



PERSONNES AGEES ET PLAN ALZHEIMER : NE PAS BRISER L'ELAN



Le Plan solidarité grand âge présenté par Philippe Bas en 2006 devait répondre de manière prioritaire et lisible à la nécessaire médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Il s'agissait de permettre la création de places nouvelles de manière dynamique et équilibrée sur le territoire national, de développer l'offre d'accompagnement et de soins à domicile, et de renforcer les équipes dans les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes.

Or, ce plan n'est financé que partiellement, contrairement aux engagements pris par l'Etat, et la convergence tarifaire telle qu'elle a été mise en œuvre depuis 2009 ne permet pas de répondre à l'objectif d'une meilleure répartition des crédits. Cette mesure entraîne déjà des réductions d'emploi au sein d'établissements dont les effectifs sont très en deçà des moyens permettant une prestation de qualité pour l'utilisateur, alors que le nombre d'établissements en convergence est évalué à un millier.

La FHF propose donc de sortir d'un dispositif automatique touchant à l'emploi soignant et impactant très directement la qualité des prestations, et d'engager une dynamique de contractualisation autour d'objectifs d'efficacité nouveaux, aux travers de la politique d'achat, de la mutualisation des fonctions support ou encore de la politique du médicament.

Le PLFSS 2010 doit traduire cette nouvelle dynamique pour le secteur médico-social autour de plusieurs principes :

- maintenir une démarche ambitieuse en matière de ressources humaines (renforcement des équipes, professionnalisation, médicalisation) associée à une évaluation de la qualité du service rendu ;
- renforcer la coordination des acteurs (établissements et services, Etat, conseils généraux) pour une allocation des crédits mieux ciblée et une structuration de l'offre plus cohérente ;
- soutenir une stratégie de groupe par une aide à la contractualisation de ces acteurs ;
- définir le calendrier de ce nouveau plan stratégique sur une période de 5 à 7 ans.

PROPOSITION 1 : DYNAMISER LE PROCESSUS DE CONVENTIONNEMENT TRIPARTITE DE SECONDE GENERATION

Si la convergence avait pour objectif de rendre plus équitable l'allocation des crédits au sein d'un secteur, elle fragilise et déstabilise les équipes les plus engagées dans cette dynamique. Alors que le premier processus de conventionnement est achevé, on observe que le renouvellement des conventions tripartites reste peu dynamique. Or, cet outil de contractualisation doit permettre la mise en œuvre d'une convergence qualitative des établissements et au sein d'un territoire.

Ainsi, la FHF propose une accélération du conventionnement de 2^e génération permettant :

- une professionnalisation attendue par un grand nombre d'établissements qui ne disposent pas du niveau de dotation plafond sur le soin (calculé sur la base des outils AGGIR et PATHOS) ;
- une contractualisation sur des objectifs de 3 à 5 ans pour les établissements dont la dotation serait supérieure à la dotation donnée par le GMPS. Ces objectifs devront porter prioritairement sur la mise en œuvre des fonctions supports (achats, logistiques, médicaments) dans le cadre de groupements de coopérations et de mutualisation entre établissements.

Chaque établissement doit être en mesure de gagner en efficacité sans remettre en cause la présence de professionnels auprès des résidents dont l'état poly-pathologique et la grande dépendance s'accroissent, du fait d'une entrée tardive et souvent précipitée en établissement.

PROPOSITION 2 : ACCOMPAGNER LA STRATEGIE DE GROUPE DANS CHAQUE TERRITOIRE PAR UNE AIDE A LA CONTRACTUALISATION

Les crédits de l'enveloppe FMES pour le secteur sanitaire permettent d'engager des projets de rapprochement et de coopérations entre établissements. La restructuration de l'offre sur les territoires est portée par la FHF dans le cadre d'une stratégie de groupe. Les établissements médico-sociaux doivent également disposer d'une ingénierie et de compétences actuellement dispersées pour créer des équipes territoriales et coopérer dans le cadre notamment de GCSMS.

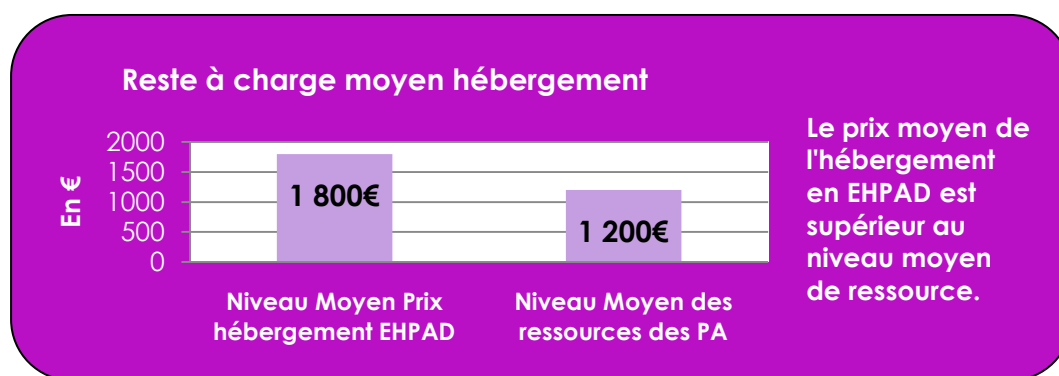
Les crédits non consommés par la CNSA pourraient être dédiés pour partie à un soutien et une aide à la création de groupements de coopération ou de groupements d'achats, voire de rapprochement d'établissements. Ceci peut concerner en particulier :

- des équipes territoriales de management : politique financière et d'investissement, direction territoriale des fonctions logistiques, politique de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, politique et gestion des ressources humaines (et notamment mobilisation territoriale des compétences médicales) ;
- la gestion des médicaments dans le cadre d'une PUI mutualisée entre plusieurs établissements (les écarts entre les coûts de la prestation pharmaceutique délivrée par une PUI et celle délivrée par un pharmacien d'officine vont de 1 à 3) ;
- l'achat dans le cadre de groupements permettant de réaliser des économies d'échelle et de négocier les prix auprès des fournisseurs ;
- la mutualisation des fonctions blanchisserie.

Par ailleurs, le développement du secteur dans le cadre de cette stratégie de groupements permettra de réaliser des opérations de construction moins coûteuses (capacité à négocier différemment les taux d'intérêt, plans de financement et d'investissement sur un plus grand nombre de lits, diminution des coûts d'études et de réalisations, ...).

PROPOSITION 3 : RENDRE PLUS EFFICIENT L'INVESTISSEMENT ET LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

En 2009, l'ONDAM a permis de mobiliser 119 M€ pour accompagner la création de places nouvelles, auxquels il faut ajouter les aides à l'investissement accordées par la CNSA. Or, on constate désormais dans de nombreux territoires des difficultés sur le taux d'occupation des structures. En effet, le prix important laissé à la charge de l'utilisateur ou de sa famille entraîne un maintien à domicile, au mépris parfois des besoins de la personne âgée, d'autant que 27 à 40 % des coûts de la dépendance ne sont pas pris en charge par la collectivité.



Dans l'attente des débats sur le droit universel à compensation de la perte d'autonomie, les choix en matière de développement de l'offre doivent être davantage orientés pour répondre aux besoins de la population dans les zones les moins dotées, par la création de plateformes de services associant des prestations d'hébergement complet, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, ainsi que des équipes intervenant à domicile.

Il s'agit de susciter une offre nouvelle structurée au sein de filières. Les besoins en places d'EHPAD seront ainsi corrélés à la démographie médicale et paramédicale libérale du territoire, et à la montée en charge de l'offre nouvelle en HAD, SSIAD, équipes mobiles gériatriques, équipes mobiles de soins palliatifs.

Pour 2010 et dans l'attente d'un outil de planification et de programmation permettant le déploiement d'une offre mieux adaptée, et de la mise en œuvre du 5^e risque, la FHF propose de fixer des objectifs moins ambitieux en matière de création de places. Réduire de 25 % l'effort sur ce poste permettrait de redéployer environ 30 millions d'euros en 2010 qui pourraient être dédiés à l'amélioration des taux d'encadrement en personnel soignant des EHPAD.

PROPOSITION 4 : SORTIR DE LA CRISE GRACE A UN MANAGEMENT DIFFERENT DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

L'ONDAM « personnes âgées » était en apparence en forte progression en 2009. En fait, cette image doit être largement nuancée :

- 30 % des crédits nouveaux ont été consacrés à la réintégration des dispositifs médicaux dans les dotations des EHPAD. Ces crédits ne constituent pas un effort supplémentaire pour l'Assurance maladie car il s'agit d'un transfert d'enveloppe de l'ONDAM de ville vers l'ONDAM médico-social. Si l'on neutralise cet effet de transfert, la progression n'est plus que de 5,93 %, et non plus de 8 % ;
- 27 % ont été dédiés à la montée en charge de la tarification sur la base de l'outil PATHOS. Il faut noter toutefois que l'ingénierie de la dépense actuelle, par le biais de la CNSA, ne permet pas d'engager la totalité de ces crédits ;
- 20 % des crédits ont été dédiés à la politique de créations de places ;
- enfin, les moyens dédiés à la reconduction des moyens en fonctionnement (sur les soins) du parc existant ne représentent que 19 % de l'évolution en 2009, soit environ 116 M€. Dans le secteur des établissements pour personnes âgées, cette évolution d'enveloppe se traduit par une progression de moins de 2 % et non contraints par la convergence tarifaire plus drastique encore. Dans le secteur des établissements pour personnes handicapées l'évolution est moindre encore et ne représente qu'une évolution de 1,5 % pour les dépenses de personnel. Ces taux ne permettent pas de faire face aux mesures salariales prises chaque année.

Afin de répondre aux véritables enjeux, il faut donc :

Une ingénierie plus efficace de l'allocation des ressources et de l'organisation de la dépense

Le secteur médico-social souffre d'une crise de la gouvernance. De plus en plus de crédits votés par la représentation nationale ne sont pas dépensés par la CNSA en raison d'une ingénierie insatisfaisante de la dépense et d'une absence de système d'information permettant un suivi concret des actions engagées. Une présentation annuelle de la consommation des crédits devant la représentation nationale doit être réalisée. Elle doit s'accompagner d'un bilan d'étape sur le déploiement de l'obligation d'évaluation de la qualité inscrite dans la loi depuis 2002.

Une nouvelle gouvernance des outils de tarification : PATHOS

Les « coupes » PATHOS, qui permettent de calculer le niveau de dotation soins pour un établissement, sont majoritairement revues à la baisse par les médecins de l'Assurance maladie chargés de la validation. Ceci est donc décidé unilatéralement par la CNAM, sans qu'aucune instance n'organise les échanges avec les professionnels du secteur. Cet outil faisant largement grief, il est nécessaire de l'inscrire dans un processus d'allocation de ressources transparent. Une commission technique regroupant l'ensemble des acteurs concernés (Etat, Assurance maladie, CNSA, représentation des établissements, des directeurs ainsi que des médecins gériatres et coordonnateurs) devrait être mise en place dès 2010.

Une politique d'évaluation de la qualité du service rendu assise sur le suivi d'indicateurs de surveillance de la qualité

Afin de rendre plus lisible l'évolution qualitative du secteur, celui-ci doit se doter d'outils permettant d'aller jusqu'à la certification des établissements comme c'est le cas dans le secteur hospitalier. Pour sa part, la FHF a publié dans un document « Qualité-Sécurité : produire des indicateurs de qualité associés à des indicateurs de résultats », offrant des repères pour les usagers et les gestionnaires d'établissement. Ces derniers ont vocation à expliciter la prestation offerte par chaque établissement du réseau avec les moyens qui lui sont alloués.

Rappelons que 60 % des charges de la maison de retraite sont supportées par les usagers eux-mêmes ou leur famille. La qualité de la prestation offerte doit être lisible. Il est important de constater, comme l'a fait la Cour des comptes en 2005 que la moitié des besoins des personnes âgées en établissement ne sont pas couverts.

L'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité dans le secteur social et médico-social), qui produit actuellement des recommandations et des guidelines, doit être renforcée dans ses moyens et ses missions afin que le suivi d'indicateurs de surveillance de la qualité soit déployé dans les prochaines années. Cette démarche sera utilement complétée par les travaux de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) chargée de la mesure de l'efficacité dans le champ sanitaire et médico-social.



Fédération hospitalière de France

1 bis, rue Cabanis - CS 41402

75993 Paris cedex 14

Tél. : 01 44 06 85 21

Fax : 01 44 06 84 45

Mail : c.lussiez@fhf.fr

www.fhf.fr

www.hopital.fr

Document diffusé aux parlementaires et aux journalistes