

Le COD3S est un collectif représentant les professionnels du corps de directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S). Il intervient dans toutes les problématiques liées au métier de D3S dans les différents secteurs où il peut exercer : social, enfance, handicap, personnes âgées, sanitaire. Le COD3S est fortement attaché et défend les valeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics.

Nos propositions pour l'accompagnement des personnes âgées au travers d'un service public de l'autonomie renforcé

1. Renforcer l'accompagnement médical des résidents en EHPAD

La charge en soins des EHPAD ne cesse d'augmenter ces dernières années. Avec l'augmentation de la population âgée et la volonté de rester le plus longtemps possible au domicile la courbe de la charge en soins va poursuivre son ascension. Il est nécessaire de penser les EHPAD comme des lieux de vie et de soins. Les deux sont indissociables au vu du public accueilli.

Aujourd'hui les médecins coordonnateurs sont présents 2 journées par semaine et la plupart des EHPAD, au tarif partiel, fonctionnent avec des médecins libéraux. Cette organisation est datée et n'est plus en adéquation avec les besoins actuels de la population accueillie. En effet, les médecins généralistes libéraux sont une ressource trop rare dans les territoires et n'ont pas la disponibilité nécessaire pour s'impliquer dans les projets institutionnels des EHPAD. Ce fonctionnement est aussi peu lisible pour les familles : l'établissement ne pouvant répondre à leur question concernant les problématiques médicales doit les réorienter vers le médecin traitant de ville, bien souvent trop peu disponible. Le passage au tarif global des EHPAD doit permettre de salarier les professionnels de santé médicaux et paramédicaux afin d'améliorer le suivi médical et la permanence des soins en établissement. Ce mode de financement œuvrera aussi à une meilleure maîtrise des dépenses publiques.

Des permanences médicales doivent aussi être expérimentée sur le territoire par le biais des filières gériatriques. Le dispositif des infirmiers de nuit a montré leur plus-value mais une présence médicale permettant d'éventuelles prescriptions le week-end et la nuit éviterait l'appel à la régulation voire le recours aux urgences. Cela serait aussi une sécurité supplémentaire notamment pour les équipes soignantes de nuit.

L'augmentation du temps de présence médicale devra aussi faciliter la mise en place d'actions de prévention spécifiques aux personnes âgées (chute, bucco-dentaire, dénutrition...).

2. Augmenter et diversifier la présence du personnel pour augmenter la qualité d'accompagnement des résidents

Le Ségur de la Santé a offert une revalorisation bienvenue à des personnes jusqu'alors peu rémunérées. Pour autant, les dernières mesures ont particulièrement concernés les personnels soignants, mettant de côté les personnels administratifs, techniques et hôteliers, tout aussi indispensables au bon fonctionnement des EHPAD publics. Aujourd'hui, sur certaines fonctions, il n'est plus possible de rémunérer au niveau des grilles salariales, encore moins de titulariser.

De plus, le temps de présence auprès des résidents d'EHPAD est sous dimensionné et l'accompagnement vers une vie sociale en EHPAD trop limitée. Les rapports s'enchaînent et se répètent : nous devons dépasser le taux moyen de 63,3 ETP pour 100 résidents pour atteindre l'objectif de 100 ETP pour 100 résidents.

S'il faut renforcer l'offre d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne avec un renforcement des aides-soignants (AS) et des agents de service hospitalier (ASH), il convient aussi d'offrir de nouvelles prestations de prévention. Par exemple, l'intervention des professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA) doit être généralisée auprès des résidents dans le but d'améliorer l'autonomie et de baisser la prise en charge médicamenteuse. Mais d'autres métiers, peu présents dans les EHPAD pourraient améliorer la prévention de la perte de l'autonomie : orthoptiste, éducateur spécialisé...

L'accompagnement de résidents ayant des pathologies psychiatriques sont de plus en plus présents dans les EHPAD publics. Le temps d'ergothérapie et de médecin psychiatrie doit être pris en compte afin d'accompagner spécifiquement ce public qui a des besoins particuliers (maintenir le lien social pour éviter le repli sur soi notamment). Des pôles de soins pour personnes âgées ayant des pathologies psychiatriques pourraient être expérimentés afin d'envisager une spécialisation de certains établissements dans ces accompagnements.

Les professionnels engagés font face à une forte charge mentale, leur offrir du temps de psychologues du travail leur permettrait d'améliorer leur vécu de situations émotionnellement difficiles. Des ergothérapeutes les aideraient à préserver leur capital santé par des formations aux gestes et bonnes postures et des assistantes sociales pourraient faire le lien entre vie professionnelle et personnelle.

De nouveaux professionnels doivent entrer dans nos EHPAD pour les rendre plus humains et plus sociables aussi bien pour les résidents que pour les intervenants.

3. Rendre les résidents et leurs proches acteurs de la vie des établissements

Après deux ans de crise sanitaire, où la question de la participation des résidents a été un enjeu fort, parfois mise de côté, il est clairement apparu que les dispositifs en place étaient insuffisants. L'impossibilité pour les résidents et les familles de pouvoir questionner, échanger et participer aux prises de décisions soit bien souvent la source de mécontentements légitimes. Les Conseils de la Vie Sociale, aujourd'hui, sont peu adaptés à une participation engagée des usagers et peut, parfois, être vus comme une simple chambre d'enregistrement.

La place des résidents et des familles dans la prise de décision doit ainsi être renforcée pour répondre à leurs aspirations démocratiques légitimes. Pour construire ces nouveaux modes de fonctionnement, le cadre légal doit être revu avec au préalable le lancement d'une réflexion nationale avec les principaux intéressés. Ce cadre doit permettre suffisamment de souplesse pour permettre des expérimentations et des initiatives locales.

Dans cette réflexion, il nous apparaît utile de mettre en place une instance de médiation inter-établissement sur le modèle de ce qui existe dans les centres hospitaliers. Composée de professionnels et de représentants des usagers, un dialogue pourrait alors s'établir de manière respectueuse entre les diverses parties.

4. Rénover le parc des EHPAD publics pour mieux répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain

Les EHPAD avec des chambres de moins de 20m carré et une douche commune sur le pallier sont encore trop nombreux sur le territoire. Le plan d'accompagnement à l'investissement de la CNSA a déjà orienté

une partie de ses budgets vers ces établissements mais il reste encore des EHPAD sur le bord de la route, dont le projet architectural est bloqué depuis plusieurs années faute de décision des autorités et de financements. Il est nécessaire d'avoir un plan d'investissement ambitieux pour offrir un accueil digne aux personnes vivant dans nos établissements.

En cœur de ville, les futurs établissements ne doivent plus être pensés enfermés entre 4 murs. Les EHPAD doivent être au cœur de la cité et participer à la dynamique de son territoire.

Le réchauffement climatique doit aussi nous obliger à penser différemment le fonctionnement des EHPAD. Les travaux de rénovations énergiques doivent être accompagnés ainsi que les réflexions pour limiter l'impact écologique du fonctionnement de nos structures (élimination des déchets, circuits courts...).

5. Accentuer les coopérations et simplifier le pilotage territorial

L'inscription de l'EHPAD dans son territoire est indispensable. Un établissement de petite taille, seul, se retrouve isolé. Le rapprochement des EHPAD publics entre eux permet de faciliter les échanges de bonnes pratiques, de recruter des métiers spécifiques en commun (ingénieur qualité, psychologue du travail, assistante sociale...), de mutualiser des achats pour diminuer des coûts sans abaisser la qualité. Pour une meilleure coordination, la création d'un groupe de coopération sociale et médico-sociale avec une gouvernance claire voire une direction commune sont des outils intéressants, à développer. Les regroupements d'EHPAD publics faciliteront l'émergence de projets innovants pour leur territoire.

Devenir partenaire d'un groupe hospitalier de territoire, participer à la filière gériatrique sont aussi indispensables pour créer des liens avec le sanitaire, mieux connaître les acteurs du territoire et développer des projets communs qui répondent aux enjeux locaux.

La question du pilotage local doit aussi nous interroger à la sortie de cette crise épidémique. Les agences régionales de santé (ARS) et les départements, chefs de file de l'action sociale, ont une intervention conjointe sur les EHPAD. Si les ARS ont été présentes dans l'accompagnement des établissements médico-sociaux, à la fois pour relayer les consignes nationales, répartir les équipements entre les établissements et aider à la recherche de renfort en personnel, les départements ont eu une implication variable selon les territoires. L'investissement des départements dans la dépendance est aussi inégal comme l'a souligné le récent rapport de la Cour des Comptes.

Le rapport de Dominique Libault a identifié la complexité de ce pilotage bicéphale ; chevauchement de compétences, alourdissement du dialogue de gestion, manque de lisibilité pour l'utilisateur. Les EHPAD, tendant à accueillir un public de plus en plus médicalisé et à se rapprocher des filières gériatriques des hôpitaux, doivent se rattacher à un pilotage unique des ARS, ce qui simplifierait ce schéma, aujourd'hui trop complexe.

La création de la 5ème branche est l'occasion d'aboutir à cette simplification. Cela passe aussi par un financement redéfini. La CNSA pourrait verser alors directement aux ARS les 2,5 milliards de crédits alloués pour l'instant aux Conseils Départementaux.

6. Inscrire les EHPAD comme centre de ressources du grand âge sur leur territoire

L'EHPAD se doit de se réinventer au vu de l'évolution des besoins de la population. Plusieurs raisons conduisent à cette nécessité :

La première s'explique car ces établissements, ex maisons de retraite, ne doivent plus être des lieux d'isolement du reste de la société. Cette image repoussante dans l'imaginaire collectif est pourtant loin de

la réalité. Une véritable vie en collectivité s'organise derrière les murs. Mais celle-ci se limite trop régulièrement aux seuls résidents et personnels, sans s'ouvrir vers l'extérieur.

La seconde vient du fait que les EHPAD restent souvent le dernier service public de santé dans de nombreuses communes rurales. Ces territoires se vident, les médecins généralistes, souvent présents depuis de nombreuses années prennent leur retraite sans trouver de remplaçants. Conséquence directe : le médecin généraliste est loin alors que le premier hôpital l'est encore plus. Les patients trop éloignés des professionnels et des établissements nécessaires à leur accompagnement en soins renoncent à s'occuper de leur santé malgré la nécessité.

Alors, face à ces constats, pourquoi ne pas s'appuyer sur ces établissements médico-sociaux ? Ils ont un triple avantage :

- Ils sont répartis sur tout le territoire métropolitain, offrant un maillage territorial appréciable ;
- Ils ont, pour beaucoup, un historique d'hôpital local, délaissé au profit d'une massification du système de santé ;
- Ils possèdent aussi une véritable expérience dans l'accompagnement de personnes.

Il est temps de redynamiser ces potentielles entrées dans le système de santé. Les EHPAD pourraient devenir des petits centres locaux de santé offrant un service médical de proximité à une population rurale vieillissante. Cette proposition permettrait ainsi de rendre ces territoires plus attractifs aux yeux de ces jeunes professionnels. Ainsi, de jeunes médecins pourraient opter pour du salariat, souhait de plus en plus exprimé pour mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle. Avec un plateau technique élargi à un chirurgien-dentiste, des IDE, et d'autres professionnels de la santé, il est possible d'imaginer un service de premier recours, en journée, pour la population locale tout en augmentant la qualité de soins pour les résidents de l'EHPAD.

A ce premier dispositif pourrait s'ajouter un second : offrir des consultations spécialisées aux personnes âgées du territoire. Avec un EHPAD renforcé de gériatres sous le statut de praticien hospitalier, ces derniers seraient à la fois au service des résidents de leur lieu de vie pour mieux les accompagner au quotidien et des personnes âgées du territoire afin de leur éviter de rejoindre un centre hospitalier, bien souvent éloigné de leur domicile.

Les EHPAD publics doivent aussi participer au maintien à domicile des personnes âgées en travaillant en partenariat avec les acteurs de la vie notamment les CCAS. Les places d'EHPAD hors les murs doivent continuer à être développées en ce sens. Des services d'accueil de jour ou des ateliers de prévention (contre les chutes et/ou le développement des troubles cognitifs) peuvent être mis en place.

7. Créer une offre de recherche dans des EHPAD universitaires

Si la Silver économie participe de plus en plus au développement de l'innovation en EHPAD, la recherche fondamentale et appliquée est trop peu présente. En lien avec les centres hospitaliers universitaires, les EHPAD publics autonomes ou non, devraient avoir la possibilité de bénéficier de projets de recherche pour améliorer l'offre de service et l'accompagnement des personnes âgées en établissement et au domicile. Les liens entre les laboratoires de recherche et les EHPAD doivent donc être renforcés.

Il serait pertinent dans un contexte de défiance envers les EHPAD de mobiliser les équipes de recherche dans le cadre d'un PEPR (programme et équipement prioritaire de recherche) avec comme axe de sélection la sortie de l'approche purement clinique du sujet du grand âge et un volet appui aux politiques publiques.

Les EHPAD sont des terrains de stage pour les métiers du soin : aides-soignants, infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes... Mais les étudiants en médecine n'y passent qu'à l'occasion d'un stage

dans un cabinet libéral y intervenant comme médecin traitant. Il serait pourtant pertinent que les externes et les internes en gériatrie et médecine générale aient davantage l'occasion de découvrir le secteur de l'EHPAD. Les médecins coordonnateurs avec un temps de médecin prescripteur pourraient être habilités maître de stage pour accueillir ces étudiants. L'attractivité pourrait alors être renforcée, en déconstruisant les idées reçues de l'exercice en EHPAD.

Les pratiques avancées des paramédicaux doivent aussi être développées dans le domaine de la gériatrie. Les EHPAD publics se doivent d'accompagner les infirmiers à suivre des formations en pratique avancée afin de s'appuyer sur ces professionnels pour développer des dispositifs de coordination (renfort à domicile, appui à la filière gériatrique...) et de penser des protocoles de coopération en EHPAD.

Ces missions d'enseignement et de recherche doivent s'inscrire dans les missions d'un service public de l'autonomie.

8. Des financements adaptés aux évolutions du secteur et des contrôles des financements publics renforcés

Les outils d'évaluation des forfaits soins et dépenses (Grille et AGGIR) ne sont plus adaptés aux publics que nous accueillons. Pour exemple, les résidents ayant des pathologies psychiatriques sont peu pris en compte avec ses outils or leur accompagnement demande du temps et une prise en charge médicale conséquente. Il est nécessaire de faire évoluer ces outils.

Les EHPAD doivent faire l'objet de contrôles réguliers. Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont des outils nouveaux qui doivent être des moyens de contrôle et des leviers pour garantir des prestations de qualité. Les indicateurs des CPOM doivent pour cela être rendus opposables à la fois par les autorités de tarification mais aussi par les établissements signataires.

Enfin, les établissements accueillant plus de 60% de résidents bénéficiaires de l'aide sociale doivent bénéficier d'une dotation soins complémentaire. En effet, la précarité est un des facteurs qui éloigne du soin les personnes âgées. Ces résidents sont souvent en rupture sociale à leur entrée en EHPAD et nécessitent donc un accompagnement administratif et social conséquent. Or les EHPAD sont peu dotés en personnel ayant des compétences en accompagnement social (assistante sociale, mandataire judiciaire...). Une dotation supplémentaire contribuerait à mieux accompagner ces résidents et améliorer le recouvrement des EHPAD publics et par conséquent leur situation financière.

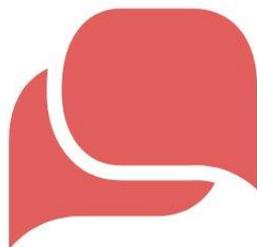
9. Renforcer l'attractivité du métier de D3S

Le nombre de candidats au concours de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social est en chute libre depuis plusieurs années. L'effectif des D3S est aussi en décroissance depuis 2015. Chaque année près de 60 directeurs partent à la retraite et 60 directeurs intègrent le corps des directeurs d'hôpitaux pour seulement 60 élèves directeurs qui intègrent le corps. Si cette dynamique se poursuit, dans 5 à 10 ans, le corps des D3S disparaît.

Par ailleurs le métier s'est complexifié ces dernières années avec une multiplication des intérim, des directions communes, des fusions tout en restant particulièrement isolé. Cela entraîne une augmentation des responsabilités et de la pénibilité.

Au vu de l'importance des missions à venir au sein des EHPAD publics et ainsi assurer leur pérennité, des mesures pour apporter un nouveau dynamisme au corps sont indispensables

La crise épidémique que nous venons de traverser, a mis en exergue les faiblesses du système de santé. Les travaux entamés dans le cadre du Ségur de la santé et les différentes annonces faites par le gouvernement ont permis une amorce d'amélioration. Ces propositions inscriront les EHPAD publics dans des missions d'intérêt général, au service de toute la population de territoires aujourd'hui trop souvent éloignée du système de santé. Ces EHPAD pleinement entrés dans le XXIème siècle seront les unités de base du service public de l'autonomie.



Nous Contacter :

Romain AULANIER, président – 06 70 95 24 48

Eve GUILLAUME, Vice-présidente – 06 30 65 13 78

cod3s.national@gmail.com

www.cod3s.net