

**SERVICE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER D'ALBI**

81013 ALBI Cedex 09 FRANCE

Docteur Bernard **PRADINES**

Spécialiste en Gériatrie, diplômé d'Etude de la Douleur

811009620, n° établissement : 810100297

Répondeur-enregistreur: 05 63 47 44 60

E-mail principal : bpradines@aol.com

E-mail secondaire : bpradines@yahoo.fr

site : <http://users.aol.com/Dgeriatrie/>

Président de SOSLD (SOS Longue Durée)

lettre ouverte à

Madame la Ministre, Secrétaire d'Etat chargée des Personnes Âgées

le lundi 29 octobre 2007

Madame la Ministre,

Nous sommes des médecins déterminés à nous exprimer sur la « réforme » en cours des Soins de Longue Durée (SLD), encore qualifiés de Longs Séjours. La plupart d'entre nous sont des acteurs de terrain qui agissent professionnellement et humainement pour sortir la vieillesse malade de l'exclusion et de la nuit de l'hospice.

Des réductions concernant ces services de SLD se poursuivent ici et là.

En 2007, nous sommes convaincus qu'une disparition massive de lits de SLD serait préjudiciable à l'accompagnement et à la prise en charge de nombreux malades, dépendants, précaires, le plus souvent âgés. Parmi eux, ceux qui sont atteints par la maladie d'Alzheimer.

Pourtant, la majorité des malades relevant des SLD se trouvent encore en majorité en dehors de la structure d'hébergement et de soins dans laquelle ils devraient être soignés. D'après l'échantillon ERNEST en 2001, plus du double du nombre de personnes classées par PATHOS comme relevant des « Soins Médico-Techniques importants » (SMTI) se trouvaient hors des Unités de Soins de Longue Durée.

A lui seul, compte tenu des évolutions démographiques, l'échantillon ERNEST laissait présager un accroissement des capacités souhaitables des services français de SLD.

Ainsi, comment peut-on fixer la répartition des lits entre EHPAD et SLD avant que la coupe PATHOS n'ait été effectuée au moins dans les EHPAD, sinon dans l'ensemble des établissements médico-sociaux ? Sans parler du domicile où certaines personnes classées SMTI se trouvent en contrainte financière de demeurer.

Ainsi, si la population des plus de 85 ans double d'ici à 2020, il est nécessaire d'avoir une vision à plus long terme intégrant une planification évolutive de l'offre de ce type de services hospitaliers compte tenu notamment du vieillissement de la population.

Il faut aussi rappeler l'existence de patients âgés de moins de 65 ans, en vie « végétative » ou « pauci-relationnelle », et autres grands neuro-dégénératifs ou cérébro-lésés qui se retrouvent toujours, et de plus en plus, en SLD dans l'attente parfois très longue de places adaptées dans des établissements plus spécialisés (avec des prises en charge autrement plus substantielles qu'en SLD).

Sur le terrain, on « oublie » non seulement d'envisager le long terme mais aussi de voir plus loin que le service de SLD du lieu à réduire ou même à faire disparaître alors qu'il faudrait d'abord l'améliorer, en particulier par une dotation suffisante en personnels.

Les conséquences sur la filière hospitalière et en particulier sur la filière gériatrique seront considérables. Les services de « Court Séjour » auront bien du mal à transférer les patients qui le nécessitent vers les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dont les lits seront occupés par des malades dont l'état de santé est incompatible avec un retour à domicile et qui seront devenus trop lourds pour être pris par le secteur social.

Ainsi vont s'engorger à la fois la filière gériatrique et les Services d'Accueil des Urgences (SAU).

Pour notre part, il nous semble urgent que les choses soient laissées purement et simplement en l'état aussi longtemps que rien de sérieux n'est prévu en dehors de la réduction des SLD.

Bien sûr, il convient de mieux orienter les malades, en particulier ceux qui requièrent une hospitalisation au long cours.

Dans ce but, nous souhaitons un moratoire qui permettrait de reprendre le dialogue entre les politiques, qui doivent gérer la crise, et les professionnels qui travaillent quotidiennement auprès des malades hospitalo-requérants en attente d'hébergements adaptés ainsi qu'auprès des personnes âgées en institutions.

On peut imaginer une bonne réforme dont le principe est louable : mieux orienter les personnes âgées : celles qui sont dépendantes doivent aller plutôt en EHPAD, celles qui sont malades, instables et précaires (SMTI) en USLD.

Mais il ne faut pas vouloir aller trop vite, en fermant des structures avant que soit mise en place l'ouverture concomitante de lieux de prise en charge non hospitaliers (EHPAD, foyers logements, etc...). Aller vite n'est pas gage de succès, bien au contraire. Sinon, il faudra s'attendre à de graves conséquences tant pour les malades âgés que pour la fluidité des filières au-delà d'une hypothétique victoire de la logique comptable.

Soulignons encore que la circulaire du 10 mai 2007 prévoit, en sus, la prise en charge en SLD de patients nécessitant des soins palliatifs ainsi que de personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies neurodégénératives. Cette situation implique une réflexion

supplémentaire : faut-il que tous ces patients aillent en SLD gériatrique ? Les SLD doivent-ils devenir polyvalents ?

Ne faut-il pas prévoir aussi, au sein des lits de SLD redéfinis, un secteur dédié à la prise en charge au long cours des malades psychiatriques âgés ayant des troubles importants du comportement et qui ne peuvent pas être soignés en dehors d'unités très spécialisées ?

Il conviendrait de sectoriser les services pour des raisons de gestion, au risque de créer parfois de nouvelles ségrégations. Comment sectoriser des services dont nous ne pouvons pas connaître la capacité puisqu'elle devrait être définie en fonction de l'environnement (le « bassin ») ?

Soyons concrets : s'il y a moins de SLD, l'alourdissement des EHPAD est inévitable. Au-delà des moyens alloués par le GMPS, pensez-vous que la situation actuelle des EHPAD leur permettra d'accueillir massivement des malades aussi difficiles que ceux des SLD ? N'y a-t-il pas un risque important de transferts massifs de patients souffrant de pathologies aiguës vers les Urgences ?

Par exemple, pensez-vous :

- que le statut et surtout la responsabilité concrète des médecins coordonnateurs en EHPAD sont bien établis ? Que ces derniers ne se verront pas imposer des patients de plus en plus lourds en soins, alors que souvent ils n'y a pas de présence infirmière nuit et jour, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans ces établissements ?
- qu'il y a bien partout la proximité nécessaire d'un plateau technique pour les malades classés SMTI ?

Un attentisme des médecins de SLD et de leurs directions administratives semble s'être généralisé, pouvant être assimilé à de mauvaises compréhensions de la réforme. Ici et là, des réticences se font légitimement sentir face à des pressions visant toujours à réduire la capacité des SLD en contradiction avec toutes les prévisions démographiques.

Jamais en sens inverse.

Même une évaluation honnête par PATHOS se voit souvent contestée par des organismes de tutelle qui ne maîtrisent pas bien cet outil et le trouvent insuffisamment réducteur.

Madame la Ministre, nous sommes disposés à venir nous entretenir de ce grave sujet avec vous, ainsi qu'avec tout autre intervenant soucieux de l'avenir des personnes malades dans notre pays, en particulier quand elles sont âgées.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre profonde considération.

**Dr Bernard PRADINES**