

# Le concept d'EHPAD

---

## *La naissance du concept d'Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes*

La réforme de la tarification en établissement a introduit une nouvelle conception pour les structures hébergeant des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette réforme est sous-tendue par deux axes principaux :

- **un axe financier**, qui associe réforme de la tarification et Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- **un axe qualité**, qui met en exergue la rationalisation et la coordination de la prise en charge et le développement de la démarche qualité

Les objectifs de la réforme :

- Tarifier selon l'état de la personne âgée et non en fonction du statut juridique de l'établissement
- Répartir avec plus de précision les dépenses selon les payeurs
- Uniformiser la prise en charge sur le territoire
- Définir des critères de qualité

### **Avant cette réforme la tarification comportait deux blocs de dépenses**

- L'hébergement (charges d'administration, de gestion, d'hôtellerie, restauration, entretien, animation, couches, lavage du linge) à la charge de la personne âgée, de la famille, avec une aide complémentaire possible par la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et l'aide sociale
- Les soins (médicaments, petit matériel médical, frais générés par l'équipe soignante de l'établissement, prestations médicales et paramédicales)

La réforme introduit l'obligation pour les établissements recevant des personnes âgées de signer une convention tripartite avec la DDASS et le Conseil Général.

Les établissements ayant signé une convention deviennent des EHPAD. Ils ont la charge de l'ensemble de la prise en charge des soins pour 10 ans au maximum. La convention est renouvelée tous les 5 ans et l'EHPAD signe un avenant tous les ans.

### **La nouvelle tarification comporte 3 blocs de dépenses**

- a) L'hébergement (administration, gestion, hôtellerie, restauration, entretien, animation) à la charge de la personne âgée, de la famille ou de l'aide sociale
- b) La dépendance (surcoûts hôteliers liés à la dépendance, 30% des salaires des aides soignants, couches, lavage du linge) à la charge de la personne âgée et/ou de l'APA
- c) Les soins (prestations médicales et paramédicales) à la charge de l'Assurance Maladie

## **La structure budgétaire change elle aussi**

Avant la réforme, au sein du budget global on différenciait les coûts d'hébergement déterminant le prix de journée et les coûts des soins déterminant le forfait soins.

Après la réforme, le budget global comprend un budget hébergement, un budget dépendance et un budget soins.

Les prix sont déterminés dans chacun des blocs :

- L'hébergement détermine un prix de journée (PJ) hébergement
- La dépendance, un prix de journée dépendance lui-même fonction du "girage" des résidents (1-2, 3-4, 5-6)
- Les soins, un prix de journée soins fonction également du girage.

## **La tarification est donc basée sur la dépendance**

L'outil utilisé par l'équipe médico-sociale de l'établissement est la grille AGGIR. Le classement est contrôlé et validé par le médecin du Conseil Général.

Il est ainsi possible de calculer le GIR MOYEN PONDERE de l'établissement (GMP = nombre de résidents par GIR, affecté d'un coefficient de pondération). Le GMP varie de 0 à 1.000.

Ce GMP permet d'établir les tarifs (base = GMP – année N – 1).

La fixation des tarifs est ternaire : PJ hébergement et PJ dépendance pour le Conseil Général, PJ soins pour la DDASS.

**Mais les états pathologiques et les profils de soins sont désormais pris en compte**, pour les établissements qui renouvellent leur convention tripartite, par l'introduction du modèle PATHOS.

## **Les financeurs**

- Pour le prix de journée hébergement : la personne âgée, sa famille, ou l'aide sociale payée par le département
- Pour le prix de journée dépendance (GIR 1-2, 3-4, 5-6) la personne âgée et/ou l'APA payée par le département
- Pour le prix de journée soins : l'Assurance Maladie

## **L'APA (Articles L 232.8 et L 232.19)**

- Couvre uniquement le tarif dépendance
- Le montant de l'allocation est calculé en fonction des ressources du bénéficiaire et sera inférieur à celui versé aux personnes à domicile
- L'APA est égale au montant du tarif dépendance (selon groupe GIR) fixé par le Président du Conseil Général diminué de la participation du bénéficiaire
- Les sommes servies au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur succession

## **La convention tripartite**

La signature de la convention tripartite impose la présence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie au sein de l'EHPAD (art. L 313-12 du code de l'action sociale et des familles). Elle implique la mise en oeuvre d'un cahier des charges précis qui comporte des recommandations concernant :

- La qualité de vie des résidents (projet d'établissement, espaces privés et collectifs, activités et prestations, sécurité)
- La qualité des relations avec les familles et l'entourage, à l'admission et lors du séjour, lors du décès, la qualité de l'information et de l'aide à la participation des familles
- La qualité des personnels
- Le réseau gérontologique (complémentarité avec les autres structures, accueil de jour ou temporaire, conventions avec les établissements de santé, collaboration avec le milieu social)

### **Le projet institutionnel comprend**

- Le projet d'établissement qui définit les grandes orientations pour une prise en charge globale de qualité
- Le projet de vie qui définit les dispositions quotidiennes mises en oeuvre pour permettre l'accompagnement personnalisé des personnes âgées en favorisant leur autonomie
- Le projet de soins qui définit la démarche de soins de l'institution en conjuguant dimension biomédicale et dimension humaine et en affirmant les actions préventives et curatives de l'établissement

Le projet de soins est partie prenante du projet de vie collective qui s'inscrit lui-même dans le projet d'établissement.

### **Le projet institutionnel concerne**

- Le Conseil d'Administration de l'EHPAD
- Le Directeur d'établissement
- Le Médecin Coordonnateur
- Les personnels
- Les personnes âgées
- Les familles

## **Le médecin coordonnateur, missions et fonctions**

L'existence au sein de l'EHPAD d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée aux réponses de santé.

### **Les missions du médecin coordonnateur sont incluses dans trois décrets :**

- **Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005** JORF du 28 mai 2005 texte n°23
- **Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007** JORF du 13 avril 2007 texte n°48
- **Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011** JORF n°0205 du 4 septembre 2011 texte n°12

Le décret de 2005 consacre entre autres la reconnaissance de la fonction de coordination, distincte de celle du soin ; celui de 2007 ajoute une douzième mission, la veille sanitaire en santé publique, et donne un temps minimum de présence en fonction de la taille de l'EHPAD. Le décret de 2011 modifie ce temps minimum et ajoute la présidence de la commission de coordination gériatrique, l'évaluation PATHOS et une possibilité de prescription en cas d'urgence ou de risque collectif.

Ces trois textes sont désormais inclus dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, article D.312-158, reproduit ci-dessous :

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.

Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles [R. 6315-1](#) à [R. 6315-7 du code de la santé publique](#) ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article [46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005](#) de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à [l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale](#). A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à [l'article L. 5126-6](#) du code de la santé publique ;

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Elabore un dossier type de soins ;

9° Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à [l'article L. 312-7](#) du présent code et de réseaux de santé mentionnés à [l'article L. 6321-1 du code de la santé publique](#) ;

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;

13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

## *Travail en partenariat et niveaux de la coordination*

Le médecin coordonnateur est membre d'une équipe multidisciplinaire qui comporte, en EHPAD, cadre infirmier ou IDE (référénte), aides-soignants, agents de service hospitaliers – ou hôtelier - (ASH) mais aussi médecins libéraux, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, podologues libéraux. Par ailleurs, il est en relation avec l'ensemble des autres composantes des personnels (entretien, lingerie, cuisine...) qui ont toute leur place dans la prise en charge des résidents. Le médecin coordonnateur doit prendre en compte la pluridisciplinarité qui met en évidence la juxtaposition des professionnels, mais aussi l'interdisciplinarité qui met en jeu les compétences de chacun.

L'action de coordonner pose le problème des règles de coopération, des partenaires en présence, des objectifs communs et des moyens à mettre en œuvre.

### **Être partenaire**

- C'est être soi-même bien dans sa fonction
- C'est connaître et reconnaître la fonction de l'autre
- C'est identifier les champs de recouvrement de compétence et de synergie
- C'est se respecter, se faire confiance, communiquer

Il est important dans cette analyse de différencier collaborateurs, qui travaillent ensemble au sein d'une même institution hiérarchisée dans son fonctionnement, et partenaires, qui travaillent dans une même institution ou au sein d'un réseau mais sont issus de structures différentes.

Pour la compréhension de chaque situation, qu'elle soit celle d'un résident unique ou de l'ensemble des résidents, et pour fixer les objectifs de la démarche globale de prise en charge, le médecin coordonnateur s'appuie sur le système OPE (*notion plus largement développée dans le séminaire de FPC « Evaluation gérontologique »*).

Ce système étudie de façon systématique les 3 composantes de chaque situation :

- Composante organisme (O), intrinsèque au sujet
- Composante personnalité (P), interface sensori-motrice et relationnelle, extrinsèque au sujet
- Composante environnement (E)

Dans le champ de l'organe le médecin identifie la cause ou l'effet organiques qui permettront de nommer les processus pathologiques et de mettre en place les traitements appropriés

Dans le champ de la personnalité, l'équipe prend en compte une personnalité, ses capacités, son système de valeurs, son vécu afin de mettre en place les mesures préventives, curatives ou palliatives de la perte d'autonomie

Dans le champ de l'environnement, on est confronté aux facteurs de l'environnement humain, matériel, économique, ressources de l'individu à mobiliser ou manques à corriger

### La coordination s'exerce à 3 niveaux complémentaires

- Le premier niveau, niveau de la personne, est centré sur le résident. La coordination fait intervenir, au bénéfice d'une seule personne, un ensemble de professionnels qui se répartissent dans les 3 composantes du système OPE. Certains professionnels font évidemment partie de plusieurs champs à la fois et le résident se situe au confluent de la prise en charge
- Le deuxième niveau de la coordination, organisé de la même façon au sein du système OPE, est centré sur le travail collectif d'équipe et a pour cible l'ensemble des résidents de l'EHPAD
- Le troisième niveau de la coordination représente le niveau de la coordination institutionnelle. Il met en lien l'EHPAD et sa structure administrative avec les réseaux de ville, les hôpitaux, le monde associatif, l'assurance maladie, l'URCAM, les services sociaux du Conseil Général, la DDASS ...

L'intervention du médecin coordonnateur à ces différents niveaux et la nécessité pour lui de promouvoir un travail d'équipe partenarial et coordonné, suppose des capacités pour organiser les relations entre les individus pour garantir la circulation de l'information et pour mettre en œuvre des stratégies de prise de décisions et d'actions concertées. Ces capacités relèvent du management d'équipe qui fait l'objet d'une formation MG Form spécifique.

## *Du rapport Laroque de 1962 au décret de septembre 2011 : les textes*

### **Avant la réforme de la tarification**

- Rapport Laroque – 1962
- Loi 75.375 du 30 juin 1975
  - Possibilité de se doter d'une section de cure médicale
  - Financement forfaitaire des soins par la sécurité sociale
  - Tarification binaire (hébergement et soins)
- Décret 77.1289 du 22 novembre 1977 (définition de la section de cure médicale)
- Loi 78.11 du 4 janvier 1978
  - Détermination de l'autorité chargée de fixer le forfait (Préfet si aide sociale, sinon Assurance Maladie)
- Décret 78.478 du 29 mars 1978 (détermination du forfait)
- Décret 81.449 du 8 mai 1981 (admission directe en section de cure, libre choix du médecin)
- Circulaires ministérielles
  - N° 53 et 1778 du 8 novembre 1977 (contenu du forfait de soins, principe de la compensation inter-régime)
  - N° 88.3 du 23 février 1988 (remboursement des médicaments, honoraires des médecins généralistes sortis du forfait)

### **La réforme de la tarification**

- Loi du 24 janvier 1997
  - Principe de la tarification ternaire (hébergement, soins, dépendance)
  - Tarification variable selon le niveau de dépendance
- Décret et arrêtés du 26 avril 1999
  - Annexe I : cahier des charges des EHPAD
  - Annexe II : missions, fonctions et compétences professionnelles du médecin coordonnateur
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action social et médicosociale
- Textes concernant le médecin coordonnateur
  - Arrêté du 26 avril 1999, Annexe II
  - Contrat type de Médecin Coordonnateur du Conseil National de l'Ordre des Médecins
  - Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005
  - Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007
  - Décret no 2008-821 du 21 août 2008 (nouvelle grille AGGIR)
  - Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011