sociaux en s'appuyant sur les outils de la planification, le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération (SROS III) et les schémas gérontologiques départementaux.

La Fluidification des filières gérontologiques est une autre des priorités de la réforme. En effet, l'engorgement des services d'urgence, de médecine et de chirurgie des établissements reste problématique. Celui-ci trouve sa source dans un déficit de structures

⁴ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dénomination des maisons de retraite ayant conclu une convention tripartite avec le Conseil Général et l'Assurance Maladie.

⁵ Soins Médico-Techniques Importants

d'accueil en aval par manque souvent d'une véritable réflexion sur la prise en charge gériatrique dans les établissements de santé possédant des services d'accueil d'urgences. Or, depuis les ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005 et n°2005-1112 du 1^{er} avril 2005 instituant la Tarification à l'Activité (T2A), l'augmentation de la durée moyenne de séjour des sujets âgés hospitalisés entraîne des conséquences financières pour les établissements, sans compter le déficit qualitatif de prise en charge dont les personnes âgées peuvent souffrir. Il est donc urgent de développer une véritable politique gérontologique au sein des établissements de santé en développant des filières gériatriques⁶ notamment « labellisées⁷ ».

La conséquence directe d'un défaut de réflexion sur l'accueil des personnes âgées dans les établissements de santé est coûteuse pour la collectivité. La conversion pour partie (ou majorité) des «USLD sanitaires » en «USLD médico-sociales » devrait ainsi *diminuer le financement de l'assurance maladie*.

1.2 Le contexte local

Cet établissement public de santé, historiquement hôpital rural, devenu hôpital local⁸ est implanté sur la commune de Tournan en Brie, chef lieu de canton d'environ 7500 habitants du département de Seine et Marne, et relève du territoire de santé n°13 (Seine et Marne Sud).

Il possède une capacité de 160 lits dont les activités sont orientées dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et malades. En effet, la répartition des lits de l'établissement se compose de 20 lits d'Unité de Soins de Longue Durée, de 18 lits de Soins suites et de réadaptation gériatriques (SSR) et de 122 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

⁶ **Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002** relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques ; renforce l'accès à des soins de proximité, développe les unités ou services de courts séjours gériatriques et encadre les filières d'admission dans le dispositif gériatrique

⁷ **Un programme pour la gériatrie**, Rapport rédigé par C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer et P. Vigouroux, avril 2006.

⁸ Décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 transforme les hôpitaux ruraux en hôpitaux locaux.

La convention tripartite signée le 1^{er} juillet 2005 avec le Conseil Général de Seine et Marne, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine et Marne et la direction de l'établissement a conféré le statut d'EHPAD aux 122 lits de la maison de retraite.

1.2.1 La situation de l'établissement

Cet établissement s'est trouvé en 2005 dans une situation de crise en terme de gestion comptable et financière, de ressources humaines et de mise aux normes de sécurité au regard de la réglementation ;

L'établissement connaît de graves difficultés financières, organisationnelles et architecturales. La situation financière désastreuse associée à une organisation médicale défaillante et à une architecture non-conforme en matière de sécurité électrique et incendie ont propulsé l'établissement au devant de la scène médiatique régionale. Suite à un avis défavorable, de la commission locale de sécurité, à la poursuite de l'activité de l'hôpital, le maire de la ville, Président du conseil d'administration, a pris un arrêté de fermeture.

Après une forte mobilisation des agents et des familles, les pouvoirs publics (Etat et Conseil Général) ont alors confirmé la place de cet établissement public de santé de 160 lits dans la prise en charge des patients âgés en situation de perte d'autonomie.

Aussi, un directeur par intérim désigné par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine et Marne, a succédé à l'ancienne direction afin de redresser la situation de l'établissement. Des priorités ont ainsi été déterminées ; assainissement des finances de l'établissement, mise en œuvre des travaux de mise en conformité électrique et de sécurité incendie indispensable à la continuité du service public et élaboration d'une dynamique de projets.

Parmi les projets mis en œuvre et ceux à élaborer, une réflexion sur le maintien de l'unité de soins de longue durée émerge eu égard à la réforme des USLD initiée au niveau national.

1.2.2 L'Unité de soins de longue durée de l'hôpital local

L'unité de soins de longue durée possède une capacité de 22 lits autorisés pour une mise en œuvre de 20 lits installés. Elle se situe au premier étage du bâtiment principal sur l'aile gauche, l'aile droite accueillant initialement le service de soins de suites gériatriques. Ce dernier a été transféré sur le site du Centre Hospitalier de Melun pendant la durée des travaux de mise en sécurité incendie.

En effet, ces travaux nécessitaient de libérer plusieurs chambres afin de permettre la construction de gaines de désenfumage. De plus, l'univers médical et médico-technique ne permettait pas de garantir une prise en charge optimale des patients âgés hospitalisés, a contrario, le Centre Hospitalier propose des infrastructures de qualité. La permanence des soins, la présence irrégulière de kinésithérapeutes associée à une non-conformité en terme de sécurité incendie ont favorisé le transfert des lits de soins de suite gériatrique sur le centre hospitalier de Melun.

Cette unité de soins ne possède pas, à l'instar de l'ensemble de l'établissement, de politique de démarche de projets tant sur le plan institutionnel que médical ou social. De plus, la prise en charge n'est pas différenciée, elle est identique à celle des résidents accueillis dans l'Ehpad hormis le suivi médical et pharmaceutique qui diffère depuis la signature de la convention tripartite sur la maison de retraite. En effet, l'option tarif partiel ayant été retenu, les médicaments et les frais médicaux sont sortis de la Dotation Globale de Fonctionnement. A contrario, aucune convention tripartite n'a été signée pour l'unité de soins de longue durée.

Pour l'USLD, le suivi médical est assuré par un médecin généraliste libéral non gériatre qui intervient à hauteur de 0,1 ETP. La fourniture des médicaments et des dispositifs médicaux est assurée par la Pharmacie à Usage Intérieure (PUI). Ces postes de dépenses demeurent à la charge de l'établissement.

L'organisation architecturale et fonctionnelle de l'unité pose un réel souci. En effet, ce grand bâtiment de trois étages regroupant 120 personnes à raison de deux ailes de 20 ou 18 par niveau a une configuration totalement hospitalière. Des chambres à deux lits persistent avec des salles de bains communes dont les équipements ne sont plus adaptés à la population âgée en perte d'autonomie. De plus, les populations étaient parfois mélangées entre patients relevant de l'USLD et ceux relevant du secteur EHPAD.

L'organisation fonctionnelle est celle d'un service de soins classique avec des horaires plus proches d'une « organisation militaire » que d'une vie familiale. Les tâches sont, le plus souvent, taylorisées. L'unité de soins de longue durée se trouve face à des contraintes fortes ; l'accueil d'une population très âgée, polypathologique et dépendante nécessitant un encadrement médical suffisant et des prestations médico-sociales de qualité ; dans un contexte architectural et organisationnel dégradés.

La réforme des unités et services de soins de longue durée est la conséquence de deux phénomènes conjoints ; le vieillissement démographique de la population et la détérioration de son état de santé de celle-ci associé à un accroissement exponentiel des dépenses de santé.

2 LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET POLYPATHOLOGIQUES

Deux notions seront ici abordées. Les notions de dépendance et de profils polyopathologiques ou paucipathologiques. Il serait abusif et erroné d'associer systématiquement ces deux phénomènes. En effet, la personne âgée peut être non dépendante et non malade, c'est la situation idéale, mais elle peut être dépendante sans être malade et vice et versa. Néanmoins, dans la population, objet de cette étude, ces deux notions s'imbriquent. L'évaluation du nombre de personnes âgées dépendantes en France et l'évolution de son état de santé constituent les deux inconnues de l'équation à résoudre.

2.1 Le phénomène de dépendance

Ce phénomène est sémantiquement ambigu. Parmi les acceptions du terme de dépendance, l'une d'elle met en évidence la notion de liaison, entre deux agents économiques et se conçoit d'une manière positive ; chacun de nous est dépendant économiquement de l'autre. Une autre met en avant la subordination voire l'asservissement d'un individu par rapport à l'autre. Cette dernière définition semble la plus présente dans les esprits vis-à-vis de la personne âgée.

2.1.1 Les données relatives à la dépendance

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), réalisée par l'INSEE, vise à établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps - y compris ceux liés aux atteintes de l'âge -, à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont elles bénéficient et à permettre une évaluation de celle qui leur serait nécessaire. Elle s'intéresse, en outre, aux conséquences des problèmes de santé sur la vie sociale des personnes.

L'enquête EHPA, lancée pour la première fois en 1985, auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est une enquête exhaustive réalisée par la DREES, auprès des gestionnaires d'établissements.

Le lancement de l'enquête est effectué à partir du répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

L'enquête EHPA réalisée en 2003 donne la situation des établissements au 31 décembre de cette année. Elle fournit :

- un état des établissements ; activités et pour la première fois dans ce type d'enquête, des informations sur l'aménagement des bâtiments.
- Une présentation des principales caractéristiques du personnel en place dans ces établissements et services : sexe, âge, statut, fonction...
- Une description de la clientèle hébergée : sexe, âge, degré de dépendance, incapacités...
- Une description des personnes sorties définitivement de ces établissements au cours de l'année 2003.

A partir des résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (DREES) a pu établir les taux de prévalence de la dépendance par sexe et âge selon différents indicateurs « standards » de la dépendance et notamment selon la grille AGGIR.

Cette exploitation de l'enquête, comme d'autres travaux et résultats, montre que les incapacités ne sont pas spécifiques à une classe d'âges donnée et que leur fréquence augmente progressivement avec l'âge. Si toutefois il fallait désigner un âge à partir duquel leur fréquence s'accroît, il se situerait vraisemblablement entre 75 et 80 ans. Elle montre également qu'après 80 ans, les femmes déclarent plus d'incapacités que les hommes.

Les Conseils généraux fournissent également des informations concernant la quantification des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. En effet, ceux-ci sont chargés de l'instruction des demandes d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)⁹.

⁹ La Loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie met en place cette allocation destinée à financer les aides nécessaires à la personne pour l'accompagner dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Elle se substitue à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

La répartition des personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA s'effectue selon le tableau ci-dessous :

Le nombre de bénéficiaires de l'Apa selon le degré de dépendance et le lieu de résidence de la personne au 31 mars 2006

en milliers

| | DOMICILE | ETABLISSEMENTS | ENSEMBLE |
|----------|------------|----------------|------------|
| GIR 1 | 16 | 60 | 76 |
| GIR 2 | 106 | 165 | 271 |
| GIR 3 | 125 | 65 | 190 |
| GIR 4 | 313 | 98 | 411 |
| ENSEMBLE | 560 | 388 | 948 |

Source : Enquête trimestrielle de la DREES auprès des Conseils généraux

Ces sources permettent de quantifier avec précision la part des personnes dépendantes dans la population générale, et d'affiner ces données sur les personnes âgées. Il est à noter que cette allocation est versée aux personnes âgées hébergées dans les EHPAD et USLD.

2.1.2 L'étude AGGIR de la population de l'USLD de l'hôpital local

Rappelons que depuis 1997, la grille AGGIR est la grille nationale d'évaluation de la dépendance et qu'elle est notamment utilisée dans le cadre des attributions de l'Allocation personnalisée d'autonomie aux personnes âgées de 60 ans ou plus. Les individus sont classés selon six groupes dits « iso-ressources » (GIR 1 à GIR 6) d'incapacité décroissante.

Les personnes évaluées en GIR 1 à 4 sont destinataires de l'APA, qui participe ainsi à la prise en charge, d'une part de la dépendance lourde (GIR 1, 2 et 3), et d'autre part d'une dépendance plus modérée avec le GIR 4, qui rassemble diverses incapacités, notamment celles engendrées par la maladie d'Alzheimer (stade léger voire modéré) ou la cécité.

La population de l'USLD se composait de 19 patients à la période à laquelle, l'évaluation AGGIR a été réalisée concomitamment à l'étude Pathos. La répartition par sexe et âge montre une légère surreprésentation des hommes dans l'unité, ces derniers représentent 52,63% de l'effectif contre 47,37% de femmes.

L'âge moyen des hommes est de 78,80 ans contre 81,67 pour les femmes. Les patients-résidents âgés de 80 ans et plus sont 57,89% de la population accueillie (40% pour les hommes, 77,78% pour les femmes).

L'utilisation de la grille AGGIR pour déterminer le Gir Moyen Pondéré (GMP) de la population accueillie au sein de l'Unité de Soins de Longue Durée met en évidence la répartition ci-dessous ;

REPARTITION DES RESIDANTS DE L'USLD DE L'HOPITAL LOCAL DE TOURNAN EN BRIE
PAR GIR AU 1^{ER} JUILLET 2006

| GROUPES | NOMBRE | POINTS PAR GIR | TOTAL |
|-----------|--------|----------------|------------|
| GIR 1 | 7 | 1000 | 7000 |
| GIR 2 | 7 | 840 | 5880 |
| GIR 3 | 3 | 660 | 1980 |
| GIR 4 | 0 | 420 | 0 |
| GIR 5 | 0 | 250 | 0 |
| GIR 6 | 2 | 70 | 140 |
| Effectifs | 19 | | 15 000 |
| | | GMP | 789 |

La population accueillie au sein de l'USLD est extrêmement dépendante. En effet, 73,68% des effectifs présentent un GIR 1 ou 2. Elle population nécessite un accompagnement constant dans la réalisation des actes essentiels de la vie courante. La lourdeur de cette population mobilise les personnels soignants du service.

2.2 L'état de santé de nos aînés

2.2.1 Les personnes âgées sont-elles en plus mauvaise santé qu'auparavant ?

Le vieillissement n'aura évidemment pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou si l'allongement de la vie s'effectue au prix d'un fardeau accru de maladies et d'incapacités. La question de l'évolution de l'état de santé pour un âge donné est donc centrale pour l'analyse et donc les politiques sociales à mettre en oeuvre.

Depuis le début des années 1980, plusieurs scénarii d'évolution de l'état de santé ont été modélisés. Le premier table sur une *compression de la morbidité* : dans cette hypothèse, l'âge moyen d'apparition des maladies est retardé, alors que l'espérance de vie est constante, compressant la morbidité dans une courte période de temps. En revanche, le deuxième anticipe au contraire une *expansion de la morbidité*, en faisant l'hypothèse que la date d'apparition des maladies est identique, mais que grâce aux progrès médicaux la durée de survie avec maladie augmente. En repoussant le moment du décès, on fait ainsi apparaître des états plus sévères. Enfin, la théorie de l'équilibre dynamique associe une croissance de la prévalence des maladies chroniques à une baisse de la gravité de ces mêmes maladies.

En France, la tendance est à une diminution de la morbidité, mesurée par *l'incapacité* : on constate depuis une vingtaine d'années un recul des limitations fonctionnelles physiques, un recul des incapacités légères mesurées par la restriction des activités de la vie quotidienne ainsi qu'une diminution de l'incapacité sévère, mesurée par l'alitement ou le confinement à la maison.

En revanche, la situation est moins claire pour ce qui concerne la morbidité *au sens de l'existence de maladies* : sur la décennie 1980, la prévalence déclarée des maladies chroniques a augmenté, mais étant moins souvent associée à des incapacités.

Afin d'affiner les résultats des études réalisées sur l'état sanitaire de la population âgée, un nouvel outil sera utilisé pour dresser le « profil sanitaire » des patients-résidents accueillis en unités de soins de longue durée.

2.2.2 Pathos et son application à la population accueillie en USLD

Le premier objectif de la coupe Pathos est d'assurer une évaluation quantitative des dépenses de soins générées par la population accueillie en unité de soins de longue durée. A ce premier objectif, un second a été fixé, celui de dresser un bilan qualitatif des besoins en matière de soins médico-techniques de cette même population.

Les soins nécessités par les personnes âgées dépendantes malades peuvent être classés selon une hiérarchie de besoins (d'après Willmot) ;

- soins médicaux : chirurgie, médicaments ou appareillage administrés sous la surveillance d'un praticien médical
- autres soins de santé : dentisterie, optique, pédicurie et kinésithérapie.
- Soins à la personne : soins d'hygiène et de bien être, notamment se laver, se baigner, s'habiller, s'alimenter et rester propre.
- Aide domestique : cuisine, ménage et entretien du linge
- Aide sociale : démarches administratives, visites et compagnie
- Surveillance : vigilance exercée en faveur des personnes vulnérables pour réduire les risques qui les menacent.

A) Pathos – outil destiné à définir le périmètre des USLD

La définition du périmètre des USLD vise à rechercher l'adéquation entre l'état de santé du patient âgé et la structure de prise en charge. En d'autres termes, s'assurer que l'état de santé du patient relève nécessairement d'une prise en charge médicale accrue au sein d'unité hospitalière.

Aussi, pour dresser une photographie sanitaire des patients accueillis en unité de soins de longue durée, le modèle pathos a été retenu.

Le modèle pathos part du postulat que dans une population donnée, chaque individu est atteint de plusieurs pathologies – Pathos est un thésaurus de 50 « états pathologiques ». A chaque état pathologique correspond un certain nombre de profils de soins plausibles ce qui donne 240 couples états pathologiques-profiles qui décrivent les situations rencontrées en gériatrie.

Exemple :

Un patient présentant une hypertension artérielle entrera dans la catégorie « Affections cardio-vasculaires » des états pathologiques et plus précisément dans l’item 03. A cet état pathologique, il faut y associer un profil pathologique parmi les 12 possibles. Si sa pathologie nécessite un suivi médical pluri-hebdomadaire pour équilibration, le profil pathologique est T2 (au regard de la nomenclature arrêtée).

L’association des différents couples va déterminer des niveaux de soins dans 8 postes de soins :

| Les postes de soins | | | |
|------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|
| Médecins (T1-T2-DG) | Psychiatre (P1) | Infirmière (CH-S1-S0) | Rééducation (R1-R2) |
| Psychothérapie (P2) | Biologie | Imagerie | Pharmacie |

Pathos est renseigné par les situations cliniques des patients (Annexe 4), les pathologies caractérisées par leur profil de soins et les logiciels donnent la distribution des états pathologiques ou des profils de soins et le SMTI (soins médicaux et techniques importants) qui a remplacé l’hospitalo-requérance du Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC).

Un patient est SMTI lorsque son état de santé nécessite une permanence infirmière 24h/24 et une surveillance médicale « pluri hebdomadaire ».

L’étude menée par le service médical de l’assurance maladie montrent en s’appuyant sur l’échantillon ERNEST (regroupant les établissements accueillant des personnes âgées ; maisons de retraite, foyers logements et unités de soins de longue durée) ; le poids de la perte d’autonomie, d’une part, et la charge des soins médico-techniques, d’autre part.

Pour ce qui est des Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI), la part est identique et le Pathos Moyen Pondéré est assez homogène et peu dispersé, alors qu’il est très éclaté dans les USLD.

| ECHANTILLON D’ETABLISSEMENTS | PATHOS MOYEN PONDERE |
|------------------------------|----------------------|
| Maisons de retraite | 115-137 |
| Foyers logements | 84-113 |

Ces données relèvent d'une moyenne de PMP par strate. Source : ERSM, Rennes (35)

B) Pathos – outil de financement ?

En macroéconomie, les soins techniques sont une constante qui correspond, dans l'évaluation des coûts, à 300 points GIR. Le PMP qui correspond également aux soins techniques est évalué à 116 points Pathos. Donc, 116 points Pathos équivalent à 300 points GIR. Le PMP ramené en équivalents points GIR donne 2,59 points GIR et, en additionnant le GMP et le PMP multiplié par 2,59, on obtient une mesure des besoins en charge globale de soins dans une population.

En comparant ce résultat global au coût mesuré par la Mission MARTHE en 1999, il y a corrélation entre les deux, c'est-à-dire qu'en terme macroéconomique, les résultats sont tout à fait superposables. Si l'on compare les besoins globaux pour les maisons de retraite attachées à un hôpital public avec des sections de cure médicale, ils sont parfaitement corrélés. Par contre, les dépenses stagnent un peu car en section de cure médicale, que le GMP soit à 300 ou 600, le forfait cure médicale sera le même.

La relative homogénéité du PMP en EHPA confirme l'intérêt macroéconomique de la DoMiniC (Dotation Minimale de Convergence). Le PMP, indicateur global de besoins en soins médico-techniques, ne permet pas d'évaluer la nature qualitative des besoins pour établir un projet d'établissement ; seuls la distribution des pathologies, des profils de stratégies thérapeutiques ainsi que les niveaux de soins dans les huit postes de ressources permettent cette approche qualitative.

Le PMP connaît des lacunes, il sous évalue la charge de soins générée par les patients présentant des pathologies qui relèvent de la géronto-psychiatrie. Lorsque l'on connaît le problème de l'augmentation des démences dans cette population vieillissante cela questionne.

Il faut distinguer classiquement les démences d'origine dégénérative au premier rang desquelles se trouve la maladie d'Alzheimer des démences vasculaires. La démence d'Alzheimer constitue une démence corticale mais on peut rencontrer également des

démences sous corticales comme celles observées au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson ou des démences sous corticale.

L'épidémiologie de ces différentes formes est le plus souvent mal connue, seule celle de la maladie d'Alzheimer a été le mieux étudiée.

Il est à noter que la maladie d'Alzheimer est à début insidieux et à évolution le plus souvent lentement progressive et que les critères diagnostiques ne permettent d'établir qu'un diagnostic possible pou probable.

Le diagnostic de certitude ne pouvant s'obtenir que par l'anatomopathologie et donc post-mortem. La notion d'un stade pré-déméntiel de cette maladie a pu jouer un certain rôle dans cette augmentation de prévalence mais on ne peut exclure une réelle augmentation.

En effet, on estimait en 1999 la prévalence en France de la démence à 625 000 cas et à 430 000 cas pour la maladie d'Alzheimer. Les données actuelles tendant à montrer des chiffres plus élevés ¹⁰ (tableau 2) en partie liés à une meilleure détection des cas.

Tableau 2

**Incidence des démences, de la maladie d'Alzheimer et des démences vasculaires
selon le sexe et l'âge - Etude coopérative européenne
(taux pour 1 000 personnes-années)**

| Age en % | | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90+ |
|-----------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Démences | Hommes | 2,4 | 6,4 | 13,7 | 27,6 | 38,8 | 40,1 |
| | Femmes | 2,5 | 4,7 | 17,5 | 34,1 | 53,8 | 81,7 |
| Alzheimer | Hommes | 0,9 | 3,0 | 6,9 | 14,8 | 24,2 | 20,0 |
| | Femmes | 2,2 | 3,8 | 10,3 | 27,3 | 41,5 | 69,7 |
| Démences Vasculaires Mixtes | Hommes | 1,2 | 1,6 | 3,9 | 8,3 | 6,2 | 10,9 |
| | Femmes | 0,3 | 0,8 | 3,2 | 4,5 | 6,1 | 7,0 |

Source : INSERM - 2005

Ces données quantitatives et qualitatives sur l'état de la population âgée sont indispensables afin de mettre en œuvre une politique sanitaire et sociale efficace.

¹⁰ Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid. Rev Neurol 2003; 159:405-11.

C) Résultats de la coupe Pathos des résidants de l'USLD

La « coupe Pathos » a été réalisée sur la population de l'USLD au cours du mois de mai 2006 et les données synthétiques dont un extrait suit ont été obtenues en juillet 2006.

Données relatives au service :

Nombre de patients accueillis : 19

Nombre d'hospitalisations au cours de l'année précédente : 10

Nombre de décès au cours de l'année précédente : 8

Personnel : 71,75 ETP pour 100 lits

Personnel soignant : 45,50 ETP pour 100 lits

Permanence IDE : 24h/24

Permanence médicale : Non assurée

Plateau technique : Plateau minimum non présent sur site. Une convention de fonctionnement a été conclue avec l'établissement privé de santé de la ville pour l'accès au plateau technique (imagerie médicale, laboratoire d'analyses médicales et services des Urgences).

La répartition des agents affectés sur le budget B de l'hôpital local s'effectue selon le tableau présenté ci-dessous ;

Effectifs autorisés du Budget B « Unité de Soins de Longue Durée »

| GRADES | ETP théoriques |
|----------------------------------|----------------|
| Directeur | 0,25 |
| Adjoint des Cadres Hospitaliers | 0 |
| Agents des services hospitaliers | 4,15 |
| Agent d'entretien Qualifié | 0,75 |
| Contremaître | 0,25 |
| Maître ouvrier | 2,00 |
| Aides soignants | 5,15 |
| Infirmiers (es) | 3,08 |

| | |
|----------------|-------|
| Cadre de santé | 0,75 |
| Médecin | 0,10 |
| Total | 16,48 |

Après réalisation de la coupe et analyse des profils sanitaires des résidants de l'USLD par le médecin conseil de l'Echelon Régional du Service Médical de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France, il en ressort les éléments suivants.

Sur les 19 résidants, 10 résidants ont un Groupe de Profils Pathologiques compris entre 1 et 5. Ils entrent donc dans la catégorie des patients SMTI, en particulier, il s'agit de T2 au long cours ou aigus pour 8 d'entre eux. Les 9 autres résidants ont un GPP compris entre 6 et 9. Ils entrent ainsi dans la catégorie des patients non-SMTI.

Au regard des données obtenues, 6 des patients pris en charge relèveraient d'un Court Séjour gériatrique (CS) ou d'un Service de Soins de Suite gériatriques (SSR), 4 relèveraient d'une USLD redéfinie¹¹. Les 9 autres relèveraient d'un EHPAD.

Le nombre de pathologies par patient est de 6,42. Les patients pris en charge sont des patients gériatriques polypathologiques. Le Pathos Moyen Mondéré (PMP) des résidants de l'USLD est de **362**. La moyenne des PMP des USLD, dans le cadre de la mission de l'ERSM d'Ile et Vilaine, s'appuyant sur l'échantillon ERNEST était de **222**.

Eu égard aux résultats nationaux largement attendus, cette réforme risque de mettre en exergue, outre l'insuffisance de lits d'USLD, les défauts d'orientation de certains patients qui se retrouvent, faute de lits d'aval, dans des services inadaptés. Il est à noter que cette analyse sanitaire des patients-résidants aurait du être initié également dans les EHPAD, malgré les difficultés organisationnelles afin d'objectiver les besoins d'accueil.

La réforme sur les USLD conduite conjointement par les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les ERSM¹² des Caisses Régionales de l'Assurance Maladie vise à réduire les dépenses de santé liées au grand âge en recherchant des ressources alternatives pour financer la dépendance.

¹¹ Acception attribuée au USLD maintenue dans le champ sanitaire

¹² Echelon Régional du Service Médical

3 L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SOINS DE LONGUE DUREE DANS LES DEPENSES DE SANTE ET LE FINANCEMENT DES SOINS DE LONG TERME

Dans son rapport public de novembre 2005 sur « Les personnes âgées dépendantes », la Cour des Comptes insiste sur l'inévitable augmentation des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance dans les années à venir. On sait en effet que, dans les 10 ans qui viennent, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans passera de 1,1 million à 1,9 million.

3.1 La notion de soins de longue durée et l'évolution des dépenses de santé

3.1.1 Définition des soins de longue durée – une approche macro-économique

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), les soins de longue durée ou soins prolongés représentent « *toutes les formes d'aide apportée en permanence pendant une longue période, sans que la fin de période ne puisse être préalablement déterminée, à une personne souffrant d'une affection invalidante chronique ou qui risque de manquer de soin ou de se blesser*¹³ ».

3.1.2 Evolution des dépenses de santé – Quels scénarii ?

L'hypothèse selon laquelle le vieillissement entraîne une augmentation de la dépense moyenne de santé par tête s'appuie sur un constat simple ; chaque personne âgée dépense plus chaque année pour se soigner qu'une personne jeune et les plus âgés engendrent plus de dépenses que les faiblement âgés. On dit que le profil de dépense par âge est croissant de manière croissante, voir de manière exponentielle.

¹³ Protéger les personnes âgées dépendantes « des politiques en mutation », Etudes de Politique Sociale n°19, Les Editions de l'OCDE, Paris,

A) Le profil de dépenses par âge

En appliquant le profil de dépenses par âge en 1997 à la pyramide des âges prévue pour 2020 ou 2040, on obtient une première projection de dépenses. Ce « scénario central » conduit à une augmentation régulière de la dépense sur les années à venir, soit un accroissement de 0,9 point de la part dans la richesse nationale de la dépense remboursée de soins de court terme. Conformément à la commande de la Commission européenne, on isole les soins de long terme, liés à la dépendance ou à la réhabilitation. Les dépenses remboursées de court terme représenteraient 7,4% du PIB en 2020, contre 6,5% actuellement. Ce scénario traduit une accélération de la croissance de la dépense de soins par rapport aux décennies précédentes, mais pas une explosion. Ce modèle de profil de dépense reste aujourd'hui incertain, il est soumis à des hypothèses non démontrées, en particulier la stabilité du profil dans les années à venir. En conséquence, le profil de dépenses ne peut être le seul moyen de déterminer la consommation médicale future, il doit être complété par des études sanitaires de la population, avec toutes les difficultés d'établir des projections sanitaires.

B) Les soins de santé et dépendance

Les dépenses de santé et de soins de longue durée sont fortement concentrées dans les populations relativement âgées et en particulier dans le groupe de personnes d'un très grand âge. Les effets du vieillissement sur les dépenses de santé ont fait l'objet d'études sérieuses au sein des pays de l'OCDE. Plusieurs projections de dépenses sont présentées bien qu'elles soient entourées d'incertitudes.

Compte tenu du vieillissement démographique, il y aurait d'importantes économies à faire en réorientant vers les maladies chroniques les priorités en matière de recherche sur la santé. Les activités de prévention et de sensibilisation revêtent encore plus d'importance tout comme le « recyclage » de la formation des personnels sanitaires. Un objectif-clé est de considérer la dépendance comme un risque normal de la vie et de rechercher des solutions faisant intervenir des mécanismes de collectivisation des risques. Un autre objectif est de réorienter l'action des pouvoirs publics en faveur de la prise en charge des dépenses importantes telles que celles liées aux soins infirmiers de longue durée.

Le vieillissement démographique va mettre en difficultés les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée. La certitude est que les problèmes de santé augmentent avec l'âge. De plus, les dépenses de santé enregistrent une forte progression durant l'année ou les deux dernières années qui précèdent la mort.

La progression des dépenses en liaison avec le vieillissement est particulièrement forte pour les services de soins assurés en établissements, notamment dans les hôpitaux de soins d'aigus et dans les maisons médicalisées. Cette évolution est moins marquée en ce qui concerne les consultations médicales, les produits pharmaceutiques, les appareillages médicaux et autres services de soins ambulatoires.

La progression des dépenses de santé en lien avec l'âge nécessite une adaptation des systèmes de protection sociale.

3.2 L'évolution des politiques sociales liée aux soins de longue durée

3.2.1 Des choix de politiques sociales différents

La prise en charge des personnes âgées dépendantes suscite une inquiétude croissante. Lors de la Conférence de 1980, les pays de l'OCDE n'avaient pas attaché une grande importance à ce problème. Pourtant, les premières conséquences, pour la politique sociale, du vieillissement démographique se faisait ressentir. Le formidable rythme d'accroissement du nombre de personnes très âgées, c'est-à-dire celles qui ont plus 80 ans et plus a propulsé, par la force des choses, cette question au premier plan de l'ordre du jour. Ce phénomène était confirmé par des demandes de plus en plus nombreuses d'admission de personnes très âgées dans des établissements de soins de longue durée.

Les sections de « long séjour », expression alors usitée, des hôpitaux ne sont pas des lieux appropriés aux soins de longue durée. En effet, le développement de la science médicale et en particulier chirurgicale, a entraîné une profonde modification de l'utilisation des lits de soins d'aigus à l'hôpital et par la même une réduction correspondante du nombre de lits hospitaliers de long séjour sauf pour les pathologies psychiatriques graves. Dans la mesure où les hôpitaux offrent l'une des formes de soins de longue durée les plus coûteuses, il est possible de dire en l'occurrence que les priorités sociales et budgétaires se rejoignent.

Dans un deuxième temps, les créations de lits en maisons médicalisées n'ont cessé de croître dans la plupart des pays pour remplacer les services dispensés en milieu hospitalier. Parallèlement, le nombre de maisons traditionnelles à caractère social accueillant des personnes âgées moins handicapées diminue également dans la majorité des pays pour être substitué par des services de soins à domicile ou des accueils de jour favorisant ainsi le maintien à domicile.

Les pays de l'OCDE comprennent désormais le type d'infrastructures de services qui seront nécessaires pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Néanmoins, des divergences demeurent sur la question du financement de la dépendance.

La demande croissante de soins de longue durée, en particulier dans le secteur en pleine expansion des maisons médicalisées, fait peser des pressions considérables sur les mécanismes traditionnels de financement des services sanitaires et médico-sociaux dans les pays de l'OCDE.

Ces dernières années, de nombreux pays ont étudiés les meilleurs moyens de réformer ces mécanismes de financement et un certain nombre d'entre eux les ont mis en œuvre alors qu'ils connaissent de graves difficultés budgétaires. Des choix difficiles vont devoir être pris dans les années à venir pour qu'une nouvelle infrastructure de soins de longue durée soit mise en place de façon à pouvoir subvenir aux besoins des aînés vieillissants.

Il faut distinguer grosso modo deux catégories de pays. La première comprend les pays disposant d'un système national de santé financé par l'intermédiaire de l'impôt. Ce système de protection sociale repose sur le modèle béveridgien. Ces pays sont majoritairement des pays nordiques. La deuxième catégorie regroupe les pays dotés d'un système de santé principalement fondé sur les assurances sociales.

Dans le premier groupe, l'efficacité et l'efficacités avec lesquelles l'argent du contribuable est utilisé sont les questions cruciales. Dans le second groupe, la philosophie est différente et à pour objectif de trouver de nouveaux financements pour les soins de longue durée.

Le tableau ci-dessous illustre la part des dépenses de santé engendrées par les personnes âgées dans les pays de l'OCDE.

Part des dépenses totales de santé destinées aux personnes âgées

| | 65 ans et + | | 75 ans et + | |
|------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | Population en % | Dépenses en % | Population en % | Dépenses en % |
| Etats-Unis | 12,7 | 37,2 | 5,4 | 20,7 |
| Japon | 13,5 | 42,9 | 8,7 | 33,1 |
| Allemagne | 15,1 | 32,3 | 6,5 | 16,5 |
| France | 19,6 | 41,4 | - | - |
| Royaume Uni | 15,6 | 42,0 | 6,8 | 27,1 |
| Australie | 11,5 | 34,5 | 4,5 | 20,1 |
| Finlande | 13,8 | 38,5 | 5,7 | 22,1 |
| Nouvelle Zélande | 11,3 | 33,0 | 4,6 | 21,2 |
| Pays-Bas | 13,1 | 39,9 | - | - |
| Portugal | 13,7 | 35,9 | 5,4 | 18,7 |
| Suède | 17,5 | 37,8 | 8,1 | 21,4 |
| Suisse | 14,3 | 39,9 | 6,5 | 26,6 |

Source : Système d'information de l'OCDE sur la santé

3.2.2 Le choix de la France en matière de financement des soins de longue durée

A) La nécessaire réforme du financement des soins de longue durée

La France n'a jamais, depuis la création de la sécurité sociale, cherché à appréhender le problème global de la dépendance des personnes âgées ou handicapées. Il aura fallu la loi de 1975 sur le handicap, pour que l'on s'en souciât. En 2001, certains parlementaires de la majorité de l'époque¹⁴ souhaitèrent créer une cinquième branche à la sécurité sociale, reconnaissant ce nouveau risque : la dépendance.

La crise sanitaire de l'été 2003 servit de catalyseur à cette volonté de création. Des voix très diverses s'élevèrent pour créer une véritable cinquième branche à la sécurité sociale et non pas créer un simple dispositif dépendance. Le but serait de prendre position entre une solidarité de type assistantiel (aide sociale) ou assurantiel (la sécurité sociale) et ainsi de

¹⁴ Débat du 6 juin 2001 à l'Assemblée Nationale, dans le cadre de la création de l'APA

« mettre fin aux inégalités de traitement qui caractérisent aujourd'hui la prise en charge des personnes en situation de handicap »¹⁵.

Elle doit être polyvalente et être utilisée pour offrir des solutions diverses en fonction des besoins (à domicile, en établissement...). Le principe de l'universalité de cette mesure doit être garanti par le caractère légal de la nouvelle prestation.

Celle-ci doit aussi contribuer au changement du regard porté sur les personnes en situation de handicap. Il s'agit de modifier la perception que peut induire l'idée, parfois inexacte, d'une place importante tenue par l'aide sociale, qui véhicule l'image dévalorisante de la charité ou de l'assistance, et qui fait naître de surcroît des soupçons de favoritisme dans l'attribution des aides.

Pour le Conseil Economique et Social, la reconnaissance d'un risque social constitué par la situation de handicap quel que soit l'âge, ne paraît pas, contrairement à des craintes parfois exprimées, de nature à exposer ses bénéficiaires à des attitudes de stigmatisation. « Bien au contraire, en instituant une assurance contre ce nouveau risque social au même niveau que les assurances sociales existantes, l'ensemble de la collectivité nationale reconnaît ainsi l'intérêt porté à une partie de la population particulièrement fragilisée ».

Si l'option universelle de la prestation « HID » était retenue à terme, combien coûterait-elle à une nouvelle caisse de Sécurité sociale ? Les projections démographiques à l'horizon 2040 promettent une très lourde facture. En effet, selon l'Insee, le nombre des plus de 75 ans atteindrait 11.2 millions, contre 3,5 millions aujourd'hui (dont 4,5 millions de plus de 85 ans, au lieu d'1 million).

Il est heureusement prouvé que la population lourdement dépendante (quelque soit son origine) est loin d'augmenter à ce rythme. Elle représente aujourd'hui 6,4 % des plus de 65 ans contre 8,5 % il y a dix ans. La facture, comme celle des retraites, ne dépendra donc pas seulement de la démographie, mais surtout de choix politiques.

Cependant, le gouvernement a reconnu comme étant une priorité la prise en charge de la dépendance, en instaurant un plan de solidarité mais n'a pas retenu l'idée de prestation universelle.

¹⁵ Rapport BONNET, Conseil économique et social, 2004

B) Le plan de solidarité à l'autonomie

Ce plan national de solidarité, né de la loi du 30 juin 2004 prévoit l'installation d'une caisse nationale qui financera de nombreuses actions en direction des publics fragilisés.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) doit « contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ».

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été créée par la loi du 30 juin 2004, avec pour mission de rassembler en un lieu unique des moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini les missions définitives de la caisse qui assure notamment depuis le 1er janvier 2006, la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux - accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées - financés par l'assurance maladie.

Financement des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses. Cet objectif est fixé chaque année par arrêté ministériel, et correspond à la somme de deux éléments :

1° une contribution de l'assurance maladie qui figure au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté en loi de financement de la sécurité sociale dont le montant est également fixé par l'arrêté précité ;

2° la part des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Sur la base de cet objectif est fixé le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journées et tarifs. Ce montant est réparti en dotations régionales et départementales limitatives par la CNSA.

Les produits et charges de la CNSA ont doublé entre 2004 et 2005 La CNSA est dotée principalement de deux produits propres :

- 0,1 point de CSG anciennement affecté au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) et au fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), auxquels la CNSA se substitue ;

- Une nouvelle contribution « de solidarité pour l'autonomie » (CSA) constituée d'un prélèvement au taux de 0,3 % à compter du 1er juillet 2004 portant d'une part sur les revenus salariaux, en contrepartie de la suppression d'un jour férié, et d'autre part sur les revenus du patrimoine et de placement, additionnel au prélèvement de 2 % sur le capital.

Elle dispose, par ailleurs, des produits de différents transferts financiers issus des régimes d'assurance maladie et vieillesse. Ces transferts se mettent en place selon un calendrier de montée en charge prévu de 2004 à 2006.

Le doublement des produits de la CNSA en 2005 s'explique par un rendement de la CSG et de la CSA en année pleine contre un rendement en demi année en 2004. La recette nouvelle de CSA a été prélevée sur un semestre en 2004 (2ème semestre 2004) pour un rendement de 911 M€.

En 2005, première année pleine, son rendement est de 1,9 Md€. Ce produit s'ajoute à celui des 0,1 point de CSG affectés à la caisse : 523 M€ en 2004 (prélèvements sur le 2ème semestre 2004 représentant un peu plus de la moitié du produit annuel de cette contribution, répartie sur l'année entre le FFAPA et la CNSA) et 940M€ en 2005 (prélèvement en année pleine).

Au total, l'ensemble des produits de la CNSA est passé d'environ 1,5 Md€ en 2004 à près de 3 Md€ en 2005. Le résultat de la CNSA est excédentaire en 2004 (+403M€) et en 2005 (+527M€).

L'année 2006 est marquée par l'intégration de l'ONDAM médico-social dans les produits et les charges de la CNSA, et la création de l'objectif de dépenses délégué à la CNSA. La structure des produits et charges de la CNSA est largement reconfigurée en 2006 du fait de l'intégration de l'ONDAM médico-social dans le champ de gestion de la caisse. Les produits et charges de la CNSA devraient ainsi atteindre plus de 14 Md€ en 2006, ces montants recouvrant des transferts très importants avec l'assurance maladie :

Ce plan de solidarité a permis l'octroi d'une subvention d'investissements pour faire face aux travaux de mise en conformité électrique et de sécurité incendie pour un montant à hauteur de 20% du coût total des travaux prévisionnels soit environs 366 000 €

Parallèlement aux orientations nationales présent sur le financement des soins de longue durée, les redéfinitions des unités de soins de longue durée vont contribuer à réduire les dépenses de santé. L'hôpital local doit, à son niveau, s'engager dans cette démarche afin de pérenniser ou non l'enveloppe destiné au financement des soins (de santé) de longue durée de son unité.

4 LE DEVENIR DE L'UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE L'HOPITAL LOCAL DE TOURNAN.

Le devenir de l'USLD de l'établissement est conditionné à divers éléments ; des facteurs extrinsèques définis par les autorités de tutelle et des facteurs intrinsèques, liés au fonctionnement et à l'organisation de l'hôpital local ainsi qu'au profil sanitaire des patients-résidents obtenu à l'issue de la « coupe Pathos ».

4.1 Les critères de redéfinition et redéfinition des USLD en EHPAD

4.1.1 Les critères retenus pour la redéfinition des USLD

Les résultats de la coupe PATHOS, en particulier le nombre de patients SMTI, servent d'assises à l'avenir des USLD mais ne sont pas les seuls critères retenus pour décider de la répartition entre secteur sanitaire et médico-social de ces lits.

D'autres critères¹⁶ seront pris en compte au niveau régional par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les préfets avec consultation des Présidents des Conseils Généraux, chargés d'élaborer, dans les départements concernés, les schémas gérontologiques.

Un certain nombre de pré-requis se dégage pour déterminer le champ dans lequel les différentes USLD évolueront. Parmi ce faisceau d'indices retenu, des données relatives ; à la structure (implantation géographique, plateau technique, permanence infirmière 24h/24 et la permanence des soins organisée), aux besoins de santé et médico-sociaux de la population du territoire de santé, l'articulation avec les SROS et les PRIAC¹⁷ (la conduite d'opération de recomposition et la répartition territoriale et démographique), aux projections démographiques (évolution démographique),

¹⁶ **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 et **Arrêté du 12 mai 2006** relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

¹⁷ *Programmes Interrégionaux d'Accompagnement des Handicaps et Pertes d'autonomie*

D'autres données pourront influencer sur le positionnement de l'USLD comme le nombre de places par unité (une taille minimale de 30 lits par USLD est avancée) et la distance à parcourir par les familles pour visiter leurs aînés (moins de 30 minutes de trajet aller est évoqué).

Au regard de ces diverses données, un premier travail de « redistribution » des capacités existantes est effectué afin de fixer l'arrêté fixant la répartition médico-sociale et sanitaire, suivi de la phase de « planification » qui générera un avenant au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération.

Puis, les conseils d'administration des établissements de santé seront appelés, à valider les choix d'orientation avant le 30 novembre 2006. Enfin, et au plus tard le 1er janvier 2007, un arrêté conjoint du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et du préfet de département fixera la part des Unités de Soins de Longue Durée redéfinies qui devra rester dans le champ sanitaire.

4.1.2 Redéfinition des USLD en EHPAD (maisons de retraite médicalisées)

Au-delà des conséquences juridiques et organisationnelles du basculement de l'unité de soins de longue durée, des conséquences financières peuvent apparaître. En effet, ces établissements sont financés par les résidents (tarif hébergement), le conseil général avec l'APA (tarif dépendance), l'assurance maladie (dotation soins) eu égard à la réforme de la tarification mettant en œuvre un financement ternaire des EHPA.

Le schéma ci-après réalisé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) décrit les règles du système budgétaire ternaire en EHPAD.

Effet "MIKADO" des financements des USLD en EHPAD

| | | SOINS | DEPENDANCE | HEBERGEMENT | | |
|----------|-----------------------|---------------------------------------|--|---|-----------|-----------------------|
| DEPENSES | Sincérité des comptes | Aides soignants (70%) | (30%) | | | |
| | | Infirmiers (100%) | | (30%) | ASH (70%) | |
| | | Médecins (100%) | | | | |
| | | | | | | |
| RECETTES | Sincérité des comptes | Dotation soins (Assurance maladie) | Clapet anti-retour APA (Conseils Généraux) Tickets modérateurs (résidents) | (Résidents) Tarification hébergement et aide sociale (Conseil Général) | | Sincérité des comptes |

Document réalisé par la Fédération Hospitalière de France

Ce schéma permet de présenter de manière synthétique et claire, la complexité du système budgétaire ternaire des Ehpad. L'objet de la réforme est de réduire la dotation soins des établissements possédant une unité de soins de longue durée. Toutefois, boucher une colonne aura des répercussions sur les autres et donc sur les autres financeurs.

Un clapet anti-retour permettrait à des USLD de bénéficier de ses budgets antérieurs même après négociation pour devenir EHPAD. A la suite de la coupe PATHOS, certains lits pourraient basculés d'USLD en EHPAD, le "clapet anti-retour" auparavant garanti par les financeurs sera-t-il maintenu ? Si oui par qui ?

Ce désengagement de l'assurance maladie va peser lourdement sur le budget "hébergement" qui risque de faire les frais de ce transfert de charges. Or ce budget hébergement est directement financé par le résident et sa famille. Ainsi, ces derniers devront s'acquitter de frais d'hébergement plus lourds. Une opération "sincérité des comptes" sera alors nécessaire au fur et à mesure des transferts des lits.

La FHF avait proposé la négociation de ces budgets au moment des négociations de conventions tripartites. Mais le ministère et le parlement ne l'ont pas souhaité. Selon la FHF, l'évolution des USLD en EHPAD devrait être soutenue avec un programme d'accompagnement sur 2 à 3 ans, afin de lisser les effets budgétaires et éviter de faire porter ces décalages aux résidents ou/et aux conseils généraux.

4.2 Quel choix pour l'USLD de l'hôpital local de Tournan ?

4.2.1 Un contexte démographique local favorable

Entre les deux recensements de 1990 et 1999, dans une Ile de France en stagnation, c'est la Seine et Marne qui, des 8 départements franciliens, a connu la plus forte progression, avec un accroissement de 10,4% de sa population. Elle s'élève en 2004 à environ 1240 000 habitants.

C'est également l'une des plus fortes évolutions nationales. Celle-ci est due à la présence de deux villes nouvelles (Sénart et Marne la Vallée) et au contact avec l'agglomération parisienne qui déborde sur la Seine et Marne.

Si le Sud et l'Est du département sont encore des zones très rurales, l'Ouest, au contact de la petite couronne, connaît une urbanisation rapide. Toutefois, les composantes du territoire départemental n'ont pas participé de la même manière à l'envolée démographique. Beaucoup plus que les zones rurales du Sud et de l'Est, la partie Ouest du département détient le plus fort accroissement.

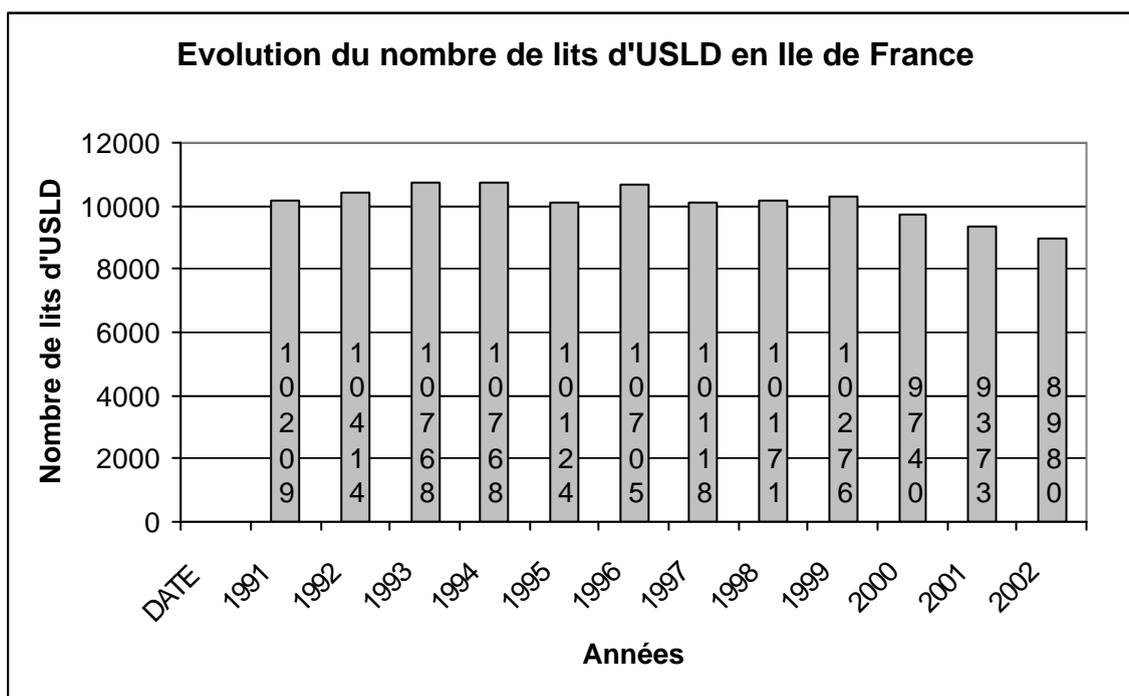
Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 14,58% de la population générale de Seine et Marne. Ces chiffres sont inférieurs à la moyenne nationale. Toutefois, la Seine et Marne est un département encore très rural, où les personnes âgées souhaitent plus qu'ailleurs rester dans leur département.

Ce département se caractérise par une population plutôt jeune. Toutefois, il se distingue par une surmortalité masculine et féminine ce qui accentue les fortes disparités départementales entre le Sud-Ouest de la région et le Nord-Est où la mortalité est légèrement supérieure à la moyenne nationale. Pour les femmes, cette situation est davantage marquée, avec une mortalité supérieure de 9% à la moyenne nationale. Ce département encore très rural, a une population âgée qui souhaite, à l'instar des autres départements, poursuivre leur vie sur celui-ci.

Or, le taux d'équipements pour personnes âgées reste insuffisant, nécessitant des déplacements vers les départements limitrophes comme la Seine-Saint-Denis ou Paris, département le mieux doté en Unité de soins de longue durée. En effet, sa dotation favorable s'explique par la présence d'hôpitaux gériatriques appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Toutefois, la nouvelle politique de redéploiement des activités de soins de l'AP-HP s'oriente vers une réduction des lits de soins de longue durée.

Ce redéploiement associé à la réforme risque de peser lourdement sur les patients gériatriques et dépendants, d'autant que les Ehpad ne pourront faire face à cet afflux de patients déplacés.

Les migrations des patients gériatriques de Seine et marne s'expliquent d'une part ; par la diminution constante du nombre de lits d'Unités de soins de longue durée ; et d'autre part, par un nombre de lits d'EHPAD insuffisant dans le département. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du nombre de lits d'USLD en Ile de France.



Source : Etude Statiss de la DRASSIF

La place des unités de soins de longue durée dans la prise en charge des personnes âgées reste limitée au regard des autres établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Or, aujourd'hui, les EHPAD accueillent des résidents de plus en plus dépendants et malades alors qu'ils devraient être accueillis davantage en USLD qu'en maison de retraite.

Comparatif des équipements pour personnes âgées selon différents niveaux

| STRUCTURES | Ile de France | Seine et Marne | France |
|---------------------------------|---------------|----------------|---------|
| Maisons de retraite | | | |
| - Nbre d'établissements | 611 | 116 | 6 426 |
| - Nbre de lits | 50 473 | 8 058 | 432 397 |
| Dont lits SCM | 1 253 | 220 | 84 202 |
| Dont lits Ehpad | 22 326 | 3 365 | 187 015 |
| Unités de Soins de Longue Durée | 8 653 | 955 | 78 969 |
| Dont lits d'Ehpad | 260 | 0 | 10 381 |

Etude Statiss – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France - Juin 2006

Ce tableau permet d'établir une photographie des équipements pour personnes âgées dans le département de Seine et Marne et de les situer par rapport à la moyenne nationale et régionale. Il est intéressant de constater que la Seine et Marne est un des rares départements à n'avoir développé la signature de convention tripartite pour les unités de soins de longue durée.

4.2.2 Une nouvelle philosophie de la prise en charge – un préalable indispensable

« Une autre conception du soin peut induire une autre conception de l'établissement »

Les personnes admises en soins de longue durée sont le plus souvent âgées et malades, voire en fin de vie. Elles ont épuisé les ressources d'un maintien au domicile. Leur état de santé est le plus souvent précaire, nécessitant un suivi médical attentif. Pour d'autres, l'évolution de leur maladie démentielle, qu'elle relève d'une maladie d'Alzheimer (ou DTA) ou d'une autre démence, nécessite des soins faisant appel aux techniques psychiatriques de prise en charge. Cette technicité, quelle qu'en soit la nature, induit un cadre de vie artificiel et le plus souvent déstructurant socialement.

Ces personnes présentent aussi un état de dépendance évolué qui va nécessiter des aides pour les actes de la vie quotidienne, mais cet état va aussi diminuer la vie relationnelle en la rendant plus difficile à mettre en œuvre. Il faut voir dans ce problème un autre facteur de

déstructuration sociale. Pourtant ces personnes restent des humains, c'est-à-dire des êtres de communication et de relation.

Aussi, notre mission dans ces soins de longue durée, qui sont par définition prolongés, est d'assurer la préservation des maigres facultés relationnelles qui peuvent encore être présentes. Cette mission passe aussi par l'entretien de relations avec une famille, le plus souvent traumatisée de ce qu'est devenu leur parent ou leur proche et par la proximité de toutes ces personnes en fin de vie. Ces familles ont besoin de notre soutien pour ne pas être tentées de fuir l'insupportable.

La démarche de réflexion sur le devenir de l'Unité de Soins de Longue Durée fait suite davantage à la réforme initiée qu'au constat de l'évolution de la population accueillie vers plus de sujets très âgés, très dépendants, parfois atteints de maladie d'Alzheimer et du relatif insuccès des politiques d'animation mises en œuvre.

Au regard des données démographiques locales, des caractéristiques sanitaires, des moyens déjà présents (permanence infirmière, médecin attaché à l'USLD, convention de fonctionnement avec l'établissement privé pour l'accès au plateau technique), de l'activité du service (taux d'occupation de 98%), des facilités d'accès de l'établissement, des investissements développés (mise en conformité électrique et de sécurité incendie) et à venir (humanisation), et de la nécessaire mise en œuvre d'une dynamique de projets, il me semble que le maintien de l'Unité de soins de longue durée dans le champ sanitaire se justifie.

Néanmoins, la nouvelle organisation proposée se fonde sur des principes forts en direction des modalités d'accueil pour ces patients très dépendants et malades.

On peut voir ainsi que la mission en soins de longue durée est complexe et difficile à assumer car les objectifs sont variables et souvent antinomiques. On pourrait d'ailleurs pour noircir un peu plus le tableau évoquer la dévalorisation injuste dont souffrent souvent ceux qui y travaillent.

La problématique : une nécessité de préserver la vie relationnelle

Les réflexions menées sur l'Unité de Soins de Longue Durée doivent conduire à imaginer un nouveau mode d'organisation.

Le postulat à retenir est le suivant :

« Concevoir l'unité comme un véritable lieu de vie dans lesquels on apporterait des soins afin d'aider à mieux vivre et non l'inverse ».

Aussi pour respecter ce postulat, un certain nombre de pré-requis sont indispensables ;

Un lieu d'accueil constitué d'un groupe restreint,
Il faut profiter d'un lieu privatif permettant de retrouver des repères de ce qui fut la vie de chacun. Ainsi, les personnes âgées doivent pouvoir retrouver un cadre de vie rappelant le domicile. La taille du groupe doit être restreint.

Une vie sociale maintenue : Il faut éviter de couper le résidant « individu » de toute vie sociale et si possible rester dans la cité. Le patient ou résidant demeure un citoyen et doit à ce titre pouvoir bénéficier de différents services ; accès à la Poste, ou sortie à l'extérieur. Ceci doit être déterminé par le projet d'animation spécifique à l'unité. Un accueil et une écoute des familles ; Il faut que la famille se sente accueillie et réconfortée afin qu'elle vienne le plus possible. Les familles doivent être associées le plus souvent possible à la vie de l'établissement et aux activités proposées à leur parent. La mise à disposition de chambres d'hôtes permet de les accueillir dans de bonnes conditions notamment lorsqu'ils n'habitent pas à proximité de l'établissement.

Une prise en charge individualisée ; Il est indispensable qu'une relation personnalisée se noue avec un ou plusieurs soignants, eu égard au contrat de séjour qui doit spécifier les prestations mises en œuvres pour répondre aux besoins du résidant. Vers une spécialisation de l'USLD ; Pour être un lieu de soins et de vie idéal : cette structure doit être dédiée à un type défini de dépendance afin de permettre aux soignants de développer une compétence.

Une professionnalisation des équipes ; L'encadrement soignant et médical doit apporter un soutien et une compétence aux équipes soignantes, Un soutien des équipes soignantes ; Un temps de parole devrait être préservé afin d'évacuer la charge affective et l'agressivité. Une responsabilisation et un repositionnement des soignants ; les soignants devraient être responsabilisés en affirmant le concept de référents, les infirmières devraient se voir confier des rôles de « chefs d'équipe et de maîtresses de maison ». Les ASH redirigés vers des fonctions d'entretien et limiter, autant que faire ce peu, les glissements de tâches.

4.2.3 Les propositions sur le devenir de l'Unité de Soins de Longue Durée

Les différents pré-requis listés ci-dessus peuvent être mis en œuvre dans des délais plus ou moins longs.

Le préalable à l'accueil dans des conditions optimales ; en terme architectural, médical, paramédical et social ; de cette population vulnérable passe inévitablement par l'entrée dans une véritable démarche de projets. Le pilier de ce nouvel engagement est la mise en place et ce rapidement, d'un réel projet d'établissement ou de service ; ceux-ci ont la même finalité de refondation d'une institution ou d'une unité, il peut être opportun de lier les deux. Ils font appel à la même dynamique du changement et peuvent se renforcer mutuellement. Leur articulation peut donc faire gagner du temps et de l'énergie.

Ces deux types de projets s'appuient sur l'élaboration d'un projet médical, d'un projet de soins et d'un projet d'animation. Leur absence me paraît déstructurante et conduit à moyen et long terme à une démobilisation des équipes soignantes. En effet, celles-ci ne peuvent plus se projeter, travaillent au jour le jour et ne perçoivent plus les raisons qui les ont poussées à choisir ce métier.

Ce projet d'établissement doit s'appuyer sur les différents projets cités ci-dessus. Ces projets, précisons-le, sont obligatoires et constituent la pierre angulaire de la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Dans l'hypothèse du maintien de l'Unité de soins de longue durée au sein de l'hôpital local, la capacité devrait passer de 20 à 30 lits, eu égard à la taille minimale préconisée par le cahier des charges des USLD. Dans ce scénario, la constitution de deux unités de 15 lits chacune serait préconisée.

- L'organisation médicale

La responsabilité médicale de ces deux unités serait confiée à un médecin gériatre qui consacrerait environ une demi-journée par semaine à chaque unité. Ce praticien pourrait avoir le statut de praticien attaché, contractuel ou PH.

Idéalement, ce praticien pourrait être recruté à temps plein. Son service pourrait prendre la forme suivante ;

- Praticien sur le SSR (0,4 ETP)
- Praticien sur les 2 unités de SLD (0,2 ETP)
- Médecin coordonnateur sur l'Ehpad (0,4 ETP)

Cette organisation rend complexe le recrutement, le candidat devant faire preuve d'une grande polyvalence et d'une solide expérience en gériatrie. Toutefois, cette organisation n'est valable que dans un retour hypothétique des lits de soins de suites sur l'hôpital local. La présence d'un ou plusieurs référents « patrons médicaux » sur l'établissement est indispensable à l'élaboration des projets qui relèvent de leur champ et permettrait de recadrer les pratiques internes en matière médicale et pharmaceutique.

Ce médecin aurait la charge d'élaborer le projet médical. Ce dernier doit permettre de donner un cadre et une dynamique dans la prise en charge médicale des patients au long cours. Il doit pour répondre aux pré-requis déterminer une spécialisation quant à la population accueillie (dépendants psychiques, dépendants physiques, ou polydépendants).

- L'organisation paramédicale

La répartition des effectifs des agents pour chaque Unité de 15 lits pourrait se fonder sur cette organisation ;

Répartition des effectifs d'agents sur les unités de SLD

| | EFFECTIF UNITE A | | | |
|--------------|------------------|----------|----------|------------|
| | MATIN | SOIR | NUIT | TOTAL |
| IDE | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1,5 |
| AS | 2 | 1 | 0,5 | 3,5 |
| ASH | 1 | 0,5 | 0 | 1,5 |
| TOTAL | 3,5 | 2 | 1 | 6,5 |
| | EFFECTIF UNITE B | | | |
| | MATIN | SOIR | NUIT | TOTAL |
| IDE | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1,5 |
| AS | 2 | 1 | 0,5 | 3,5 |
| ASH | 1 | 0,5 | 0 | 1,5 |
| TOTAL | 3,5 | 2 | 1 | 6,5 |

| | | | | |
|--------------|---|---|---|----|
| TOTAL UF A+B | 7 | 4 | 2 | 13 |
|--------------|---|---|---|----|

Tableau des équivalents temps pleins pour les deux unités de soins de longue durée

Propositions d'Effectifs pour le Budget B « Unité de Soins de Longue Durée redéfinie »

| GRADES | ETP théoriques |
|---------------------------------|----------------|
| Directeur | 0,25 |
| Adjoint des Cadres Hosp. | 0 |
| Agent des services hospitaliers | 5,00 |
| Agent d'entretien Qualifié | 0,75 |
| Contremaître | 0,25 |
| Maître ouvrier | 1,00 |
| Aide soignant | 7,75 |
| Infirmier (e) | 4,75 |
| Cadre de santé | 0,75 |
| Médecin | 0,20 |
| Total | 20,7 |

Cette nouvelle organisation engendrerait, sous cette forme, une création de 4,22 ETP par rapport au fonctionnement antérieur. Cette augmentation se réaliserait au profit d'un renforcement des personnels soignants (infirmières et aides-soignantes).

Parallèlement à ces emplois, une nouvelle organisation du temps de travail doit permettre d'abandonner le fonctionnement hospitalier qui est inadaptée à la population très âgée accueillie. Il n'est pas acceptable de lever des patients âgés à 6h45 le matin et de les coucher avant 19 heures.

En effet, actuellement, l'organisation du temps de travail s'effectue selon le modèle suivant pour l'ensemble des professionnels ;

Matin : 6h45 – 14h15
Après-midi : 13h45 – 21h15
Nuit : 20h45 – 7h00

Il serait appréciable pour les résidants âgés de pouvoir bénéficier d'une organisation moins militariste.

Ainsi, la nouvelle organisation pourrait, après négociation avec les représentants du personnel, prendre cette forme ;

| HORAIRES | Infirmières | Aides-soignants | Agents de services Hospitaliers |
|------------|---------------|-----------------|---------------------------------|
| MATIN | 8h00 – 15h30 | 8h00 – 15h30 | 8h00 – 15h00 |
| APRES-MIDI | 15h00 – 22h30 | 15h00 – 22h30 | 13h00 – 20h00 |
| NUIT | 22h00 – 8h00 | 22h00 – 8h00 | |

Les agents des services hospitaliers pourraient intégrer l'équipe « maintenance et logistique » et en adopteraient ainsi le roulement de travail. Celui-ci est de 5 journées de 7 heures. En revanche, les agents perdent le bénéfice des « jours RTT ».

Dans le tableau des emplois proposés, on peut constater que certains emplois sont mutualisés. Cette mutualisation permet de réduire les coûts d'exploitation sans dégrader la qualité de la prise en charge. Ainsi, les postes d'infirmiers pourraient être communs aux deux unités l'après-midi et la nuit, ce qui permet de répondre à une contrainte du cahier des charges, la permanence infirmière 24h/24 ; les postes d'aides-soignants et d'agents de services hospitaliers seraient également mutualisés sur les deux unités, les soirs et nuits. Cette organisation favorise la présence de 2 agents sur chaque unité les après-midi et les soirs.

Les projets de vie et de soins doivent permettre l'adhésion des équipes soignantes. Ils renforceront les responsabilités des soignants, en généralisant le concept de référents. Ce concept permet d'améliorer le suivi des résidents, de créer des liens avec les résidents et leurs familles, il permet enfin, d'améliorer l'accueil des familles.

Les infirmières, outre leur rôle de soignants, pourraient être positionnées comme «chefs d'équipe et maîtresses de maison » afin de renforcer l'accueil, l'hôtellerie et la restauration à l'instar des établissements hôteliers.

Un cadre de santé de proximité coordonnerait les activités des deux unités de soins de longue durée.

- L'organisation du lieu de vie et des activités d'animation

L'établissement dispose de deux agents chargés de l'animation. Les actions menées actuellement manquent de lisibilité. Elles travaillent de manière autarcique et sont écartées des unités de soins. La création d'un véritable projet d'animation doit permettre de clarifier le programme d'activités et trouver plus de cohérence avec l'organisation des unités. L'animation n'est pas que du ressort des animatrices... Les activités doivent permettre ; le maintien de certaines fonctions ; la participation des familles et le maintien des liens sociaux avec la cité.

Le recrutement prévu d'un psychologue doit permettre de vérifier l'adéquation entre les activités proposées et les buts recherchés. Enfin, il participera, d'une part, au soutien des résidents et au réconfort des familles, et d'autre part, à favoriser les temps de parole pour évacuer la charge affective et l'agressivité que les soignants de cette unité peuvent ressentir.

- L'organisation architecturale

Enfin, le projet d'établissement nécessite la mise en œuvre d'un projet architectural. Celui-ci doit aboutir à la construction de deux unités de petites tailles (2x15 lits) dans les locaux actuels afin de rappeler l'univers familial. Ces travaux consisteraient à une humanisation des chambres ; suppression des chambres à deux lits et aménagement de salles de bains adaptés aux personnes dépendantes et à la création de salles à vivre (salles à manger, salons pour recevoir des visiteurs...) au sein des unités.

Chaque unité se composerait de chambres individuelles et de lieux de vie collectifs. Des efforts particuliers devront être faits dans l'hypothèse d'unités pour dépendants psychiques afin de faciliter l'orientation et de contrôler la déambulation. Chaque unité dispose d'une équipe soignante quasi indépendante.

Chaque personne âgée dispose d'un référent soignant qui est son interlocuteur privilégié ainsi que celui de sa famille et sert d'intermédiaire avec le reste de l'équipe de soins. C'est

ainsi qu'il est chargé de rapporter l'histoire de vie lors de la réunion de synthèse qui permettra de définir le projet de vie et de soins quelques semaines après l'entrée.

Ces équipes spécifiques à chaque unité doivent pouvoir bénéficier d'appuis extérieurs. Une équipe paramédicale constituée de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'un psychologue, et d'animateurs intervient ponctuellement pour suppléer l'équipe ou apporter des compétences particulières.

Cependant ce mode d'organisation s'accompagne de quelques difficultés.

- Les équipes de petite taille sont plus fragiles que d'autres. En effet lorsqu'un soignant est en difficulté ou pose problème, cela retentit fortement sur le fonctionnement général alors que le problème serait un peu «noyé » dans une grande équipe.
- Dans les unités accueillant des polydépendants, la charge psychologique est lourde et certains soignants ont parfois des difficultés à l'assumer notamment le nombre important de décès est source de souffrances.
- Par ailleurs, les coûts de personnels sont plus élevés, de par la nécessité d'assurer un remplacement à hauteur de un pour un (mais c'est l'assurance d'un personnel toujours suffisant), toutefois, les coûts restent amoindris grâce à la mutualisation de certains postes.

La mise en chantier d'un programme d'humanisation des locaux, a des répercussions multiples, tant financière qu'organisationnelle. En effet, l'humanisation du bâtiment principal entraînerait in fine une réduction de la capacité d'accueil de l'établissement. Selon, une étude succincte, confiée au maître d'œuvre chargé par ailleurs des travaux de mise en conformité incendie, les travaux engendreraient une perte de lits de 30 à 40, soit 90 lits disponibles contre les 120 actuellement. Pour que la capacité de l'établissement reste identique, il faut envisager une reconstruction d'un nouveau bâtiment d'une capacité de 80 lits qui n'accueillerait que des résidents relevant du secteur EHPAD.

CONCLUSION

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale précise dans quelles conditions sera définie la proportion de structures qui devront rester sanitaire. Cette répartition des structures entre sanitaire et médico-social s'opèrera grâce aux éléments abordés au cours de cette étude (pathos modifié et l'évaluation des besoins à prévoir). Le but sera « de prévoir et susciter les évolutions de ces structures en terme d'adéquation de la réponse aux besoins et de réorganisation. L'intégration de chaque structure USLD dans une filière de soins gériatrique doit être recherchée ».

Les conseils d'administration devront valider ou non les propositions des autorités de tutelle en effet, au plus tard le 1er janvier 2007, un arrêté conjoint du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et du préfet de département fixera la part des Unités de Soins de Longue Durée redéfinies qui devra rester dans le champ sanitaire.

En définitive, m'appuyant sur les données démographiques locales, les caractéristiques sanitaires (50% de patients SMTI), des moyens déjà présents (permanence infirmière, médecin attaché à l'USLD, convention de fonctionnement avec l'établissement privé pour l'accès au plateau technique), de l'activité du service (taux d'occupation de 98%), des facilités d'accès de l'établissement, des investissements développés (mise en conformité électrique et de sécurité incendie) et à venir (humanisation), et de la nécessaire mise en œuvre d'une dynamique de projets, il me semble que le maintien de l'Unité de soins de longue durée dans le champ sanitaire se justifie.

Pour l'avenir l'institution doit se donner pour objectif de développer une politique d'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Elle doit également réfléchir à l'obtention d'un rapport qualité/prix moins pénalisant en développant des unités accolées permettant une mutualisation des moyens humains. D'autre

part, on peut espérer que la réforme permettra d'atténuer les problèmes financiers en offrant une vérité des coûts et en permettant l'attribution à chacun des financeurs de la part qui devrait lui revenir.

Enfin, le maintien de l'USLD permettrait de développer une véritable filière gériatrique « labellisée » conformément à la proposition du Rapport « Un programme pour la gériatrie »¹⁸, d'ailleurs reprise dans le PLAN SOLIDARITE – GRAND AGE, présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux personnes handicapées et à la Famille le 27 juin dernier. Cette filière gériatrique associerait ; le service de soins de suites gériatriques, l'USLD et l'Ehpad de l'établissement mais s'étendrait aux services de courts séjours gériatriques des établissements de santé du territoire en particulier ceux possédant un service d'accueil des urgences.

Cette redéfinition de l'USLD est évidemment conditionnée à la mise en place d'une démarche collective de projets, génératrice d'une nouvelle organisation fonctionnelle et architecturale en vue de répondre aux exigences du cahier des charges des SLD dites « redéfinies » et de la « V2 » de l'accréditation.

Au-delà même de la réforme des unités de soins de longue durée, il faut dès aujourd'hui engager une réflexion sur les modalités possibles de financements supplémentaires des soins de long terme qui respectent le principe de solidarité, fondement de notre modèle social. Hélène GISSEROT, Procureur général honoraire auprès de la Cour des Comptes a obtenu le mandat d'étudier et de proposer des modes de financement complémentaires.

La mission envisagera, d'une part, l'organisation d'une nouvelle branche de protection sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées et, d'autre part, l'instauration d'une couverture complémentaire « autonomie », au même titre que les couvertures complémentaires pour la maladie et les retraites. Les résultats de cette étude seront rendus **au début de l'année 2007**.

¹⁸ Rapport «Un programme pour la gériatrie », Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer et Philippe Vigouroux, avril 2006.

Ce nouveau défi sociétal s'inscrit dans un contexte général peu favorable. Le ralentissement de la croissance économique, les contraintes liées à la compétition internationale ont en effet réduit les possibilités de dépenses socialisées supplémentaires.

Bibliographie

LES OUVRAGES :

HENRARD J-C et ANKRI J., *Grand Age et Santé Publique*, Editions ENSP, 1999.

JOEL ME et MARTIN C., *Aider les personnes âgées, arbitrages économiques et familiaux*, Editions ENSP, 1998.

OCDE, *Le vieillissement dans les pays de l'OCDE, Un défi fondamental pour la politique*, Etude de politique sociale n°20, Editions de l'OCDE, 1996.

OCDE, *Le vieillissement dans les pays de l'OCDE, Des politiques en mutation*, Etude de politique sociale n°19, Editions de l'OCDE, 1996.

OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes « des politiques en mutation »*, Etudes de Politique Sociale n°19, Les Editions de l'OCDE, Paris

TUGORES F., *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel*, Etudes et Résultats, DRESS, n°379, 2005.

WEBER A., *L'allocation personnalisée d'autonomie, Etudes et Résultats*, DRESS, n°388, 2005.

WILLMOTT. P., *Social Networks, Informal Care and Public Policy*, Policy Studies Institute, Londres, 1986.

Les articles :

BERTEZENE S., *L'articulation entre démarche qualité et stratégie de l'organisation*, in Droit déontologie et soin, septembre 2004, vol.4, n°3, pp 337-344.

BRUTEL C., OMELEK L. (2003), *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements : horizon 2030-2050*, Insee, collection Insee Résultats, n° 16, 40p

LARCHER G., KUNTZMAN F. et al, *L'avenir des unités de soins de longue durée*, in Technologie et santé, mars 2003, n°49, pp 5-56,

LE FAOU A-N., SCEMAMA O., *Protection sociale, Consommation médicale et économie de la santé*, in Revue du praticien, 15/01/2006, tome 56, n°1, pp 89-93

PERBEN M., *L'allocation Personnalisée à l'Autonomie au 31 mars 2006*, Etudes et Résultats, n°503, Juillet 2006.

PRIEUR J-P, ALLEMAND H., *Protection sociale, Consommation médicale et économie de la santé*, in Revue du praticien, 15/03/2006, tome 56, n°1, pp 85-96

RAMAROSON H, HELMER C, BARBERGER-GATEAU P, LETENNEUR L, DARTIGUES JF. *Prévalence de la démence et de la maladie L'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid*. Rev Neurol 2003; 159:405-11.

SEBBANE G., HOLSTEIN J., BOUDALI Y., DEBRAY-MEIGNAN S., LEPAGE E., *Caractéristiques médicales des patients en USLD et prédictions de la lourdeur de la prise en charge*, in Santé Publique, 2003, vol. 15, n°1, pp 49-60

Textes de lois et réglementaires :

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie (JORF du 21 juillet 2001)

Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (JORF du 1^{er} juillet 2004)

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances (JORF du 12 février 2005)

Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale (JORF du 20 décembre 2005)

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les Unités de Soins de Longue Durée (JORF du 25 mai 2006)

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

Les rapports :

Rapport BONNET, Conseil économique et social, 2004

Rapport « Un programme pour la gériatrie », C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER et P. VIGOUROU, avril 2006

Liste des annexes

- Annexe 1 : La présentation logarithmique du calcul du Pathos Moyen Pondéré
- Annexe 2 : Fiche Etude – USLD - **non diffusée**
- Annexe 3 : Fiche Structure – USLD – **non diffusée**
- Annexe 4 : Fiche Individuelle – USLD – **non diffusée**

ANNEXE 1

■ Le **Pathos Moyen Pondéré ou PMP** est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des polyopathologies dans une population donnée. Il correspond à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les huit postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu.

$$PMP = \frac{\sum_1^8 (P_i \times C_i)}{N}$$

P_i = nombre total de points
 C_i = coefficient de pondération
lié au type de soins
 N = effectif de la population

A partir de ces coefficients de pondération, il sera possible de déterminer la part de chacun des huit postes de soins dans le calcul du PMP :

$$PartS_i = \frac{(P_i \times C_i)}{\sum_1^8 (P_i \times C_i)} \times 100$$

Le PMP ne permet pas d'évaluer la nature réelle qualitative des besoins, indispensable pour établir un projet d'établissement, les autres indicateurs permettent cette approche qualitative. **Une "bonne " utilisation du modèle PATHOS passe par l'exploitation de l'ensemble des indicateurs qu'il propose.**