

Actualités nationales

EHPAD

Pr Claude JEANDEL

Trois axes de réflexions

- 1. La réforme de la tarification : un révélateur de la crise des EHPAD
- 2. Les ressources humaines : des missions et une organisation du travail à revoir
- 3. Que faire pour l'EHPAD de demain ?

Impact de la réforme de la tarification (sur 4565 EHPAD...)

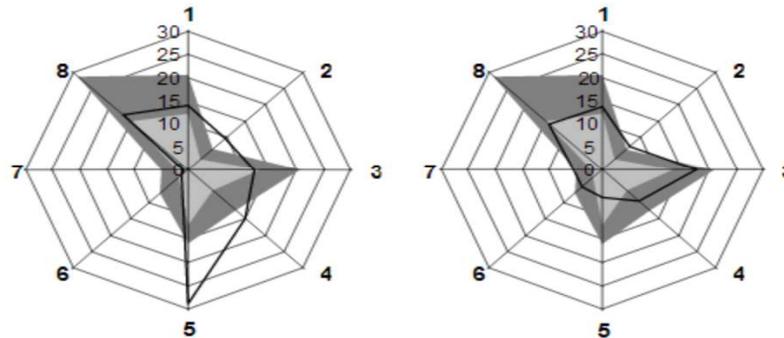
- Gain global estimé à 398 millions d'euros
- **Secteur public** : + 101 millions d'euros
 - Volet dépendance : **perte** de 65 millions d'euros
 - Forfait soins : **gain** de 166 millions d'euros
- **Secteur commercial** : + 194 millions d'euros
 - Volet dépendance : gain de 105 millions d'euros
 - Forfait soins : **gain** de 89 million d'euros
- **Secteur Privé but non lucratif** : + 104 millions d'euros
 - Volet dépendance : gain de 1 million d'euros
 - Forfait soins : **gain** de 103 million d'euros

L'introduction du PMP dans le calcul de la dotation globale de soins : une logique plus **budgétaire** que sanitaire

	Ehpad A	Ehpad B
Effectif	30	62
GMP	747	549
Proportion de résidents requérant des soins médicaux et techniques importants (SMII)	3 %	8 %
Proportion de résidents « déambulants »	70 %	60 %

Proposition n° 6 : dans le calcul de la dotation globale de soins, substituer au PMP un indicateur statistique susceptible de mieux traduire en ETP les besoins thérapeutiques des résidents.

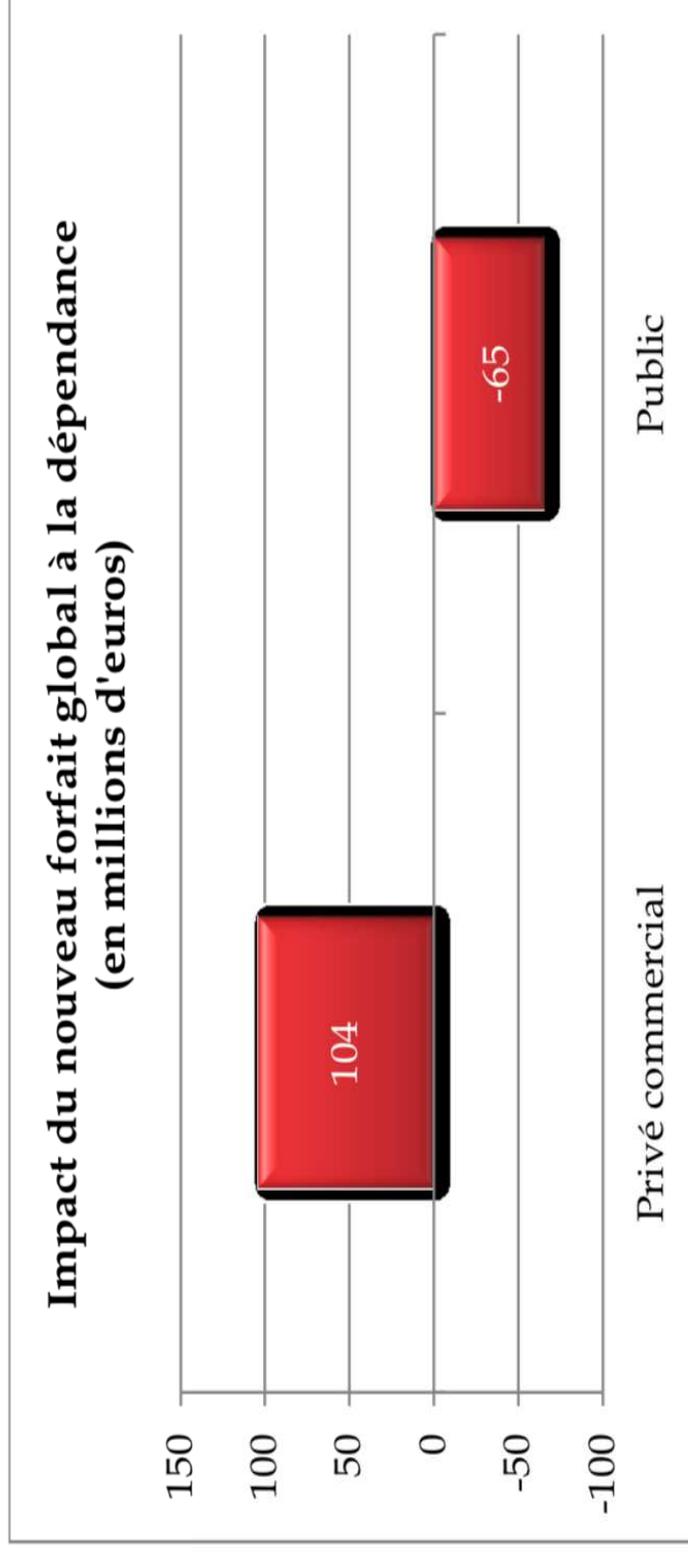
échantillon prélevé en 2003. Les huit postes y sont numérotés ainsi : le médecin gériatre (1), le médecin psychiatre (2), l'infirmier (3), l'intervenant en rééducation (4), l'intervenant en psychothérapie (5), la biologie (6), l'imagerie médicale (7) et la pharmacie (8).



L'examen de ces graphiques montre qu'à PMP égal, les besoins diffèrent fortement sur trois postes de soins : l'infirmier, l'intervenant en rééducation et l'intervenant en psychothérapie.

La dotation globale de soins ne sera pas la même pour les deux établissements, puisqu'elle intègre également le GMP, mais elle risque de ne couvrir que très imparfaitement leurs besoins de ces trois personnels médicaux et paramédicaux spécialisés.

La réforme de la tarification des Ehpad, entamée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), a successivement modifié les critères d'attribution du forfait global de soins et du forfait global à la dépendance. La nouvelle formule de calcul de ce dernier a suscité de nombreuses critiques, notamment **parmi les établissements publics**.



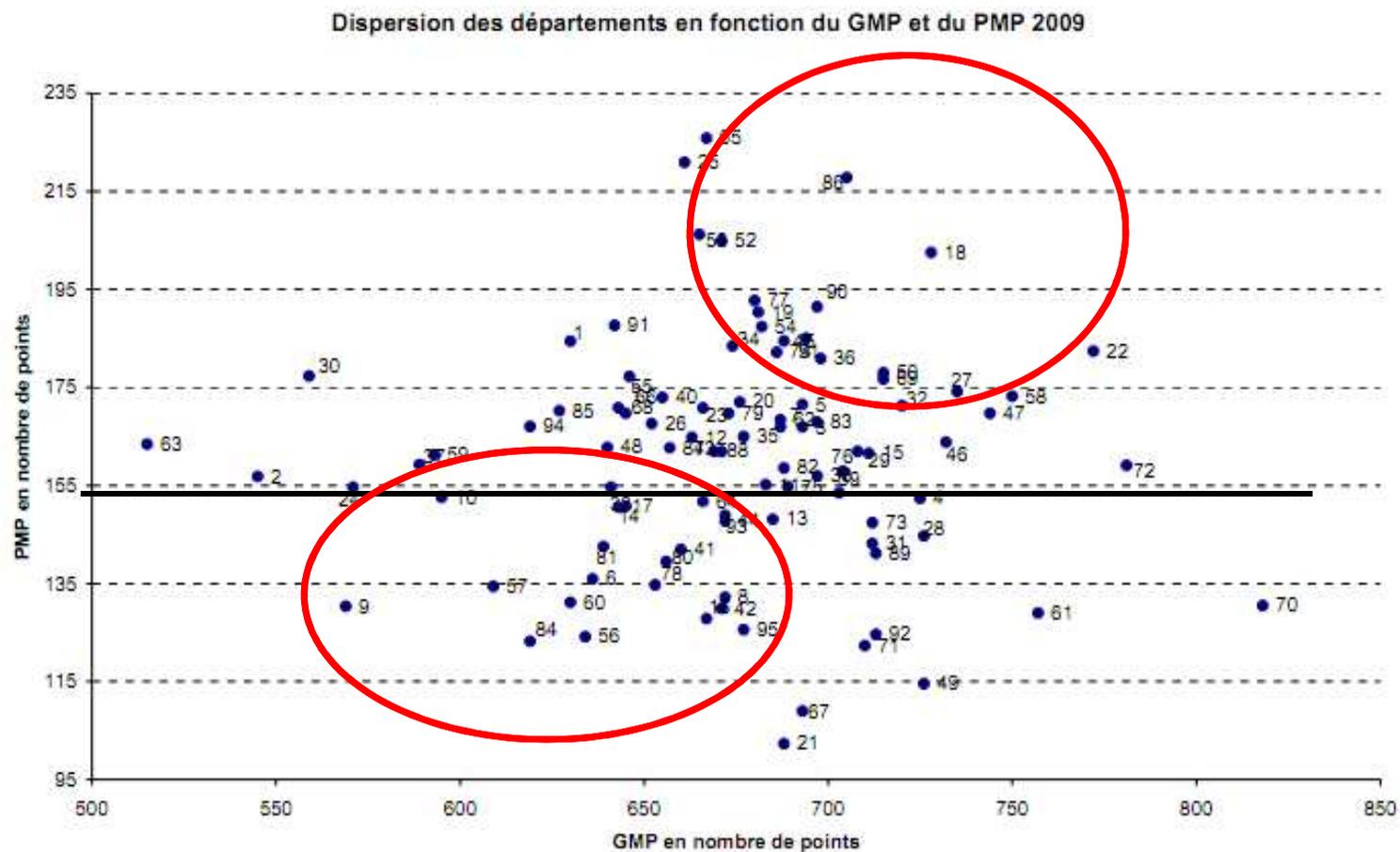
Proposition: réorienter la réforme tarifaire selon la séquence suivante :

- 1) interrompre la mise en oeuvre de la réforme tarifaire en figeant les dotations à l'autonomie sur leur niveau de l'exercice 2016
- 2) concentrer l'effort sur la diffusion des Cpom ;
- 3) reprendre la réforme tarifaire un fois atteinte une couverture de Cpom suffisante.

PROPOSITIONS

- *Déployer pleinement les Cpom avant de poursuivre la réforme tarifaire*
- *Élever le seuil de récupération sur succession des sommes versées au titre de l'ASH*
- *Prévoir la possibilité pour les gestionnaires d'établissement de moduler le prix de journée en fonction des ressources des résidents*

Disparités départementales GMP/PMP



Source : CNAMTS, GALAAD, bilan des coupes 2009
Retraitements : secrétariat général du HCAAM

Les ressources humaines : des missions et une organisation du travail à revoir

Proposition n° 9 : prévoir qu'une habilitation spécifique soit délivrée aux aides-soignants travaillant en Ehpad afin qu'ils puissent pratiquer, par délégation, des actes infirmiers, notamment l'aide à la prise de médicaments.

Proposition n° 10 : revoir la rédaction du décret du 29 janvier 2016 afin que la fonction d'aide médico-psychologique ne soit plus absorbée dans celle d'accompagnateur éducatif et social et que sa disparition se traduise par une augmentation du nombre d'aides-soignants.

Proposition n° 11 : substituer progressivement au projet général de soins de chaque établissement une évaluation individuelle des besoins en soins et actes d'aide à l'autonomie de chaque résident afin d'éviter les actes « surabondants » et d'optimiser le temps des personnels.

Proposition n° 12 : réviser le décret du 4 janvier 2002 afin qu'un Ehpad public puisse plus facilement procéder à des aménagements du temps de travail et mettre en place des cycles de travail fondés sur des journées de 12 heures.

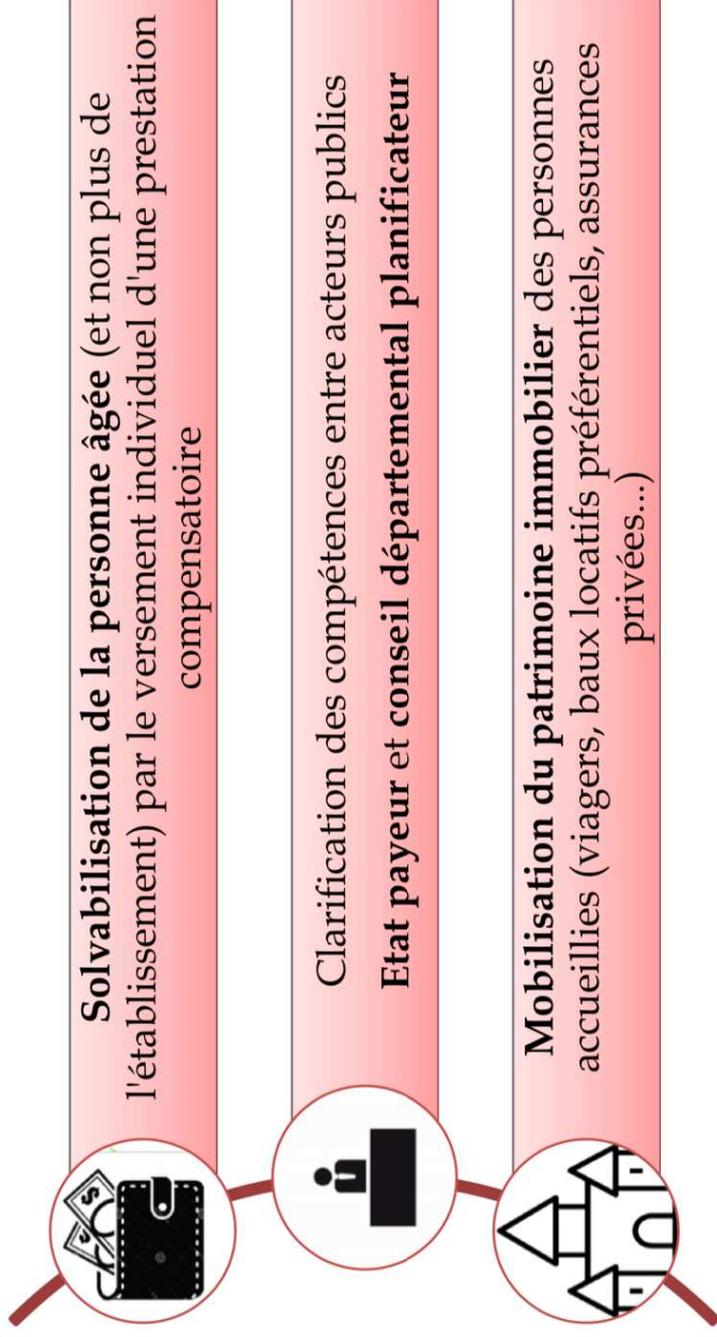
Le médecin coordonnateur...

Proposition n° 8 : repenser en profondeur la mission du médecin coordonnateur en mettant en oeuvre les actions suivantes :

- 1) doter le médecin coordonnateur d'une capacité de prescription individuelle,
- 2) en cas d'opposition d'avis entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant, prévoir les modalités d'un échange de vues avec attribution de la décision finale au premier,
- 3) inclure les interventions des médecins libéraux extérieurs dans le champ des contrats de coordination avec l'Ehpad, notamment dans le but de limiter la prescription d'actes redondants,
- 4) proscrire le cas de cumul de fonctions de médecin coordonnateur et de médecin traitant d'un résident.

Proposition n° 14 : accompagner le processus de mutualisation des infirmiers de nuit en intégrant leur coût dans la dotation globale de soins des Ehpad et en privilégiant les partenariats avec les structures sanitaires.

Proposition n° 15 : ouvrir la possibilité au médecin coordonnateur d'accomplir des actes de télémedecine, et de bénéficier de la rémunération à l'acte dans le seul cas où ses temps de présence réglementaires en établissement sont respectés. Dans le cas contraire, ses actes de télémedecine seraient couverts par sa rémunération forfaitaire.



PROPOSITIONS

- *Repenser la médicalisation des structures existantes en visant particulièrement les doublons entre dépenses couvertes par le forfait global de soins et dépenses de soins de ville*
- *Inciter au développement de l'offre d'habitat intermédiaire, sur le modèle notamment des résidences-autonomie*
- *Rouvrir le débat sur la réforme du financement de la dépendance*

PROPOSITIONS À COURT TERME

- Le format de cette mission « flash » a offert la réactivité qui s'imposait afin de répondre à des problèmes urgents, pour lesquels une mission d'information classique - s'étendant sur plusieurs mois - n'aurait pas été satisfaisante. La rapporteure a ainsi souhaité interpeller le Gouvernement :
- 1. sur la nécessité de mieux reconnaître le métier d'aide-soignant : les interlocuteurs auditionnés ont unanimement fait part de la pénibilité au travail de plus en plus forte dont souffrent les aides-soignants et de l'inadéquation croissante entre leurs missions en droit et sur le terrain. La rapporteure souhaite qu'un groupe de travail soit mis en place au sein du ministère de la santé sur l'évolution des missions des aides-soignants et la revalorisation de leur statut.
- 2. sur la nécessité d'imposer la présence d'un infirmier de nuit dans les EHPAD, et de faire évoluer leur financement en fonction.

- 3. sur la réforme de la tarification des EHPAD issue du décret du 21 décembre 2016 : la rapporteure souhaite que l'on prenne le temps de corriger les effets réglementaires indésirables d'une réforme législative qui reste toutefois pertinente dans son principe et devrait être une avancée en termes de visibilité budgétaire pour les EHPAD.

PROPOSITIONS À COURT TERME

- 4. sur les contrats aidés : pour faire face à des sous-effectifs très importants, le recours à ces contrats a été massif dans les EHPAD publics et privés non-lucratifs. La rapporteure souhaite que l'aide et le soin aux personnes âgées soient considérés comme une priorité pour l'allocation de ces contrats en 2017, au même titre que l'accompagnement des élèves en situation de handicap et les secteurs d'urgence en matière sociale et de santé.
- 5. sur une plus grande transparence sur la qualité des prestations offertes par les EHPAD : la rapporteure souhaite qu'une réflexion soit engagée sur la publication en ligne des évaluations externes des EHPAD, rendues obligatoires par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

- PROPOSITIONS POUR UNE DEUXIÈME ÉTAPE

- La rapporteure estime qu'au-delà des réponses à apporter dès maintenant, la Représentation nationale doit aujourd'hui anticiper les besoins et réfléchir à ce que doit être l'EHPAD de demain. Une mission d'information dédiée, centrée sur des visites de terrain, doit être mise en place. Deux axes de réflexion principaux devront être développés lors de cette mission d'information à venir :
- 1/ comment doivent évoluer les ressources humaines des EHPAD, face l'évolution du public accueilli ? La mission d'information devra notamment se pencher sur la possibilité d'instaurer une norme minimale d'encadrement en EHPAD, à l'instar de ce qui existe déjà dans d'autres pays européens ;
- 2/ Quel modèle pour l'EHPAD du futur? Quelle articulation de ces établissements avec l'accompagnement à domicile, le sanitaire, le médico- social ? Il faudra par exemple s'intéresser aux expérimentations autour de « l'EHPAD à domicile ».