

Chère collègue, Cher collègue, Chers amis,

L'ensemble du Bureau du SMC-EHPAD et moi-même revenons vers vous pour un point d'actualités après la circulaire de début d'année que nous vous avons adressée en janvier 2017.

2016 s'est terminée comme elle a commencé, sans aucune orientation pour la médecine de coordination en EHPAD. 2016 fut l'année de toutes les atteintes à la médecine libérale avec une nouvelle convention refusée en l'état par la CSMF et un front syndical espéré fin 2015, mais qui s'est fissuré rapidement dès le printemps. 2017 a vu les multiples échéances électorales redessiner le paysage politique français sans pour autant donner le temps aux nouveaux décideurs de dévoiler leur prochaine politique pour les EHPAD, la médecine de coordination ou la médecine de soins en établissements médico sociaux.

A noter la disparition du Secrétariat d'Etat aux personnes âgées ; la nouvelle Ministre de la Santé et des Solidarités, Agnès Buzyn, héritant de cette mission dans un ministère pluripotent. A ce jour, nous ne disposons que de la feuille de route présentée par Madame la Ministre fin juillet devant la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée pour appréhender les possibles évolutions législatives...

Voici un résumé succinct de son intervention :

Synthèse des propositions d'Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé

Agnès Buzyn a livré une grande partie de sa feuille de route lors de son audition devant la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale le 18 juillet dernier.

Celle-ci s'est tout d'abord prononcée sur les **dispositifs actuels de coordination** des acteurs dans les territoires en insistant sur trois points :

- Une implication plus importante des libéraux dans les groupements hospitaliers de territoires ce qui n'est pas encore assez le cas aujourd'hui ;
- Une remise en cause des dispositifs PAERPA qui, dans l'état actuel, ne répondent pas à la réalité des territoires, sauf dans la région Pays de Loire ;
- La Ministre souhaite renforcer les parcours en santé en favorisant l'interconnexion des professionnels de santé et la circulation de l'information, en mettant en place de nouvelles incitations et de nouveaux modes de rémunération, en mesurant la qualité des soins en la faisant reconnaître.

Concernant la prévention :

La Ministre entend faire de la prévention le maître mot de la stratégie nationale de santé qui sera discutée à l'automne.

- Celle-ci se traduira par des politiques de lutte contre tabac et l'alcool et la promotion de l'exercice physique et d'une meilleure alimentation ;
- Des campagnes massives de vaccination à destination de la petite enfance mais rien sur les personnes âgées ;
- La mise en œuvre du service sanitaire qui permet à des étudiants présents dans les filières de santé de pouvoir participer durant trois mois à des campagnes de prévention dans les écoles et les entreprises.

www.csmf.org

Concernant la lutte contre les déserts médicaux :

- La Ministre a lancé une mission sur le numerus clausus sans plus de précision ;
- Un plan d'investissement en santé sera lancé. Il concernera la numérisation et l'informatisation des établissements ;
- Elle souhaite impliquer tous les acteurs dans les territoires pour lutter contre les déserts médicaux (ARS, collectivités territoriales, professionnels de santé) et installer une politique relevant d'une action coordonnée ;
- La Ministre souhaite développer les maisons de santé pluri professionnelles mais aussi la télémédecine en facilitant son financement ;
- Elle souhaite également libérer l'exercice pluriel issu des hôpitaux afin que les professionnels de santé hospitaliers puissent, en délégation, aller couvrir un territoire de santé désertifié pendant une à deux journées de leur exercice.

Concernant les personnes âgées :

La Ministre souhaite aller au bout de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement en poursuivant la réforme annoncée de la tarification des Ehpad. Elle souhaite également mener une réflexion sur le reste à charge en Ehpad ainsi que sur la nécessité de s'engager dans la création de places supplémentaires.

La Ministre souhaite réfléchir aux moyens d'éviter les hospitalisations inutiles en renforçant le rôle des aidants pour leur permettre de mieux concilier leur vie professionnelle avec la place qu'ils jouent auprès de leurs proches.

Pour ce qui est de la lutte contre la maltraitance :

Suite à l'affaire de l'Ehpad Les Opalines à Foucherans (Jura), Agnès Buzyn a annoncé une stratégie nationale de lutte contre la maltraitance. Un plan d'actions sera ainsi présenté lors du second semestre 2018.

Enfin, j'ajouterais que la Ministre a également décidé de lancer une concertation à l'automne sur la médecine en EHPAD, sans plus de précisions sur les thématiques abordées, mais soyons certains qu'il ne s'agira pas que de la médecine de coordination mais également de la médecine de soins. La constitution du groupe de travail n'est pas encore arrêtée et nous ferons tout pour y participer. Le CNOM a été saisi pour avis et a décidé de mettre à l'ordre du jour de son Congrès National, le 20 octobre prochain, la problématique de la médecine en EHPAD. Nous participerons à cette table ronde avec d'autres composantes de la médecine libérale ou de la médecine gériatrique.

On voit bien, ne serait-ce que par la lecture de cette feuille de route, les évolutions à envisager ou les sujets susceptibles de changement dans les EHPAD : télémédecine, réduction des hospitalisations, interventions des médecins hospitaliers, digitalisation accrue, nouveaux modes de rémunérations, prévention, mode d'exercice pluri disciplinaire, refonte des PAERPA, mesure de la qualité des soins...

Début 2017, je voulais espérer un débat avec quelques décisions concernant la médecine de soins et de coordination en EHPAD ; il n'y a eu aucune concertation et donc heureusement aucune nouvelle réglementation pour notre métier. Aujourd'hui, je crains que le nouveau pouvoir, fort d'une légitimité récente et quasi absolue et de considérations économiques pures ne prenne des décisions unilatérales, voire des diktats qui pourraient sans doute redessiner notre fonction. Car, ne nous leurrions pas, les administrations centrales, beaucoup de politiques, les caisses de sécurité sociale et une grande partie du monde hospitalier gériatrique rêvent de sanitariser nos EHPAD et de salarier les médecins coordonnateurs, désormais plus pour le soin que pour la coordination... en écartant du même coup les médecins généralistes des maisons de retraite. Nous sommes une des huit composantes du CNP de Gériatrie mais au sein de ce CNP un débat rugueux s'est engagé entre les partisans du maintien de l'accès des EHPAD aux médecins généralistes et ceux qui voudraient une médecine de soins réservée aux gériatres ou capacitaires sur un mode économique faisant disparaître le paiement à l'acte.

Je tiens donc personnellement à vous remercier pour votre confiance et votre engagement dans la défense des intérêts, à la fois des médecins coordonnateurs en EHPAD, mais aussi des médecins libéraux en général, en ayant rejoint la CSMF, premier syndicat de médecins en France. Car au SMC-EHPAD, nous sommes pour la plupart engagés à la fois dans une spécialité, la Gériatrie, mais aussi pour une part souvent majoritaire de notre activité dans la médecine générale.

Je vais revenir maintenant sur quelques informations que je donnais dans la circulaire de début d'année et qui résument l'actualité des EHPAD en 2016 et 2017.

L'actualité des EHPAD en 2016 est restée en mode silencieux. Pourtant, un texte législatif conséquent, la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, a été voté le 28 décembre 2015 après deux ans de débat. La première partie de ce texte concernait peu les EHPAD hormis des dispositions tarifaires générales et réglementaires. Il concernait donc peu les médecins coordonnateurs de façon directe dans leurs fonctions mais plutôt dans leur exercice des partenariats avec l'ensemble du secteur gérontologique, surtout à domicile. Il programmait aussi la généralisation du recours à une infirmière de nuit ; mais nous en sommes restés aux expérimentations locales notamment dans le cadre des PAERPA sans financement généralisé.

Mais la Loi ASV a été complétée en juin 2016 par des articles spécifiques sur le médico-social et sur les financements des EHPAD, avec de nouvelles règles tarifaires. Le décret tarifaire sur les CPOM (Contrats Pluri annuels d'Objectifs et de Moyens) et les EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) modifie fondamentalement les règles de tarification des établissements médico-sociaux.

D'abord, les Autorités de tutelle ne signent plus de convention avec un établissement mais avec l'entité qui gère plusieurs établissements de même nature au sein d'un département, voire d'une région : ce sont les CPOM. Simplification par la réduction du nombre des interlocuteurs et objectifs financiers agrégés sur plusieurs EHPAD par exemple, d'où des économies de fonctionnement qui peuvent aller jusqu'à 5 % par structure pour les financeurs... Les EPRD, quant à eux, signifient qu'il ne s'agit plus de proposer des budgets prévisionnels aux Autorités avec négociation systématique à couteaux tirés en année N - 1, et en corollaire un Compte d'Emploi qui vérifie que les engagements ont été tenus en année N + 1. Désormais, les recettes sont prévisibles, programmables et il s'agit uniquement d'annoncer l'emploi qui en sera fait.

www.csmf.org

Ceci est rendu possible par l'application finale de la tarification à la ressource (forfait global de soins) qui prévoit que le budget soins ne dépend que de paramètres fixes, Capacité, GMP (degré de dépendance) et PMP (degré de pathologies) et valeur du point défini au plan national par le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale chaque année. Ainsi, il y a harmonisation des budgets soins sur tout le territoire puisque plus aucune négociation n'est possible hors des paramètres fixés. Fin des budgets qui ne dépendent que du tarifificateur et de ses orientations... ou de la richesse, ou de la pauvreté, de telle ou telle ARS. Ceci n'est pourtant pas totalement vrai car un décret sur le forfait global de soins est paru le 21 décembre 2016 suite à avis du Conseil d'Etat : à la tarification issue de la règle de calcul mathématique, qui est la règle générale, s'ajoutent la tarification à l'activité (influence des taux d'occupation qui sont désormais pris en compte) et les tarifications spécifiques accueil de jour, accueil temporaire, qui peuvent être soumises à négociation ou également à l'application de taux d'occupation. Enfin, des objectifs spécifiques de santé publique (accueil des SDF, des adultes handicapés ou des psychotiques vieillissants) ouvrent droit à des compléments budgétaires soumis à la négociation... ou à la modulation laissée à l'appréciation du tarifificateur.

Quant au forfait global dépendance, il gardera toute sa complexité en fonction des départements même si une harmonisation réglementaire est établie ; et les départements riches garderont une valeur de point dépendance largement supérieurs aux départements pauvres...

Précisons qu'une période transitoire est programmée afin d'obtenir la convergence tarifaire sur tout le territoire national en conformité avec cette nouvelle Loi et cette période est de 7 ans ! 3 % de convergence tarifaire par an... Ce qui revient à dire que l'équité de traitement la plus totale et définitive entre tous les EHPAD de France ne sera acquise qu'au bout de sept années...en 2023. Ceci laisse apprécier les écarts à compenser entre les plus pauvres et les plus riches avec une moyenne de 21 % ! Au final, une Loi de tarification des EHPAD prévue au PLFSS de 2009 aura pris forme complète 14 ans plus tard, en 2023.

Tout ceci va grandement impacter nos fiches de poste car notre rôle dans la définition des budgets via la réalisation des GMP et PMP va encore augmenter. Certes, la connaissance clinique des patients pour obtenir un bon PMP passe par une approche de soins et une connaissance précise des pathologies de chaque résident, mais la tarification ne saurait justifier à elle seule l'abandon de toutes les autres missions du médecin coordonnateur, à mon sens, pour ne se consacrer qu'aux soins.

De même, dans le cadre des CPOM, nous pouvons être amenés à devenir multi sites pour un même groupe au sein du département. Les dotations en temps de médecins coordonnateurs étant désormais agrégés, nous pourrions être obligés de compléter nos temps d'activité dans un autre établissement du groupe d'EHPAD...tout cela en fonction des capacités de chaque structure.

La tentation a été grande pour nos anciens Ministres de tutelle, Laurence Rossignol en 2015, comme Pascale Boistard en 2016, d'élargir le droit de prescription des médecins coordonnateurs à la médecine de soins, tout simplement, et d'écarter les médecins généralistes libéraux des EHPAD. Cette position est soutenue par le SNGC, le Syndicat National de Gériatrie Clinique, composé essentiellement de médecins gériatres de la fonction publique ; par un grand nombre de Gériatres hospitaliers chefs de service et enseignants, par les Fédérations d'établissements et bien sûr par l'Assurance Maladie. Les positions des nouveaux représentants politiques actuels semblent rejoindre les convictions des administrations centrales qui affirment que le salariat en EHPAD serait une solution économique vertueuse qui y réduirait les dépenses de santé.

www.csmf.org

Nous sommes persuadés au SMC-EHPAD que cette dérive vers le soin qui se ferait à budget constant signifie la fin d'un grand nombre des missions actuelles des médecins coordonnateurs et rompt l'égalité d'accès à la médecine de ville pour une catégorie de Français, les résidents en EHPAD. Nous l'avons vécu ces deux dernières années, l'époque n'était pas à la concertation avec les médecins généralistes, et quitte à dépecer le métier, il était logique d'aller au bout d'un processus qui fonctionnarise la médecine dans les EHPAD.

Actuellement, il est impossible de prévoir la politique qui sera mise en œuvre en 2018 même si ma crainte, à la lecture des premières prises de position, est de voir aboutir les tentations antérieures... Espérons que 2018 clarifiera enfin la situation de la médecine de soins dans les EHPAD, confirmera la volonté de négociations du gouvernement et reconnaitra le rôle des médecins généralistes dans nos maisons de retraite. Raison de plus pour être nombreux et donc plus représentatifs.

La pénurie de médecins est souvent brandie abusivement par les uns et les autres pour justifier d'une telle atteinte au libre choix du médecin traitant. La pénurie existe certes, par endroits, mais la véritable problématique repose sur une valorisation effective de l'exercice libérale compétent en EHPAD. Et si dans certains territoires il faut innover, utiliser la télémédecine, solliciter les généralistes appétant à la Gériatrie, faciliter les visites, simplifier les logiciels et les harmoniser, il demeure qu'en zone rurale les EHPAD ne peuvent fonctionner sans les médecins libéraux.

Je veux ici rappeler que le SMC-EHPAD est représenté pour une grande partie de ses adhérents par des médecins généralistes à exercice mixte. Nous ne pouvons qu'être hostiles à cette extension du droit de prescriptions à la médecine de soins pour le médecin coordonnateur ; en dehors des circonstances précises définies par le Décret du 2 septembre 2011. Même si beaucoup d'entre nous ont à la fois des temps de coordination et des temps d'intervention libérale, nous ne saurions prendre en charge tous les résidents ni assurer la permanence des soins. Et les deux activités se doivent, sauf urgence, d'être clairement distinctes dans le temps et les contrats. L'activité mixte est un atout pour le médecin coordonnateur, par exemple au moment de la Pathossification. Les médecins à activité exclusive de coordination quant à eux, souvent jeunes retraités ou jeunes femmes en temps partiel, ne souhaitent pas davantage, pour un très grand nombre, retourner à une médecine de soins classiques.

Si, dans certaines régions, la pénurie de médecins traitants, si elle est démontrée, pourrait justifier une réflexion conjointe de la profession et des institutions pour trouver des solutions spécifiques, nous pensons que le principe du médecin traitant, tant préconisé dans la stratégie nationale de santé pour promouvoir la médecine de proximité, doit rester la règle.

Je reviens rapidement sur la mission de maîtrise du risque iatrogénique dans l'EHPAD qui nous incombe désormais. Elle suppose de nouvelles stratégies et nous impose de réinventer la nature de nos relations avec nos collègues généralistes et de les associer au maximum à nos problématiques : réduction des psychotropes, réduction des contentions mécaniques, respect des recommandations de la HAS en termes de prescription chez la personne âgée... et la mise en place des Commissions de Coordination Gériatrique est maintenant une obligation comme un bel outil pour créer du lien avec nos consœurs et confrères. Les ARS et les Directions de nos EHPAD nous ont sollicités tout au long de l'année pour concrétiser ces CCG, avec plus ou moins de succès selon les établissements.

www.csmf.org

C'est une pratique désormais établie dans le fonctionnement des EHPAD et nous la défendons. Les nombreux retours des adhérents que j'ai pu recevoir confirment bien que la négociation, la conciliation médicamenteuse et le compromis existent bel et bien entre les médecins traitants et les médecins coordonnateurs.

Signalons la réouverture, à minima, du Tarif Global dans les EHPAD mais uniquement sur proposition des ARS et sur un mode confidentiel. Même si les Associations de Directeurs et les Fédérations d'Etablissements de leur côté ont intenté des actions juridiques pour revenir au Tarif Global, elles ont été déboutées. La question est maintenant laissée au nouveau gouvernement et les travaux de l'ATIH depuis plusieurs années, l'Agence des Techniques d'Information Hospitalière, qui devaient aboutir à un re-calibrage du tarif global, n'ont pas été suivis d'effet. Mais soyons vigilants car les conclusions de cette agence sont toujours la recommandation d'un tarif global minoré, excluant du champ de la médecine de ville les dépenses de santé courante des personnes âgées en EHPAD. Le salariat des médecins de soins (comme la Pharmacie à Usage Intérieur) n'étant qu'un corollaire de ce tarif global. Souvenons-nous de feu la MPA qui n'était pas versée dans ces EHPAD. Encore une fois, ils sont nombreux à penser que le tarif global comme le salariat des médecins de soins en EHPAD sont la potion magique pour réduire les dépenses de santé des personnes âgées. Mais pour quels accès aux soins ?

Je veux aussi évoquer la réforme des études médicales et la disparition annoncée de la Capacité en Gériatrie qui a permis à nombre d'entre nous d'obtenir le diplôme leur permettant d'exercer la médecine de coordination. Les passerelles vont s'éteindre et il ne serait plus possible d'obtenir une qualification en Gériatrie dès l'année prochaine par cette Capacité. Le CNOM, le CNP de Gériatrie et les Administrations compétentes sont encore en cours d'analyse des besoins et des formations à mettre en place. Mais nous, nous dirigeons vers un Diplôme Universitaire National de Médecine de coordination en EHPAD avec un programme universitaire harmonisé et spécifique des missions du médecin coordonnateur, étalé sur une année et destiné à tout médecin. En effet, la voie royale de l'Internat ne suffira même pas à produire tous les praticiens hospitaliers en Gériatrie nécessaire au pays avant environ 8 ans ! La période transitoire à venir devra trouver des solutions alternatives de toute façon mais ceux qui détiennent une Capacité et un parcours adéquat seront sans doute sollicités pour demander rapidement leur équivalence pour peu qu'ils acceptent des postes de PH vacants...

Enfin, selon le CNP de Gériatrie, la rumeur circule d'une prolongation exceptionnelle de l'organisation de la Capacité pour 2 années de plus... le temps de former les Médecins Coordonnateurs qui manquent encore...car légalement, les EHPAD ne peuvent plus embaucher que des médecins détenteurs d'un diplôme valide. Le futur diplôme National de Médecin Coordonnateur aurait ainsi le temps d'être créé et mis en œuvre.

Notre syndicat est encore fragile et je veux vous remercier de poursuivre votre soutien ; notre maison mère, la CSMF, via « Les Généralistes CSMF », assure notre logistique, mais les adhésions sont notre seule source de financement pour la prise en charge des déplacements et frais liés à notre participation aux différentes réunions et tables rondes relatives au métier. Soyons certains que le nouveau Gouvernement aura, lui aussi, la tentation des économies comptables et il nous faudra encore nous mobiliser pour la défense d'une médecine de coordination qui ne remette pas en cause le principe de la médecine libérale.

Je suis arrivé à la dernière année de mon mandat qui est non renouvelable sans modifications des statuts et j'espère que vous serez encore nombreux à nous rejoindre pour faire vivre le SMC-EHPAD et à adhérer même en cours d'année. Il s'agit maintenant pour vous qui avaient envie d'agir, de faire acte de candidature pour les élections du nouveau Conseil d'administration qui auront lieu en janvier 2018. Ce nouveau CA élira alors le Bureau qui désignera son futur Président. Si vous êtes à jour de votre cotisation 2017, il vous suffit de signaler votre candidature par mail au SMC EHPAD (smc@csmf.org) ; si vous n'avez pas acquitté votre cotisation 2017, il vous suffit de vous mettre à jour et de signaler votre candidature en même temps.

Outre votre adhésion pour 2017 (ci-joint bulletin), je viens vous solliciter pour assurer le prosélytisme autour de vous, que ce soit pour le SMC-EHPAD ou pour plus globalement la CSMF. La syndicalisation et l'augmentation du nombre d'adhérents sont indispensables à notre représentativité et à notre audience pour les années à venir. Il est certain que le métier de médecin coordonnateur peut évoluer de façon sensible, voire disparaître pour certains observateurs, et nous voulons absolument pouvoir vous représenter et porter vos revendications.

Certes, la syndicalisation des médecins baisse de façon générale et le sentiment que les jeux sont faits prend de l'ampleur mais je suis heureux d'avoir participé pendant ces dernières années aux débats sur l'avenir de la médecine en EHPAD et j'espère que vous serez encore présents et nombreux pour prendre le relais.

Je propose donc à nouveau à ceux qui voudraient s'engager davantage avec le SMC-EHPAD, que ce soit en local ou au Bureau National, de nous rejoindre pour faire vivre notre verticalité, qui manque encore de forces vives !

Bien cordialement à vous.

Dr Bernard ODDOS
Président du SMC-EHPAD



PJ : Bulletin d'adhésion 2017