

I. La convergence tarifaire pour les EHPAD et les USLD

LA FHF SOUHAITE L'ARRET DE LA CONVERGENCE AU PLUS VITE.

En effet, la convergence consiste en 7 ans, voire sur 15 ans si l'établissement à contractualisé dans le cadre d'un CPOM, à ramener les établissements dont la dotation soins est supérieure aux tarifs plafonds, à ce niveau ; ce qui revient à les contraindre à geler voire à supprimer des postes de soignants puisque le forfait soins des EHPAD finance à 95% des emplois

Plusieurs raisons justifient l'arrêt de la convergence tarifaire en EHPAD et en USLD :

- **Les niveaux des tarifs plafonds ont été fixés sans aucune concertation**, ce qui laisse croire que certains EHPAD seraient trop riches. Ce qui est faux. En effet, les taux d'encadrement en personnel soignant restent insuffisants pour répondre aux besoins de soins requis par les personnes âgées hébergées en EHPAD. Ils ne sont que de 0,5 personnel pour 1 résident, alors que le Plan Solidarité Grand Age préconise qu'ils augmentent à 1 personnel pour 1 résident. Ainsi, 35,5% des EHPAD publics en situation de convergence ont un taux d'encadrement inférieur à 0,3 soignants pour un résident ; 58,8% EHPAD en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant compris entre 0,3 et 0,6 soignants pour un résident. Seuls, 3,9% des EHPAD en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant supérieur à 0,6 soignants pour un résident.
- **La convergence tarifaire n'est pas donc pas justifiée et son application conduira à supprimer des postes de soignants en EHPAD et en USLD, alors qu'ils ne sont déjà insuffisamment nombreux.** Ainsi, 38% des EHPAD publics seraient touchés par la convergence soit 99 180 lits et 70% des USLD soit 22 400 lits. La convergence, se elle se poursuit comme en 2009 et comme en 2010 (13 M€/ an), aboutirait à la suppression de 5 000 postes dans les EHPAD et à 7 000 postes dans les USLD. Ce seront surtout des postes d'aides-soignants qui seront touchés, et donc concrètement cela conduira à réduire le temps d'aide direct auprès des personnes âgées

Voici un exemple d'un EHPAD de 81 résidents

Aujourd'hui le ratio d'encadrement soignant (IDE et AS/AMP) est de 0,41, ce qui signifie concrètement qu'il y a une aide-soignante le matin pour réaliser 11 toilettes sachant que 90% des résidents nécessitent une aide majeure ou totale pour ce soin et que cet EHPAD comprend une unité d'hébergement renforcé pour personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer.

Au terme de l'application de la convergence tarifaire qui correspond à 13% en moins du montant total du forfait soins, l'établissement aura du licencier 8 aides-soignantes ; son ratio d'encadrement soignant ne sera plus que de 0,32 agent soignant par résident, ce qui signifie concrètement qu'il y aura une aide-soignante le matin pour réaliser 14 toilettes.

- En USLD, pourquoi avoir partitionnés les lits si le financement est le même qu'en EHPAD ?

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les lits « USLD redéfinis » existants ont été confirmés dans leur vocation sanitaire, suite à l'opération de partition qui s'est étalée sur 3 exercices (2007, 2008 et 2009). La confirmation de cette orientation sanitaire s'est traduite par une allocation budgétaire plus favorable à celle retenue pour les lits « transformés » en lits EHPAD au cours de cette opération, allocation justifiée par l'accueil de personnes âgées très malades dans les lits d'USLD.

Or, la mise en œuvre du dispositif de convergence de manière strictement identique au dispositif applicable aux EHPAD soulève une incompréhension importante sur l'intérêt même du processus de partition. La convergence ne se justifie pas dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des personnes malades ne pouvant pas être hébergées en EHPAD. **Réduire les moyens des USLD conduira, d'une part, à licencier des personnels soignants et, d'autre part, compromettra les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires. C'est alors toute la filière gériatrique qui se trouvera mise en cause.**

Le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de la vie nécessitent des réponses coordonnées et diversifiées. Les unités de soins de longue durée redéfinies, à condition d'être soutenues dans leur fonctionnement, constituent une part de la réponse aux besoins de soins les plus complexes au long cours.

Voici un exemple d'une USLD sanitaire de 40 résidents

Aujourd'hui le ratio d'encadrement soignant (IDE et AS/AMP) est de 0,72, ce qui signifie concrètement qu'il y a une aide-soignante le matin pour réaliser 8 toilettes sachant que 100% des résidents nécessitent une aide majeure ou totale pour ce soin.

Au terme de l'application de la convergence tarifaire qui correspond à 39% en moins du montant total du forfait soins, l'établissement aura du licencier 3 infirmières et 7 aides-soignantes ; son ratio d'encadrement soignant ne sera plus que de 0,43 agent soignant par résident, ce qui signifie concrètement qu'il y aura une aide-soignante le matin pour réaliser 12 à 13 toilettes.

- Le mécanisme de calcul de la dotation dans les établissements pour personnes âgées repose sur l'utilisation d'un outil dénommé PATHOS qui évalue le besoin en soins médicaux des résidents. Les établissements réalisent une coupe grâce à cet outil, qui ensuite est prise en compte pour le calcul de leur dotation soin. Or, quasiment systématiquement, cette coupe est revue à la baisse de manière significative par les médecins conseils lorsqu'ils viennent la valider. Cela fait des mois que les pouvoirs publics se sont engagés à ce qu'un travail technique soit lancé sur cette difficulté, mais pour le moment, aucun groupe n'a été réuni.
- La convergence se fait sans lien avec la qualité des prestations dispensées. Que les prestations dispensées par l'établissement soient de très bonne qualité ou soient médiocres, la dotation soins sera identique.
- Le mécanisme de convergence est incompréhensible car par ailleurs les excédents de la CNSA sont rendus à l'assurance maladie (150 M€ en 2009 ; 100 M€ en 2010) et ne servent donc plus directement ni aux personnes âgées ni aux personnes handicapées.

2. les créations de places d'EHPAD dans le secteur lucratif

Entre 2003 et 2007, 25 074 places d'EHPAD¹ ont été créées dont 15 266 dans le secteur privé lucratif (61%), 1 000 dans le secteur public (hors transformation des lits d'USLD en lits d'EHPAD) soit 4% et 8 808 dans le secteur associatif, soit 35%. Depuis 2002, le secteur public a perdu 5% des parts de marché au profit des établissements privés commerciaux.

Or, ces créations de place concentrées sur le secteur commercial posent d'abord le problème de l'accessibilité financière pour les personnes âgées. En effet, les établissements publics pour personnes âgées sont moins chers avec un reste à charge moyen de 1390 € par mois en maison de retraite publique autonome et de 1464 € par mois en maison de retraite rattachée à un hôpital contre 2 097 € en moyenne dans les établissements privés. Quand on sait que le niveau moyen des retraites est de 1200 € /mois, on mesure toute l'importance de cette question.

En plus, les établissements publics sont habilités pour la totalité de leurs places à l'aide sociale ce qui permet aux résidents et à leur famille d'en bénéficier si besoin et ce qui leur permet d'accueillir toute personne âgée qui en a besoin sans tenir compte de sa situation sociale, ce qui n'est pas le cas des établissements commerciaux.

¹ L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et Résultats Drees, n°689, mai 2009

Ensuite, la création de places concentrée sur le secteur commercial pose le problème de l'accès sur l'ensemble du territoire à une place en maison de retraite. En effet, les taux d'équipement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont très variables d'un département à un autre : le nombre de lits installés pour 1000 habitants de 75 ans et plus varie de 183 à 10 selon les départements. Or seuls les établissements publics sont installés dans les zones rurales ; en effet, la clientèle n'est pas en nombre suffisant dans ces zones là pour les établissements commerciaux, qui s'installent dans les zones de forte densité de population, zones, urbaines ou péri urbaines. Mais ce sont les zones rurales qui vieillissent le plus vite...

Maisons de retraite (hors foyers-logements)

