

PROPOSITIONS RELATIVES A UNE AMELIORATION DES EHPAD - NOTE DE SYNTHÈSE -

LES EFFECTIFS

- 1.** La question primordiale est celle des ratios de personnel / résident. Ils doivent être opposables sur une fourchette de 0.8 à 1 agent par résident, palliant l'absentéisme et prenant compte des temps de formation (le taux d'accompagnement global par résident en 2016 était de 0.63 équivalent temps plein – ETP¹).
- 2.** Corrélativement, les qualifications des agents sont tout aussi importantes, en particulier les aides-soignantes qui devraient composer au 50 à 60% de l'effectif (en 2016, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les assistants de soins en gérontologie représentaient 43%¹ des effectifs). Les IDE doivent être assez nombreuses pour assurer une présence continue au moins 16h00 par jour.
- 3.** Les effectifs doivent permettre un ratio identique 7J / 7, pour ne pas diminuer la présence les week-ends.
- 4.** Cependant il ne faut pas faire des EHPAD, ce qui est une tendance forte aujourd'hui, des sous-hôpitaux médicaux ou psychiatriques.
- 5.** L'encadrement médical doit être revu avec
 - la possibilité de salarier les médecins
 - la compétence de soins et donc de prescription pour les médecins coordonnateurs

¹ La situation des EHPAD en 2016 – étude de la CNSA – novembre 2017

6. L'encadrement paramédical doit être assuré par un agent formé comme le sont les cadres de santé

7. Il faut adosser les EHPAD, y compris territoriaux, à des Centres Hospitaliers Locaux ou des Hôpitaux de proximité dans leur bassin de vie et les regrouper dans des ensembles incluant Centre de santé, Maison de Santé Pluridisciplinaire, Maison Médicale de Garde, Soins à Domicile, Hospitalisation A Domicile...

PATHOS ET GIRAGE

8. Les outils d'allocation des ressources PATHOS et GIR sont lacunaires, trompeurs et manipulés.

8. a. Il faut dissocier évaluateur et financeur pour retrouver crédibilité et objectivité.

8. b. PATHOS doit tenir compte, par exemple, des états psychiatriques. Le GIRAGE doit tenir compte des résidents déambulants (classés comme valides) mais pourtant très consommateurs de temps.

8. c. La qualité de l'entourage familial doit être prise en compte : famille aidante ? famille toxique ou famille maltraitante ?, car consommatrice de temps administratif, infirmier et médical.

9. La prévention est actuellement contre-productrice en termes de ressources. Des prises en charge diététique, psychologique, rééducative..., comme la diminution des consommations d'antibiotiques ou de justes prescriptions d'analyses biomédicales font baisser le nombre de points, car les résidents vont mieux. Donc, la baisse des points ne permet plus de rémunérer diététicien, psychologue, kinés...

LE FINANCEMENT

10. Il faut réviser les tarifs et les sections tarifaires selon le statut (public, à but non lucratif...) et la fiscalité des établissements (taxe sur les salaires...). Le SOIN doit financer

complètement ses charges : dossier médical, logistique et locaux de la pharmacie car cela se fait au détriment de la section hébergement et donc des effectifs.

Comme au sein même du tarif hébergement, le plafonnement du tarif (à 60€ par exemple), que l'établissement soit neuf ou vétuste, pèse sur les effectifs.

11. Quand l'Etat décrète une augmentation des charges, notamment salariales, il faut que les tarifs la prennent en compte et non plus par redéploiement.

Un autre exemple concerne les frais de fonctionnement des Groupements Hospitaliers de Territoire, calculés sur la base de tous les budgets hospitaliers et médico-sociaux et qui pèsent sur le tarif hébergement (jusqu'à la valeur d'1 ETP) sans générer d'économies pour autant.

12. Il faut mettre fin aux convergences tarifaires : hébergement, dépendance, soins.

13. Il faut améliorer les structures :

13. a. Rendre obligatoire la création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (et éventuellement d'Accueils de jour) et d'Unités d'Hébergement Renforcé au regard d'un certain nombre de lits : meilleure prise en charge des résidents et soulagements des professionnels.

13. b. Clarifier le statut des USLD sanitaires financés sur le modèle médico-social et allouer un ratio d'1 agent par lit et d'un 0.6 ETP médecin pour 30 lits. Ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire

13. c. Composer des équipes mobiles partagées eu sein des regroupements autour des CHL et des HP : soins dentaires, géro-psycho-geriatrie, médecine du travail...

Les EHPAD connaissent des réformes
ou des améliorations par petits bouts, alors que tout est lié.

**Il faut une politique globale et non segmentée :
rôle, missions, et moyens correspondant.**