

« Retours d'expérience Covid » Séminaire HCFEA / CNSA

Table-ronde 3
La structuration de la filière sanitaire et médicosociale :
la crise Covid accélérateur ?

Marc BOURQUIN, conseiller stratégie à la Fédération Hospitalière de France

12 octobre 2021

Plusieurs constats qui ont pu être dressés pendant la crise, dès la 1^{ère} vague dans les régions les + touchées :

- La crise a d'abord apporté un éclairage nouveau sur la **fragilité et les besoins des personnes âgées** accompagnées en établissement ou à domicile
- La crise a aussi révélé **l'extrême diversité de situations des EHPAD en termes d'organisation et de ressources**, tant internes qu'externes
- Le niveau de médicalisation des EHPAD mais aussi et surtout leur niveau d'intégration dans les **filières gériatriques**, et plus largement dans les dispositifs de coopération, a été un marqueur très fort de leur capacité à anticiper et à faire face à la crise : **pour les EHPAD qui étaient déjà dans une logique de coopération territoriale** et de partenariat, les principes des recommandations ministérielles sur **l'appui des dispositifs hospitaliers** (astreinte gériatrique, recours EMG, HAD, filières d'admission directes...) **étaient déjà mis en œuvre ou ont pu être anticipés.**
- A l'inverse, l'insuffisance de ressources médicales et paramédicales et les situations d'isolement de certains établissements ont été des facteurs aggravants et les professionnels des EHPAD les moins intégrés et les moins médicalisés ont souvent été les plus démunis. Pour ces structures l'organisation et la mise en place par les ARS d'un appui des dispositifs hospitaliers s'est avéré indispensable.

En 2020, trois Ehpads sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19

I – Retours d'expérience et constats

➔ L'étude de la DREES publiée en juillet 2021 sur l'impact de la crise pour les EHPAD en 2020 a objectivé une plus grande résistance des établissements publics, en particulier hospitaliers, qu'il faut maintenant d'analyser :

« Lors de la 1^{ère} vague, les EHPAD publics hospitaliers ont eu, à autres caractéristiques comparables, une probabilité moins grande d'avoir été contaminés que les EHPAD d'autres statuts juridiques, entre lesquels la probabilité d'avoir au moins un cas a été équivalente. Les Ehpads publics hospitaliers, grâce à leur proximité avec des établissements sanitaires, ont peut être des personnels plus sensibilisés à l'hygiène et à l'asepsie que les autres structures, ce qui pourrait expliquer leur taux d'atteinte plus faible. »

Établissements atteints par la Covid-19 lors de la première vague, en fonction de leurs caractéristiques

Variable	Nombre d'établissements	Établissements touchés*		Établissements qui ont connu un épisode sévère		Établissements qui ont connu un épisode critique	
		Proportion	Effet marginal	Proportion	Effet marginal	Proportion	Effet marginal
Privé commercial	1 820	48,5	ref.	17,6	ref.	13	ref.
Privé non lucratif	2 350	49,2	2	17,6	2,1 (***)	11,5	0
Public hospitalier	1 185	44,2	-7,2 (***)	15,9	-0,5	9,2	-1,8
Public non hospitalier	2 162	43,2	0,4	11,8	1,2	7,6	0,1

II – Les enseignements : l'évidence du décloisonnement

La crise a permis aussi de mesurer l'importance d'une organisation territoriale et intégrée de l'offre sanitaire et médico-sociale, du développement des filières gériatriques et du rôle central des Groupements Hospitaliers de Territoire, qui constituent le point nodal de l'appui des dispositifs hospitaliers (astreinte gériatrique, équipe mobile gériatrique, équipe mobile de soins palliatifs, HAD, télémédecine...) aux ESMS.

L'intégration dans une filière gériatrique, dont le principe était posé par la circulaire du 29/12/2017, devra nécessairement être organisée de façon plus systématique.

Lorsque les coopérations préexistaient entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, il a été possible d'aller encore plus loin dans l'appui aux établissements :

- CHU de Limoges ou GHT Champagne Sud qui ont mis en place une plateforme territoriale d'appui aux structures médico-sociales de la filière gériatrique ou du territoire du GHT
- Organisation d'un téléstaff dans la région Centre-VDL associant une centaine d'EHPAD et le CHU de Tours, organisé avec l'appui de l'ERVMA (Equipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie)
- Equipes mobiles pour la vaccination
- Filières d'admission directe pour les personnes âgées
- Soutien RH dans de nombreuses situations

Des pistes concrètes peuvent contribuer à l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie :

En amont de l'hospitalisation

- ✓ Favoriser les admissions directes de personnes âgées de plus de 85 ans en contractualisant sur un objectif d'augmentation du taux d'admission directe (incitation financière indispensable)
- ✓ Généraliser les « hotlines gériatriques »
- ✓ Renforcer le recours à l'HAD, aux équipes mobiles externes de gériatrie

Durant le séjour hospitalier et après :

- ✓ Rouvrir des lits de médecine dans les hôpitaux
- ✓ Généraliser le déploiement des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes
- ✓ Développer l'hébergement temporaire au sein des EHPAD en sortie d'hospitalisation
- ✓ Accompagner le retour en EHPAD par la télémédecine

Sans oublier le rôle des 135 000 places de Services de soins infirmiers à domicile qui pourraient jouer un rôle bien plus important pour éviter les hospitalisations et organiser les sorties d'hospitalisation en lien avec les SAAD (service d'aide à domicile) ainsi qu'avec l'HAD.

III – Au-delà des coopérations, l'impératif du renforcement des moyens des EHPAD

- **Un renforcement significatif des effectifs** tenant compte de la fragilité et des besoins en soins et en accompagnement des personnes (cf. récent rapport des Pr Jeandel et Guerin sur le profil des personnes accueillies en EHPAD et en USLD) : la FHF soutient la proposition du rapport Libault d'un objectif **d'accroissement de 25% des effectifs en 5 ans, ce qui représente la création de 20 000 emplois par an (plan pluriannuel de création d'emploi)**
- **Continuité des soins infirmiers** : développement des dispositifs d'astreinte ou de présence IDE de nuit mutualisée entre plusieurs établissements
- **Doter tous les EHPAD d'un financement permettant un temps minimum de médecin traitant (prescripteur)**
- **Favoriser le passage au tarif global des dotations soins** : au-delà de son efficience sur le plan économique, cette option tarifaire représente un levier de renforcement de la médicalisation des établissements et du pilotage de ses ressources qu'elles soient internes (médecins salariés) ou externes (libéraux). Cela suppose de revaloriser le tarif global, dont la valeur du point est pourtant bloquée depuis 2011 par les pouvoirs publics.
- **Diversification des compétences, nouveaux métiers** : IPA en gériatrie...

III – Aller plus loin, dans une logique de responsabilité populationnelle associant tous les acteurs

- **Une démarche à amplifier au service des personnes âgées** : la responsabilité populationnelle
 - Une démarche née pour maîtriser les pathologies chroniques (diabète et insuffisance cardiaque) que la FHF porte déjà dans 5 territoires, qui vise à :
 - ✓ Stratifier la population en fonction d'indicateurs médico- économiques
 - ✓ Identifier les meilleures pratiques cliniques
 - ✓ Créer un lien fort ville/ hôpital / MS
 - ✓ Rétribuer les gains en santé plutôt que les actes, ce qui nécessite à terme une révolution copernicienne
 - Une démarche mobilisant le maintien en santé **et la prévention de la perte d'autonomie à contractualiser** avec les pouvoirs publics