

Intervention de Jean LEONETTI, Président de la Fédération Hospitalière de France.

Les enjeux du secteur médico-social, au cœur de l'actualité.

1

Rappeler la détermination de la FHF à accompagner tous ses adhérents et à se montrer capable de répondre à leurs attentes légitimes dans le cadre du changement HPST.

Le contexte HPST

La Loi HPST s'inscrit dans un mouvement de réforme plus large pour le secteur médico-social. Ce mouvement traduit l'impératif de relever le défi d'un changement démographique important : vieillissement de la population, allongement de la durée de la vie y compris avec un handicap, prévalence des maladies chroniques et des pathologies de type Alzheimer ou apparentées dans un contexte de déficit des comptes sociaux et d'un système de protection sociale essoufflé.

Le déficit de l'assurance maladie, l'impact de la crise financière sur les recettes de la CNSA ou des collectivités territoriales rendent de plus en plus difficile la mission de financement de la compensation de la perte d'autonomie. Le dossier de création d'un droit universel à compensation de la perte d'autonomie fait par ailleurs l'objet d'un report dans le temps faute de moyens disponibles pour enclencher une réforme d'envergure.

C'est donc dans un contexte de crise de la solidarité nationale mais aussi de la solidarité familiale car les restes à charge pour les usagers sont devenus peu soutenables, que la Loi HPST intervient et incite le secteur à trouver de nouveaux modèles.

En quoi le secteur médico-social est impacté par la Loi HPST ?

La Loi HPST repose sur un principe de décroisement des acteurs de la santé au sens large.

Ainsi, en intégrant dans un même dispositif législatif la médecine de ville, l'hospitalisation (publique, privée), l'aide à l'autonomie, la loi reconnaît la personne au centre du système de santé. Son parcours prédomine sur la qualité juridique des intervenants qui l'accompagne. Le secteur médico-social se voit ainsi inclure dans un réseau plus vaste de professionnels de santé et doit nouer de nouveaux liens avec ses partenaires. Les retours d'expérience présentés cet après midi sont une bonne illustration des nouveaux modes d'organisation et de management des territoires dans une logique de coopération des acteurs.

Dans le cadre de la Loi HPST, l'enjeu est fort de donner de la lisibilité à l'action de ce secteur afin qu'il trouve sa position de partenaire dans un réseau et de négociateur dans sa relation avec l'ARS.

Cette journée de colloque, d'échanges, a pour ambition de faire le point sur les enjeux, le contexte du changement mais également de donner quelques clés pour engager dès 2010 les travaux qui nous attendent autour de la coopération ou encore de la gestion financière (notamment la gestion de la prestation pharmaceutique).

Points de vigilance :

- Une diversité d'acteurs et le poids relatif d'un secteur médico-social encore trop peu visible

Le décloisonnement et la transversalité voulues par la Loi HPST ne se concrétiseront dans les faits qu'à la condition que les acteurs en présence trouvent leur place dans un dispositif complexe et au sein duquel les cultures professionnelles sont très ancrées.

Le secteur médico-social est constitué d'une multitude de structures de petites tailles. Les EHPAD publics ont en moyenne 84 places et maillent le territoire de manière serrée en ruralité comme en zone urbaine ou péri-urbaine. Cet éclatement permet une intervention de proximité mais trouve de nombreuses limites dans le contexte actuel : diminution des ressources tant financières qu'humaines. Ainsi, de nombreux établissements sont ainsi dirigés « par intérim » sans qu'une stratégie de regroupement n'ait été développée. Les freins sont connus (implantation locale, communale ou intercommunale avec la

dimension politique de la présidence du Conseil d'administration de la structure par exemple) et les leviers sont peu nombreux (des outils de coopérations insuffisamment développés et portés par le niveau politique).

- Le contexte budgétaire

Contexte particulièrement difficile pour ce secteur d'ores et déjà et très fortement touché par la crise financière et budgétaire nationale.

L'effort de solidarité en direction de la perte d'autonomie et de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées doit être réaffirmé. C'est le sens du vote négatif et unanime du budget 2010 de la CNSA par les organisations représentatives du secteur médico-social dont la FHF, des Conseils Généraux et des organisations syndicales (avec une abstention).

Du fait d'un débasage de plus de 400M€ de l'enveloppe allouée au secteur dans le cadre du PLFSS et d'un désengagement significatif de l'Etat (dans sa contribution à la couverture de l'APA et de la PCH), ce sont à la fois le volet « soins » et le volet « dépendance » qui sont touchés.

Ainsi, propositions FHF :

- Nécessité de repenser les modèles que nous connaissons et dessiner une stratégie de groupe dans les mois à venir pour le secteur médico-social (satisfaction de l'adoption de l'amendement « Pharmacie à usage interne dans les GCSMS » dans le PLFSS) , afin de faire face à ce contexte budgétaire de crise, mais également aux réformes de tarification en cours de concertation qui laissent trop à l'écart la question de la qualité que nous souhaitons porter.
- La FHF continue de se mobiliser sur l'ensemble de ces sujets et notamment celui de la convergence tarifaire, d'une nouvelle gouvernance de l'outil PATHOS, de la montée en charge d'une politique d'amélioration de la qualité, en cohérence avec les moyens alloués dans le secteur.

- Le cinquième risque, la Fédération a pris part à l'élaboration des propositions faites sur le 5^e risque et qui ont été portées par l'ensemble des membres du Conseil de la CNSA.

Plusieurs impératifs peuvent être rappelés :

- a. Permettre la couverture du reste à charge en EHPAD de manière prioritaire pour les petites ressources (entre 800 et 1 200€/mois) car il est en moyenne de 2 200€ par mois alors même que la moyenne des ressources s'élève à 1 800€.
- b. Avec possibilité de rendre les aides progressives en fonction du niveau de ressource afin de dégager des marges de manœuvre financières
- c. Dans le cadre d'une intervention conjointe public/privé pour assurer dans le temps un modèle de couverture du risque dépendance cohérent

Avec un socle public fort : en effet l'intervention privée ne doit pas intervenir sans cadre, il est important de garantir un cadre d'intervention national et des règles qui s'imposent à tous pour évaluer grâce aux mêmes outils (public/privé) la perte d'autonomie et pour garantir une ouverture des droits et la couverture financière du plan de compensation de manière équitable et homogène.

Ce cadre national fort et les principes de la couverture de la perte d'autonomie pourraient être inscrits dans une « Loi cadre » à la suite du débat national et public annoncé par N.BERRA et X.DARCOS.

- Sortir de la logique « maltraitance » pour parler de qualité.

La FHF soutient le renforcement rapide des missions et des moyens de la politique d'évaluation de la qualité dans les établissements médico-sociaux.

Il faut dresser un diagnostic à partir des conventions tripartites passées dans le secteur et mettre en œuvre le suivi d'indicateurs de surveillance de la qualité.

Le dispositif ARS peut permettre un pilotage départemental/régional/national intéressant si les outils sont mis en œuvre :

- Il faut un référentiel d'évaluation unique et un pilotage de l'évaluation plus opérationnel par l'ANESM

- La publication et le suivi d'un certain nombre d'indicateurs clé de la qualité

Par ailleurs, il faut s'appuyer sur la méthodologie et l'ingénierie développée sur la santé par l'HAS pour que la certification conduite dans les établissements de santé trouve une continuité dans les structures médico-sociales rattachées à ces établissements. C'est une première étape qui nécessite que le partenariat ANESM/HAS soit davantage poussé au niveau politique.

- Enfin,

Concernant la proposition de la ministre d'expérimenter la décentralisation auprès des CG de la gestion des EHPAD, la FHF y voit un risque la logique de mise en œuvre de la Loi HPST et nous serons attentifs à ce qui sera proposé.

En effet, la logique de réforme de tarification inscrit d'ores et déjà l'intervention des CG en retrait dans le secteur médico-social en raison des difficultés financières qu'ils connaissent. Les problématiques de qualité ou de « bientraitance » doivent pouvoir faire l'objet d'un pilotage qui ne peut dépendre d'une politique départementale.

Souhaitant que ces éléments trouvent échos dans les échanges que vous pourrez avoir lors de la journée mais également dans les travaux que nous poursuivrons avec les professionnels dans les semaines et les mois à venir.