

QUESTIONNAIRE destiné aux organismes ou personnes ressource audités

Introduction liminaire :

L'association des Jeunes Gériatres associe à ce questionnaire une contribution, détaillant un certain nombre de points de vue, qui s'articulent avec les réponses formulées dans ce questionnaire.

Au sein de ce questionnaire, 3 idées forces se dégagent :

- Les unités d'USLD ou d'EHPAD relèvent à la fois d'une compétence médicale de gériatrie et de compétences soignantes de gérontologie, nécessitant des formations dédiées (ASG, IPAG, ...).
De la même manière, les champs sanitaires et médico-sociaux dans les milieux du handicap et de la santé mentale relèvent de compétences spécifiques.
Si nous partageons la volonté d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'accompagnement fourni à l'ensemble des personnes vulnérables, cette dernière ne peut s'envisager dans une fusion trop large des institutions actuelles, qui, sous prétexte d'efficacité, diluerait des compétences spécifiques ou réduirait l'accès à ces soins spécialisés.
- Un accent doit être mis, dans l'ensemble de la filière de soins, institutions comprises, sur la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire.
- L'Amélioration de la qualité des soins pourra être également implémentée dans une logique d'amélioration de la qualité de vie au travail, en mettant l'accent notamment sur la prévention des troubles musculosquelettiques et des risques psycho-sociaux, cette dernière s'inscrivant dans une politique d'attractivité des métiers du grand âge.

1- Evolution de la PRISE en SOIN : reconversion des USLD en soins prolongés complexes

- 1-1. Au regard des données issues de l'étude ci-jointe et des scénarii exposés, **est-il selon vous pertinent de transformer les unités de soins de longue durée (SLD) en unités de soins prolongés complexes (SPC) relevant d'un financement exclusivement sanitaire** à l'instar des unités actuellement dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état paucirelationnel (cf circulaire 3 mai 2002). Actuellement, les profils de patients gériatriques sont très majoritaires, ces unités de SPC seraient ouvertes à des patients adultes de tous âges.

OUI SOUS RESERVE

Commentaires :

L'AJG se prononce pour un financement exclusivement sanitaire des USLD, mais ayant vocation à rester gériatriques.

Cela se ferait en permettant le développement d'unités adaptées pour des patients relevant de SMTI et âgés de moins de 60 ans, relevant pour partie du champ disciplinaire du handicap ou du champ disciplinaire de la santé mentale, c'est-à-dire de compétences professionnelles spécifiques.

- 1-2. Dans l'affirmative, **quelles indications (patients, pathologies, profils de soins)** considérez-vous comme pertinentes pour l'admission en unités de soins prolongés complexes ? Pensez-vous utile des spécialisations spécifiques dans les champs ci-dessous ? Développez.

Conserver l'idée d'USLD gériatriques, accueillant des patients de plus de 60 ans, présentant au moins 1 syndrome gériatrique et relevant de SMTI.



1-2-1 : indications issues du champ du handicap (résidents de FAM, de MAS ou d'autres unités...). Précisez bien la catégorie de handicap concerné.

Compte-tenu de la réserve émise ci-dessus, veillant à conserver la spécificité gériatrique, l'AJG ne se prononce pas.

1-2-2 : indications issues de la neurologie

Post-AVC, pathologies neurodégénératives, maladies inflammatoires (SLA, ...), ...

1-2-3 : indications issues de la médecine physique et de réadaptation (MPR) ou plus largement des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Limitation de participation (handicap) moteur lié à des pathologies articulaires complexes (CLR, polyarthrose) et gestion complexe de la douleur chronique

1-2-4 : indications issues de la psychiatrie (troubles mentaux)

Ensemble des situations exigeant à la fois un SMTI important ET une surveillance/des soins psychiatriques continus.

1-2-5 : autres indications

Soins palliatifs (chroniques, dans le cadre d'un projet partagé par patient/entourage et équipe soignante) & fin de vie

1-3. Dans l'hypothèse d'une reconversion des SLD, **considérez-vous que les patients d'UHR :**

1-3-1 : relèveraient d'unités de soins prolongés complexes : **NON**

Considérant la spécificité gériatrique de l'UHR et sa tarification exclusivement sanitaire : l'équipe de soins, les locaux adaptés et donc les structures doivent en être distinctes et sanctuarisées.

1-3-2 : pourraient relever du secteur médico-social (EHPAD) : **NON**

Relèvent d'une UHR avec un cahier des charges spécifique (cf supra) dont l'adaptation des locaux.

Mieux prévoir le parcours de santé des patients d'UHR avec un aval facilité lorsque les conditions d'admission en UHR ne sont plus remplies.

1-4. Toujours dans cette hypothèse, **de quelles structures actuellement en place seraient issus les patients accueillis au sein de ces unités de soins prolongés complexes ?** Développez.

SSR Gériatrique, SSR polyvalent (sous réserve des conditions).

Domicile, EHPAD et MCO, après évaluation gérontologique.

L'accord du patient reste indispensable à son admission, peu importe sa structure de provenance.

- 1-5. Dans l'affirmative, à **combien estimez-vous les besoins nationaux en nombre de lits de telles unités de soins prolongés complexes ?**

D'après les données présentées dans l'état des lieux, il apparaît que les classes 1 à 3 pourraient relever des SPC et que la classe 5 pourrait relever d'une UHR. Le besoin national pourrait donc s'élever à 500 000 lits.

- 1-6. Si vous représentez une spécialité médicale ou un type de prise en charge spécifique dans le champ du **handicap**, à **combien estimez-vous les besoins nationaux en nombre de lits de telles unités ?**.

Non concerné.

- 1-7. Selon vous, quelle serait la **maille géographique la plus pertinente** ces unités de soins prolongés complexes:

Infra-départementale (proximité) (sur la base de la filière gérontologique existante, cf circulaire du 10 mai 2007.

NB : Référence à la circulaire d 10 mai 2007 relative aux USLD (annexe 2)

5- Implantation géographique

L'implantation des USLD sur le territoire régional doit assurer un maillage permettant aux USLD de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière gériatrique tout en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans des délais de transport raisonnables.

2- Evolution de la PRISE en SOIN : adaptation/médicalisation des EHPAD

- 2-1. Au regard des données issues de l'étude ci-jointe et des scénarii exposés, **est-il selon vous pertinent de tenir compte des profils de résidents en EHPAD** dans l'optique :

d'une sectorisation au sein de l'établissement : développez

En dehors du PASA ou de l'UHR, ayant des cahiers des charges spécifiques, la richesse d'un lieu de vie se reflète par la diversité des profils des personnes accueillies.

Le projet de vie individualisé dans un établissement et l'impact positif de la socialisation en établissement fait qu'éviter autant que faire se peut des modifications de parcours de vie, sauf situation justifiée par des prises en soins dédiées hors EHPAD, semble indispensable.

➤ d'une spécialisation des prises en soin au sein d'établissements dédiés : développez

Non, soit ces résidents relèvent d'une unité dédiée (cf supra), soit ils relèvent d'un autre type d'établissement (USLD).

Cette spécialisation risque de faire perdre des compétences à un certain nombre d'intervenants actuels, dans les établissements n'ayant pas cette spécialisation.

2-2. Pensez-vous utile l'identification spécifique **d'EHPAD dédiés aux résidents relevant de la dépendance cognitive et comportementale** qui représentent une population importante (66 % des résidents en EHPAD présentent des troubles neuro-cognitifs majeurs de type Alzheimer ou apparenté), et ont des besoins très ciblés de projets de vie intégrant une vision humaine et non médicamenteuse impliquant une modification culturelle de la prise en soin ? Développez

NON (sur la base de la réponse à la question précédente).

Toutefois, l'AJG est favorable à un label permettant d'identifier une dynamique d'établissement dans laquelle la formation aux interventions non-médicamenteuses, des moyens mis en œuvre pour les accueillir (accueil de jour, PASA, ...) et une démarche qualité (prescription médicamenteuse raisonnable, entre autres ...)

2-3. **A quelles conditions les EHPAD devraient-ils répondre pour intégrer des profils de soins médicaux de patients relevant aujourd'hui d'USLD** (catégories de personnel, ratio RH, taux d'encadrement, temps médical, équipements...) ? Développez.

Pour rappel, la présence médicale possible 24h/24 (et la présence paramédicale d'IDE 24h/24) définit l'indication à une USLD. Or, si l'EHPAD n'a pas de réactivité médicale ni paramédicale 24h/24, ce transfert n'est pas envisageable. Il s'agirait sans doute des personnes constituant la Classe 4 de l'état des lieux, sous réserve des cahiers des charges adaptés et d'une filière avec l'UHR.

2-4. **Quels leviers peuvent-ils être mis en œuvre pour parvenir à une meilleure médicalisation des EHPAD** (généralisation du tarif global, présence d'une PUI, contractualisation avec une officine pour la gestion de médicaments) ? Développez.

La priorité doit être donnée au temps médical dédié aux soins/à la prescription en EHPAD. Être en EHPAD ne doit pas représenter une perte de chance sur le plan médicamenteux et des prescriptions (rééducation, matériel, ...) par rapport au domicile.

Présence d'une PUI, en lien avec un livret partagé sur l'ensemble de la filière gériatrique. De même, le matériel ergothérapeutique doit recevoir un financement spécifique et adapté, au moins équivalent à celui présent au domicile.

Faciliter la télé-expertise, télé-consultation et la visite directe en EHPAD de ressources médicales spécialisées.

Formaliser du temps dédié entre le personnel médical et les aidants, proches et familles, par exemple, en finançant spécifiquement le temps pris pour l'élaboration du projet de vie individualisé et ses révisions.

2-5. Dans ces perspectives, **l'évolution de l'EHPAD vers un rôle de « centre de ressources »** mettant à disposition professionnels de santé, équipements et organisation logistique (téléconsultation...) au service des personnes âgées dépendantes à domicile vous apparaîtrait-elle pertinente ? Développez.

Si on considère que l'EHPAD relève du champ médico-social, ce rôle de centre de ressources doit échoir au secteur sanitaire, porteur de la filière, ce qui n'empêche pas une ouverture sur la ville (accueil de jour, ...)

La mission première de l'EHPAD, dont la crise a mis en œuvre certaines limites, est d'accueillir dans un lieu de vie qu'on choisit du fait d'un besoin de soins. Ce rôle doit donc être garanti pour les personnes qui y résident avant d'envisager de sortir de ses murs.

3- Evolution des RESSOURCES HUMAINES non médicales en EHPAD

NB : Référence à la circulaire d 10 mai 2007 relative aux USLD (annexe 2)

- Personnel médical et non médical

Une présence infirmière et aide soignante doit être assurée 24h sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée.

En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement (infirmier, aide soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein par lit recouvrant :

- 0,5 équivalent temps plein de personnel médical pour environ 30 lits,
- 0,8 équivalent temps plein de personnel soignant (infirmier, aide soignant, agent hospitalier) par lit,
- du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale.

Ces indicateurs ne constituent cependant pas des normes d'encadrement.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

Au regard des profils de soins des résidents d'EHPAD constatés sur les 5 dernières années et de l'accroissement du degré de dépendance moyen observé sur cette même période :

3.1 Considérez-vous comme nécessaire d'accroître les ratios en AS ? : OUI

3.2 Considérez-vous comme nécessaire d'accroître les ratios en IDE ? : OUI

3.3 Considérez-vous comme nécessaire d'accroître les ratios en AMP ? : OUI

3.4. Considérez-vous comme nécessaire d'instaurer le principe d'une permanence IDE de nuit ?
OUI

3.5. Ou considérez-vous que la généralisation d'astreintes IDE mutualisées entre plusieurs EHPAD est une mesure suffisante et adaptée.

NON

Compte-tenu de la sollicitation paramédicale, il est important de mieux former le personnel aide-soignant à la gestion de l'urgence (revalorisation des compétences = reconnaissance salariale), d'évaluer, sur le territoire, le besoin paramédical, en distinguant les établissements USLD et ceux EHPAD.

Quoiqu'il en soit, la possibilité d'un lien de ce personnel IDE de nuit avec un personnel médical ayant accès au dossier médical (possible lien avec les CPTS) est fondamentale.

3.6. Validez-vous le principe d'une dotation des EHPAD selon les ratios soignants minimaux suivants :

Ces seuils minimums sont définis sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP) National et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) National, dans un EHPAD de 80 à 90 places, sans tenir compte des dotations spécifiques liées à des activités supplémentaires comme un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ou la permanence des soins :

- 7 ETP Infirmiers (dont 1 IDEC)
- 26 ETP d'Aides-soignants (dont 20 % d'ASG)
- 1 ETP Psychologue
- 1 ETP Ergothérapeute
- 0,5 ETP Psychomotricien
- 0,5 ETP Kinésithérapeute
- 0,5 ETP Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA)
- 18 ETP Agents des Services Hospitaliers (ASH)

Commentaires libres :

OUI. Nous validons également l'ensemble du manifeste des géiatres en 22 mesures.

3.7. La fonction d'IDEC/IDER demande qu'un cadre réglementaire soit fixé pour poser l'obligation pour un EHPAD de disposer d'un temps d'IDEC/IDER, pour officialiser les missions de l'IDEC en EHPAD et pour inscrire un niveau de formation minimale. **Est-ce opportun ?** Développez.

OUI. Il est important de définir un niveau de formation minimal.

4- Evolution des RESSOURCES HUMAINES médicales en EHPAD

Au regard des profils de soins des résidents d'EHPAD constatés sur les 5 dernières années (cf données mentionnées dans l'étude jointe), de l'accroissement du degré de dépendance moyen observé sur cette même période, des taux de recours à l'hospitalisation ou à la HAD et des leçons tirées de la crise sanitaire liée à la COVID :

4.1. **Le modèle actuel de l'EHPAD apparaît-il encore pertinent pour répondre à une prise en soins adaptée des personnes âgées dépendantes ?** Développez.

NON. Une médicalisation est nécessaire, pour que chaque établissement bénéficie d'un temps médical de coordination et que chaque résident dispose d'un médecin responsable de son projet de soins.

4.2 - **Le modèle actuel s'appuyant sur l'intervention des médecins traitants et la présence d'une fonction de médecin coordonnateur vous semble-t-il encore adapté ?** NON

Commentaires :

Il faut distinguer (et sanctuariser) le temps de coordination lié au projet d'établissement du temps de soin pour chaque résident : chaque résident doit bénéficier d'un suivi médical adapté sur son lieu de vie. Dans l'optique du choix du médecin par le résident, si le médecin traitant peut continuer à intervenir, ce dernier doit à la fois répondre à l'obligation de formation (cf infra, notamment 4.6 et 5.3)

et recevoir, en conséquence, une rémunération adaptée revalorisée par rapport au paiement à l'acte classique.

4.3 - dans la négative, est-il souhaitable de recourir à un temps médical exclusivement dédié à l'EHPAD sous la forme d'une fonction médicale salariée ? OUI

Commentaires :

Le mode de rémunération nous apparaît moins important que de distinguer la fonction de coordination de la fonction de soins.

4.4 - dans cette hypothèse, quel ratio en temps médical devrait être retenu ? (NB : pour les USLD, les recommandations sont de 0.5 ETP pour 30 lits).

- ~~— Pour un EHPAD de moins de 50 places : — ETP~~
- ~~— Pour un EHPAD de 50 à 100 places : — ETP~~
- ~~— Pour un EHPAD de plus de 100 places : — ETP~~

Envisager un temps de coordination dédié de 0,6 ETP jusqu'à 100 places (et 0,6 ETP supplémentaires par tranche de 100 places supplémentaires, soit 1,2 ETP entre 100 et 200 places) et envisager un temps de soins dédié de 0,6 ETP pour 90 places (hors PASA, accueil de jour, UHR et permanence des soins).

4.5 - dans cette hypothèse, le principe d'une permanence médicale basée sur la mutualisation de temps médicaux inter-établissements vous semble-t-elle envisageable ? OUI

Commentaires :

En lien avec le territoire de santé et l'établissement porteur de la filière, de sorte d'éviter des passages au SAU, favoriser des admissions directes, raccourcir la durée d'hospitalisation, favoriser les soins palliatifs sur le lieu de vie, ...

4.6 - dans l'hypothèse d'un maintien de l'organisation médicale actuelle impliquant les médecins traitants, quelles évolutions vous semblent-elles indispensables afin de palier à l'insuffisance (de) ou au manque de disponibilité des médecins traitants au sein de certains territoires.

Commentaires :

Intégrer la médicalisation des EHPAD au cahier des charges des CPTS. Développer le télé-soin autant que faire se peut sans que cela représente une perte de chances pour les résidents.

Valoriser la rémunération conventionnelle d'une « visite au domicile » et augmenter le nombre de VL (visites longues) à réaliser chaque année, dès lors qu'un patient bénéficie de l'APA, en EHPAD comme au domicile.

5- Evolution des EHPAD au regard des appuis de l'offre SANITAIRE

La crise sanitaire a confirmé l'importance pour les EHPAD de pouvoir recourir à un appui de l'offre sanitaire de proximité (facilitation de l'accès à l'HAD, équipes opérationnelles d'hygiène, astreintes et filières gériatriques hospitalières, équipes mobiles de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de géronto- ou psycho-gériatrie...).

5.1. Parmi l'ensemble des solutions d'appui sanitaire déployées en EHPAD, lesquelles ont été les plus opérantes pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Commentaires :

Hotline gériatrique, Equipe Mobile Gériatrique Extra-hospitalière, Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

Intégration des EHPAD du territoire dans les instances de la filière pour CLAN, CLUD-SP, télé-consultation...

5-2 : selon vous, **cette offre complète et optimisée est-elle de nature à étayer/conforter assurer les réponses adaptées et nécessaires l'EHPAD dans les 5 ans – 10 ans à venir.**

NON

Toutefois, il ne faudrait pas que ces moyens soient supprimés : ils doivent être maintenus, sauf si, suivant un principe de subsidiarité, d'autres moyens mieux organisés sont mis en place sur le territoire, en fonction des besoins territoriaux et des ressources déjà présentes et en place.

5-3 : **ou considérez- vous qu'une telle offre, même complète et optimisée, n'est pas suffisante pour répondre aux besoins médicaux et profils de soins actuels et futurs** qui justifient par conséquent une organisation médicale révisée s'appuyant sur une fonction médicale salariée dédiée (cf point 4.2).

OUI

Commentaires :

Le besoin d'un suivi médical régulier et opérant pour chaque résident, intégrant des compétences dans les soins gériatriques, psycho-cognitifs, soins palliatifs (et donc les formations correspondantes, au sein du DPC validé par le CNP de Gériatrie, ouvert aux médecins intervenants en EHPAD peu importe leur qualification ordinale) et un lien avec le territoire de santé est indispensable ; du temps dédié est indispensable.

Le mode de rémunération semble moins consensuel mais des pistes disruptives sont à étudier : majoration de la valeur de l'acte de consultation et réévaluation / urgence en EHPAD, pour les médecins à statut libéral, primes pour les médecins à statut salarié, salariat avec statut, ...

6 - Evolution des fonctions managériales au sein de l'EHPAD

6.1. Au regard des enjeux sanitaires associés aux profils de soins et états pathologiques décrits et à leur évolution prévisible au cours des prochaines années et du renforcement des fonctions médicales et soignantes devant en résulter, **considérez-vous comme nécessaire de faire évoluer le positionnement statutaire de ces dernières au sein de l'EHPAD.**

OUI

Dans l'affirmative, selon quelles modalités ? Développez.

Le renouvellement de l'interim doit cesser autant que faire se peut avec l'obtention de contrats à durée indéterminée lorsque plus de 5 mois consécutifs sont réalisés en missions courtes.

L'évolution des carrières soignantes et médicales en EHPAD doit être possible et facilitée, avec accès à des fonctions de management pour les personnes qui le souhaitent et aussi en sanctuarisant à la fois du temps de formation et du temps pour des missions support/transversales (CLAN, CLUD, , interventions non médicamenteuses validées, ...) dans une logique d'évaluation et d'amélioration des pratiques : la sanctuarisation du temps « hors soin » doit être possible pour les professions soignantes.

6.2. La possibilité pour les autorités de tutelle de participer au processus de nomination des directeurs d'EHPAD vous apparaît-elle pertinente ?

OUI

Une certaine harmonisation des pratiques entre les différents secteurs (publics, associatifs, commercial, ...) mais dans laquelle les fonctions de coordination locales (IDEC, MedCo) peuvent participer au processus d'évaluation des candidatures. Centralisation du dépôt des candidatures auprès des ARS pour valider la formation, acquis et compétences nécessaires pour assurer cette mission.

7 - Evolution du modèle FINANCIER de l'EHPAD

Au regard des considérations précédentes et de la nécessité d'un renforcement des dimensions médicales et soignantes :

7 - 1. Considérez-vous la tarification ternaire comme un modèle devant être :Maintenu tel que : **NON**Révisé : **OUI**

Commentaires :

(cf réponses aux 7.2, 7.3 et 7.5)

7 - 2. Considérez-vous la tarification soin comme devant plutôt relever de l'option :Globale : **NON**Partielle : **OUI**

Commentaires :

La philosophie qui doit primer est que les soins reçus en EHPAD ne doivent pas avoir une moindre qualité qu'au domicile et le fait d'être en institution ne doit pas constituer une perte de chance vis-à-vis des traitements qui auraient été administrés à domicile ou dans d'autres modalités de prise en charge.

7 - 3. Considérez-vous les instruments de tarification (GIR et PATHOS) comme devant être modifiés ? Si oui avec quels objectifs ? développez:

OUI, dans leur philosophie.

L'utilisation qui en est actuellement faite donne une « prime » au soin de complications et n'incite pas / ne valorise pas les mesures de préventions pour éviter ces complications : par exemple, pas de prime pour la prévention des escarres, de la dénutrition ou de l'aggravation fonctionnelle iatrogène, alors que cela revient moins cher et optimise la qualité de vie / les coûts de santé.

Des incitations à la qualité pourraient exister, sur la base d'indicateurs de qualité déjà utilisés dans le milieu hospitalier.

De la même manière, l'amélioration de la qualité de vie au travail par la prévention des troubles musculosquelettiques et des risques psycho-sociaux doit être implémentée de manière efficiente (gains en qualité).

7 - 4. Des incitations financières vous semblent-elles souhaitables ?

Visant à réduire les risques d'aggravation de la perte d'autonomie : **OUI** (qu'il s'agisse de la perte d'autonomie décisionnelle comme de la perte d'autonomie fonctionnelle)

Visant à réduire des hospitalisations « évitables » : **OUI**

Visant à réduire les risques d'EIG liés aux soins : **OUI**

7 - 5. Considérez-vous les enveloppes soins et dépendance comme devant fusionner : OUI (SOUS RESERVE MAJEURE)**Commentaires :**

Considérant que la dépendance est la conséquence des pathologies et pas un problème « en soi », ces deux enveloppes doivent être prises en charge financièrement sur une même enveloppe budgétaire mais sans provoquer de perte de chance pour les personnes en fonction de leur lieu d'habitation et sans avoir à choisir entre des soins et un accompagnement de la dépendance. Un travail sur la pertinence des actes est à mener.

7 - 6. Quelles sont selon vous les forces et faiblesses des EHPAD en fonction de leur statut ?

Pour les EHPAD relevant du secteur public (autonome ou CCAS) :

➤ Forces

Reste à charge réputé moindre / accueil de résidents éligibles à l'Aide Sociale à l'Hébergement

➤ Faiblesses

Manque de moyens humains notamment pour développer des projets, mais surtout, ratios AS/IDE insuffisants pour l'accompagnement quotidien, bien qu'ils aient le meilleur taux d'encadrement de l'ensemble des structures, d'après l'Étude DREES 2015)
Vétusté des locaux / inadaptation vis-à-vis des cahiers des charges pour les unités spécifiques.

Pour les EHPAD relevant du secteur public hospitalier :

➤ Forces

Intégration dans des équipes de soins gériatriques / filière.
Permanence des soins de meilleure qualité (soignants et médicaux)
accueil de résidents éligibles à l'Aide Sociale à l'Hébergement
Intégration dans une logique de recherche (PHRC)

➤ Faiblesses

Manque de moyens humains notamment pour développer des projets, mais surtout, ratios AS/IDE insuffisants pour l'accompagnement quotidien, bien que leur taux d'encadrement soit meilleur que dans le secteur privé.
Vétusté des locaux / inadaptation vis-à-vis des cahiers des charges pour les unités spécifiques.

Pour les EHPAD relevant du secteur privé solidaire :

➤ Forces

Grande appropriation des interventions non médicamenteuses.
Accueil de résidents éligibles à l'Aide Sociale à l'Hébergement.
Lien important avec la ville (accueil de jour, notamment)

➤ Faiblesses

Financements parfois fluctuants.
Manque de moyens humains notamment pour développer des projets, mais surtout, ratios AS/IDE insuffisants pour l'accompagnement quotidien, bien que taux d'encadrement meilleur que dans le secteur privé commercial, d'après l'étude DREES 2015.

Pour les EHPAD relevant du secteur privé lucratif :

➤ Forces

Locaux de meilleure qualité, projet d'établissement mieux définis au niveau national.
Capacité d'investissement du fait d'économies d'échelles (logiciel métier, fonctions supports, médicaments, ...)
« Force de frappe » vis à vis de l'investissement matériel médicamenteux et de recherche clinique.
Appropriation importante de certaines interventions non médicamenteuses et Lien important avec la ville (accueil de jour, notamment).

➤ Faiblesses

Manque de moyens humains notamment pour développer des projets, mais surtout, ratios AS/IDE insuffisants pour l'accompagnement quotidien : moins bon taux d'encadrement de l'ensemble des structures, d'après l'étude DREES 2015. Reste à charge élevé pour les personnes/familles.
Risque d'être un produit financier, au détriment de la qualité, notamment de l'alimentation.
Pas ou peu d'accueil de résidents éligibles à l'Aide Sociale à l'Hébergement.

8 - Evolution de la réglementation type J et type U

Au regard de l'évolution des profils de soins des résidents et des contraintes imposées aux EHPAD par la crise sanitaire en matière en particulier de recours aux fluides et à l'oxygénothérapie, **vous semble-t-il pertinent de procéder à une révision de la réglementation de type J s'appliquant à ces établissements recevant des publics.**

NON

1° Il faut que le taux d'équipements adaptés des USLD soit mis en conformité avec l'annexe 2 de la circulaire du 10 mai 2007

2° les EHPAD doivent bénéficier de concentrateurs d'appoints en nombre suffisant par le biais de contrats avec des prestataires dédiés, en plus de fournir ceux aux résidents dans les mêmes indications que les personnes vivant à leur domicile.

NB : Référence à la circulaire d 10 mai 2007 relative aux USLD (annexe 2)

- Locaux et équipements

A terme, les USLD devraient disposer de locaux et d'équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique ou psychique :

- des chambres à un ou deux lits équipées en fluides médicaux (oxygène et vide) et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un cabinet de toilette avec WC ou d'une douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant,
- des espaces de circulation équipés de main courante,
- un lieu de réception des familles,
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...),
- des lieux de convivialité (salons, salle à manger...).

9 - NUMERIQUE en EHPAD

Selon vous, quelles évolutions doivent être envisagées en matière de numérique au sein des EHPAD ?

- Dans l'optique d'une optimisation du parcours de santé des résidents : développez.

Télésanté et accès aux soins via téléexpertise

Formation des intervenants aux outils numériques en santé

- Dans l'optique d'un meilleur suivi du dossier médical du résident.

DMP interopérable avec le logiciel métier de la filière gériatrique de territoire, en particulier le SAU référent porteur de la filière

- Dans l'optique d'intégration des données de santé issues des EHPAD dans le SNDS.

DMP interopérable avec le logiciel métier de la filière gériatrique de territoire, en particulier le SAU référent porteur de la filière

- Dans l'optique d'une plus grande interopérabilité des systèmes informatiques des différents EHPAD.

DMP interopérable avec le logiciel métier de la filière gériatrique de territoire, en particulier le SAU référent porteur de la filière

- Dans l'optique d'un mode de lutte contre l'isolement des résidents.

Wifi permettant visio-conférence à chaque résident (dans le respect de l'intimité et du secret professionnel) avec l'entourage. Utilisation des gérontechnologies ayant été validées scientifiquement.

10 - QUALITE des SOINS

7-1. Est-il souhaitable d'appliquer en EHPAD le principe d'une déclaration exhaustive des EIG liés aux soins ?`

OUI

7-2. Est-il souhaitable de généraliser le principe des CREX/RMM en EHPAD ?

OUI

7-3. Quelles autres mesures peuvent-elles être envisagées ? développez.

CLAN

CLUD-SP

Réunions de filière gériatrique de territoire

Lien Ville-Hôpital

Démarche de patient-traceur