ANNEXE 13

DOCUMENTS REMIS A L'APPUI DE L'AUDITION DE

M. Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (ADEHPA)

M. Luc Broussy, délégué général du Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (SYNERPA) et **M. Théodore Amarantinis**, deuxième délégué général

M. David Causse, délégué général-adjoint de la Fédération hospitalière de France (FHF) et **Mme Murielle Jamot**, son adjointe.

M. Georges Riffard, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP), et **Mme Isabelle Desgoutte**, directrice du secteur personnes âgées

M. Alain Villez, conseiller à l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Mme Françoise Toursière, directrice de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)

ADPAH
ASSOCIATION D'AIDE A DOMICILE
AUX PERSONNES AGÉES
ET HANDICAPÉES

Unassad
la qualité de vie à domicile

CONTRIBUTION

« Causes et enseignements de la canicule 2003 »

Les lignes qui suivent n'ont pas pour ambition de se substituer aux conclusions qui seront formulées par la Mission Parlementaire d'Information. Elles traduisent plus modestement les perceptions de professionnels de la prise en charge de personnes âgées vivant à leur domicile.

Cette analyse est cependant fondée sur des éléments concrets et maintes fois constatés.

Il convient de préciser en préalable que cette analyse se situe hors de tout débat partisan et de toute polémique gratuite et stérile qui appauvrissent la réflexion. De même, il ne s'agit pas de traiter cette question comme cela a pu être fait dans les médias, à savoir en mettant en évidence un caractère sensationnel et conjoncturel.

En effet, pour les acteurs de terrain que nous sommes, il ne s'agit pas d'un phénomène extraordinaire, mais plutôt de la conséquence des carences structurelles de notre système sanitaire et social.

L'aléa climatique, dont personne ne peut être tenu responsable, n'a fait qu'éclairer sous un jour plus flagrant ces carences.

Le constat le plus frappant est que les structures les mieux dotées d'un point de vue sanitaire, à savoir les hôpitaux et les maisons de retraite, sont celles où les décès ont été les plus nombreux.

Ce paradoxe met en évidence le manque criant de moyen dont sont victimes ces structures, notamment en termes humains. Malgré le dévouement extraordinaire des équipes soignantes, la catastrophe n'a pu être évitée. Les effets dévastateurs de la politique du *numerus clausus* en faculté de médecine et en école d'infirmière sont à présent bien palpables. Conjugués à la mise en place complexe et hasardeuse des 35 heures à l'hôpital, à l'attente de signature de plusieurs centaines de conventions tripartites, le cocktail s'est révélé pour le moins explosif.

Il va sans dire que la résolution de ces problèmes sera longue (3 ans pour former une infirmière et au moins 7 pour un médecin) et coûteuse, d'autant que le contexte économique n'est guère favorable.

Le second constat qui peut être fait après cette catastrophe sanitaire est que dans leur très grande majorité, les personnes suivies par des services d'aide à domicile et/ou des SSIAD n'ont pas connu de surmortalité particulière. Cela démontre s'il en était besoin l'efficacité de ses services, notamment pour rompre les situations d'isolement social et pour mener une action préventive. A titre d'exemple, l'ADPAH de Vienne n'a pas eu à déplorer de décès directement liés à la canicule parmi les personnes qu'elle aide. Comme le confirme la mission d'expertise mise en place le 19 août 2003 à la demande du Ministre de la santé, « les professionnels des aides et soins à domicile se sont mobilisés en renforçant leur présence auprès de leurs personnes âgées ».

Notons au passage que le coût de ses services est largement inférieur à une hospitalisation ou à un séjour en maison de retraite.

Toutefois, sur 11,5 millions de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, un tiers sont seules. La permanence dans notre société de l'isolement social des personnes âgées reflète la faiblesse des politiques sociales menées depuis des années face au vieillissement de la population : manque d'information parcours du combattant pour établir un dossier, manque de places, réticences des financeurs, etc.

Aussi, il est grand temps de construire une vraie politique du vieillissement, d'autant que les données démographiques disponibles montrent que notre pays va se trouver très rapidement confronté à une accélération considérable du vieillissement de la population.

Cette politique pourrait s'articuler autour des quelques grands axes suivants :

- Tous dispositifs d'intervention confondus, doubler en 5 ans le nombre de personnes âgées prises en charge à domicile par des actions d'aides à la vie quotidienne et de soins infirmiers.

- Mener un effort massif et durable en matière de prévention. Les personnes classées en GIR 5 et 6 ont, elles aussi, besoin d'être informées stimulées, aidées, soignées.

- Mettre en place des indicateurs d'alerte, notamment climatiques comme cela est fait aux Etats Unis depuis 1995.

- Coordonner, unifier et inscrire dans une démarche commune et partagée l'ensemble des dispositifs existants quels que soient leur financeur, pour créer une véritable prestation universelle, inscrite dans le régime de protection sociale. Cette prestation Autonomie pour toutes les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) serait reconnue comme un 5ème risque social, dans le cadre d'une branche indépendante. Compte tenu des ordres de grandeur que l'on peut estimer, certes approximativement, pour cette prestation (au moins 10 milliards d'Euro par an), son financement doit être assis sur un effort supplémentaire de la nation. La meilleure solution semble résider dans une augmentation de la CSG.

- Plus près de nous, publier et appliquer le décret tarifaire de la loi du 2 janvier 2002, et mettre en œuvre le Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile, dont le montant n'est toujours pas déterminé bien que celui-ci soit fixé par la loi

Ce vieillissement de la France, en tant que transformation de la société, appelle une réponse de société, c'est à dire une réponse responsable, réaliste et courageuse.

Celle-ci doit néanmoins être rapide, car l'hiver 2004 approche et les inquiétudes sont très fortes.

Jérôme FOURCADE

Directeur

FEHAP

Réf : Dir/GR/DD/2003/385

Paris, 17 septembre 2003

Monsieur D. JACQUAT
Président de la mission parlementaire canicule
Commission des Affaires Culturelles, Sociales et Familiales

Assemblée Nationale
Casier de la Poste, Palais Bourbon

75355 PARIS 07 SP

Monsieur le Président,

Suite à l'audition que vous avez bien voulu accorder à la FEHAP le mardi 16 septembre 2003 dans le cadre de la mission parlementaire relative à la canicule, j'ai l'honneur de vous transmettre, ainsi que vous le souhaitiez, un condensé des principales positions de notre Fédération.

1°) S'agissant du plan de médicalisation des EHPAD, il s'avère aujourd'hui au niveau de son financement, insuffisant et inéquitable. Insuffisant puisque 80 % des établissements après trois années de ce plan n'ont pas été bénéficiaires de ces crédits ; inéquitable pour les résidents de ces établissements qui ne peuvent bénéficier en conséquence des mêmes services attendus.

Il est donc indispensable et urgent que de nouvelles mesures de financement, y compris progressives, bénéficient à l'ensemble des établissements et ce, de façon simultanée. La fixation de ratios minimum de personnels soignants (0.45 soignant par lit), permettrait de déterminer les besoins urgents de chaque établissement en fonction de sa situation réelle en personnel soignant et du niveau de dépendance des personnes accueillies.

2°) La création d'établissements et de services de soins à domicile pour les personnes âgées doit s'attacher à répondre aux besoins croissants de cette population compte tenu des données démographiques clairement établies. Il est donc indispensable d'abandonner les critères ayant prévalu ces dernières années qui considéraient que les seuls véritables besoins étaient ceux qui étaient finançables.

Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif

179, rue de Lourmel - 75015 PARIS
Tél. : 01.53.98.95.00 Fax : 01.53.98.95.02
3617 FEHAP www.fehap.fr

La FEHAP attend des pouvoirs publics qu'un véritable plan quinquennal de création soit arrêté par le Gouvernement et les Conseils Généraux au vu des besoins des personnes âgées et avec les financements correspondants.

3°) Sur le court et moyen termes, le nécessaire renforcement des effectifs de personnels des EHPAD et des SSIAD passe par des créations urgentes de postes de personnels soignants qualifiés.

Dans ce cadre, un effort exceptionnel par son ampleur doit être engagé de promotion professionnelle de plusieurs dizaines de milliers de personnels actuellement en fonction en s'appuyant notamment sur la validation des acquis et de l'expérience. Une telle démarche qui met en évidence les compétences réelles des personnels peu ou pas qualifiés et leur forte motivation dans ce secteur d'activité, se heurte généralement à une très faible prise en compte de la validation des acquis dans les formations d'infirmiers, d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques. La FEHAP demande à Monsieur le Ministre du Travail une intervention décisive pour lever ces difficultés.

4°) Enfin, sur le moyen et long termes, la FEHAP estime que la prise en compte des besoins croissants du groupe de personnes âgées dépendantes doit, compte tenu de leur ampleur financière, être garantie par la solidarité nationale. Aussi la FEHAP demande l'ouverture d'une réflexion sur la création dans le cadre de la sécurité sociale, organe majeur de la solidarité nationale, d'un 5e risque vieillesse au même titre que la maladie ou la famille. Une approche commune avec les travaux actuels du secteur des personnes handicapées permettrait une meilleure cohérence de la prise en charge du handicap ou de la dépendance par suppression de la barrière d'âge des 60 ans.

5°) Les quarante millions d'euros de crédits d'urgence annoncés par Monsieur FILLON ne peuvent être perçus par la FEHAP que comme un acompte de la part du gouvernement (ces crédits correspondent à moins de 1 200 ETP France entière soit, en moyenne, un salarié pour 3 établissements) avant la mise en place du plan "vieillissement et solidarités" et des financements qui l'accompagneront.

S'agissant de l'enquête diligentée par la FEHAP auprès de ses adhérents le 19 août 2003, destinée à appréhender les conséquences de la canicule dans les établissements pour personnes âgées et les services de soins à domicile adhérents de notre Fédération, les résultats consolidés vous seront adressés d'ici une quinzaine de jours

Je vous prie d'agréer, **Monsieur le Président**, l'expression de mes salutations distinguées. et cordiales

Le Directeur Général :

Le Directeur Général
G. RIFFARD

Fédération Hospitalière de France / Pôle Vieillesse-Handicap et Santé Mentale / David Causse & Murielle Jamot / 17 septembre 2003t

Note à l'attention de la Mission d'Information Parlementaire « canicule », Suite à l'audition de la Fédération Hospitalière de France le mardi 16 septembre 2003.

Pour rappel : La FHF rassemble les établissements publics de santé comme les établissements publics sociaux et médico-sociaux, soit au total 2.200 établissements représentant pour le secteur des personnes âgées :

- 180.000 lits d'hébergement rattachés aux hôpitaux publics,
- 100.000 lits de maisons de retraite publiques autonomes
- et 10.000 places de services de soins infirmiers à domicile.

1. **Les éléments de réponse aux questions posées par les parlementaires, appelant une réponse écrite selon la demande de Monsieur Denis Jacquat, Président :**

   - **Les suites de la crise estivale (Mme Genisson) :**

   Les éléments d'information apportés par les adhérents nous indiquent que les chiffres de surmortalité établis par l'INVS, au titre des cas d'hyperthermie pour la période du 1er au 15 août, dans un rapport qui n'est que d'étape, ne peuvent encore apporter une juste mesure de la crise et de ses suites :

   - Selon les spécialistes, les situations de déshydratation sévères, en dépit de soins intensifs et appropriés, se traduisent par des affaiblissements et des décès pour près de la moitié des personnes frappées par le coup de chaleur. La phase de réhydratation n'est pas exempte de risques (oedèmes pulmonaires notamment), et le bilan véritable ne pourra être connu que sur une période courant jusqu'au 15 septembre.
   - La notion de « décès anticipés » ne paraît pas en mesure de décrire fidèlement les évènements et ses conséquences, outre le fait que la condition humaine rend cette expression bien discutable, quel que soit l'âge des personnes concernées. Au-delà, la notion de « décès anticipés » résulte d'une vision statique et non dynamique de la situation, dans laquelle les flux de nouvelles personnes vulnérables sont marqués par le phénomène de progression démographique et de la pandémie Alzheimer (confer infra) : Un grand nombre de personnes qui ne sont pas décédées, à domicile ou en établissement, ont vu leur état de santé comme leur autonomie se dégrader : des retours à domicile ne sont plus possibles faute d'un accompagnement soignant avec une place en SSIAD, parfois bien difficile à obtenir compte-tenu des délais d'attente pré-existants à la crise. D'autres personnes nécessitent une admission en établissement d'hébergement et, contrairement à une idée trop rapide, le nombre de places libres en établissement ne s'est pas accru du fait de la surmortalité. La situation est très différente selon les départements : des places libres dans le Val d'Oise par exemple, mais très peu dans la Vienne ou encore dans l'Ardèche. Une véritable appréciation des conséquences pourra résulter de l'analyse :
     - Des attributions d'APA en urgence comme des admissions à l'aide sociale,
     - Des réévaluations des plans d'aide,

- De l'accroissement des listes d'attente pour l'accès à une place en SSIAD ou en maison de retraite.

- **Les risques de publication de normes accrues sans financement (Mme Genisson) :**

La FHF partage l'appréciation de l'honorable parlementaire quant à la nécessité d'une « pause législative et réglementaire » quant à la publication de normes techniques ou de sécurité qui ne sont pas accompagnées de moyens de mise en œuvre appropriés. Cette précaution s'alimente de plusieurs arguments essentiels, selon la FHF :

i. Actuellement, 10% des établissements ne répondraient pas, selon une enquête sur échantillon de la DGAS, aux seules normes de sécurité incendie (sans prendre en compte en outre, les problèmes d'accessibilité),
ii. En l'état actuel de la réglementation et des financements, toute intervention sur le bâti se répercute sur la facture mensuelle des résidents, alors que leurs capacités contributives et celles des familles sont déjà trop fortement sollicitées : une facture mensuelle d'hébergement représente en moyenne, hors Ile de France où la situation est encore plus critique, une somme de 1.300 euros, alors que la pension de retraite moyenne se situe à 1.100 euros. Pour autant, ces factures expriment de bonnes performances économiques en termes hôteliers : dans un « Formule 1 » et sans coût alimentaire aucun, à la différence des maisons de retraite, la facture est de 1.300 euros mensuels,
iii. Si l'on considère les données relatives à la pandémie Alzheimer, à la date d'aujourd'hui : 1 personne hébergée sur 2 est affectée ; 300.000 personnes sont concernées à domicile, dont 25% vivant seules (certainement affectées plus encore par la canicule car peu réceptives aux messages de prudence). Il résulte de cette mise en perspective qu'au minimum, près d'un tiers du parc d'hébergement actuel n'est pas adapté et appelle des rénovations-restructurations.
iv. La proposition (ancienne) de la FHF pour faire progresser la situation sans affecter le portefeuille des résidents est de supprimer la taxe sur les salaires dans ces établissements. Le potentiel fiscal de cette mesure est de 160 millions d'euros, ce qui représente la faculté de financer un effort d'adaptation du bâti de 1,2 milliards d'euros.
v. La seule norme qui aurait lieu d'être érigée dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées, selon la FHF, est celle d'un ratio minimum d'encadrement qualifié. Si l'objectif à terme est d'atteindre le taux d'encadrement des foyers d'accueil médicalisés (0,8 agent par lit), dans un premier temps et d'ici 5 ans, la FHF propose que tous les établissements disposent minimalement d'une infirmière pour 9 résidents et d'une aide-soignante pour 5.

- **Les risques de résignation des professionnels du secteur personnes âgées (Mr Gremetz) :**

Le secteur professionnel est effectivement marqué par une culture de résignation à des moyens d'agir objectivement trop faibles, à la différence du secteur du handicap ou du secteur hospitalier. Un médecin qui s'indigne de l'insuffisance de ses moyens soignants ne s'invalide pas aux yeux des pouvoirs publics et de l'opinion ; il en va différemment d'un directeur de maison de retraite qui est beaucoup plus exposé à la disqualification, s'il dénonce la situation dans laquelle il exerce. C'est une des raisons qui ont conduit les principales organisations professionnelles du secteur, publiques, associatives et commerciales, à s'exprimer d'une seule voix les 18 mars et 18 juin dernier, pour demander que les arbitrages négatifs (non affectation de 103 millions d'euros planifiés, mais aussi , ce qui est moins connu, débasage des enveloppes de l'ondam 2002 servant de base aux enveloppes 2003 de 150 millions d'euros).

- **Le périmètre du 5ème risque projeté et les propositions précises de la FHF (Mr Gremetz) :**

La FHF est favorable à la création d'un cinquième risque pour la compensation des handicaps quel que soit l'âge des personnes qui en souffrent. Pour autant, il y a lieu selon elle de maintenir dans le cadre du PLFSS les 3 Ondam concernant le secteur des personnes âgées comme des personnes handicapées. En effet et pour des raisons de principe comme techniques :

i. Il ne semble pas constitutionnellement possible de faire des personnes âgées, comme des personnes handicapées des « assurés sociaux » différents des autres, de « seconde zone »,
ii. Il est des interventions soignantes les concernant qui relèvent actuellement aussi de l'enveloppe des soins de ville,
iii. Il est nécessaire d'établir un schéma pour les personnes âgées qui réponde à la nécessité d'une cohérence avec le champ du handicap comme dans le domaine du domicile.
iv. De ce fait et pour la FHF, il est souhaitable :
    1. de maintenir les ondam médico-sociales et des usld, tout en créant un cinquième risque,
    2. tout en élargissant leurs capacités de financer du temps soignant, médical, paramédical et de psychologues, en en retirant corrélativement le financement des aides-soignantes et des aides médico-pychologiques, soit 1,8 milliards d'euros qui seraient ainsi rendus disponibles pour recruter rapidement des vacations médicales, des infirmiers, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes et psychologues. Cette approche vaut également pour le domicile et pour le domaine du handicap,
    3. le 5ème risque de « compensation des handicaps quel que soit l'âge » qu'il y a lieu de créer selon elle, aurait donc la charge de financer aides soignantes et aides médico-psychologiques en totalité (et non seulement 30% soit un facteur de simplification), ainsi que les animateurs, auxiliaires de la vie sociale, éducateurs nécessaires. Ce périmètre de financement permettrait une diversification pluridisciplinaire des équipes. L'introduction de qualifications éligibles à la validation des acquis expérentiels comme à la formation en alternance qui doit être étendue aux

aides-soignantes permettrait de dépasser le dilemme entre le manque de financements et la pénurie de professionnels qualifiés : un établissement pourrait recruter « sur poste d'AS et d'AMP », de même qu'en qualité de « faisant fonction » d'auxiliaires de la vie sociale (DEAVS), des personnes qui ne disposent pas encore de ce titre mais pour lesquelles un programme de formation serait engagé contractuellement,

4. le droit à la compensation des handicaps, par les aides humaines et techniques, aurait lieu d'être établi comme un droit universel, à l'instar des droits à l'assurance-maladie, seules les dépenses d'hébergement donnant lieu à la prise en compte des ressources (unification des modes d'appréciation dans le cadre aujourd'hui séparé et inutilement complexe de l'APA et de l'aide sociale). Cette approche permettrait en outre de réduire corrélativement la charge des résidents et des familles (ticket modérateur APA).
5. la FHF ne se prononce pas sur le mode de gestion du cinquième risque à créer, qui peut être constitué sous la forme d'un fonds national, à l'instar du FAPA, mais aussi dans le cadre d'une branche existante de l'assurance-maladie (famille, par exemple). La politique de la famille dans notre pays est prioritairement définie par la tranche d'âge de 0 à 6 ans, ce qui limite fortement la portée de l'énoncé.

- **<u>L'appréciation des crédits d'urgence annoncés par le Ministre des Affaires Sociales (Mme Guinchard-Kunstler) :</u>**

La FHF avait demandé le déblocage rapide de moyens et salue cette annonce du Ministre des Affaires Sociales. Elle note toutefois qu'elle ne recouvre pas une évaluation exhaustive des surcoûts de fonctionnement hospitaliers et médico-sociaux liés à la canicule (compensation d'heures supplémentaires, mensualités de remplacement, coûts des solutés, brumisateurs, ventilateurs, etc.) . En l'état, elle ne concerne que les SSIAD et les maisons de retraite. D'autre part :

- Les réunions demandées par le Ministre le 2 septembre, dans chacun des départements sous l'égide conjointe du Préfet et du Président du Conseil Général et avec l'ensemble des acteurs hospitaliers et médico-sociaux, n'ont pu se tenir que très partiellement, compte tenu des délais de transmission et d'organisation ;
- Pour la FHF, l'annonce ministérielle en appelle donc d'autres, dès lors que l'évaluation exhaustive aura pu être menée.

- **<u>L'intégration des familles dans les établissements (Mme Guinchard-Kunstler) :</u>**

La FHF n'est pas encore en mesure d'apprécier si la période difficile liée à la crise s'est traduite par une participation accrue des familles à la vie des établissements, pendant et après. Dès le 26 août, la FHF a recommandé à l'ensemble de ses adhérents de tenir, dès que possible, des réunions avec les résidents, les familles et les personnels (assemblée générale, conseils

d'établissements exceptionnels, recueil de témoignages individuels et collectifs), afin :

i. De pouvoir faire le point sur la situation estivale et ses suites, de manière participative,
ii. De participer ainsi à l'élaboration des propositions de la FHF, largement diffusées dans son réseau d'établissements, pour critiques et suggestions,
iii. D'organiser un moment de parole partagée autour de cette situation très difficile dans les établissements, dans une logique également d'anamnèse cathartique : les images mortifères et morbides largement diffusées par les médias durant la période du mois d'août, si elles participent du devoir de vérité sur les évènements, comportent également des risques quant à :
    1. la vision que peuvent avoir les résidents et leurs familles du projet de vie dans les établissements,
    2. la motivation des personnels et l'attractivité professionnelle de ce secteur : ces dernières seront évidemment conditionnées pour l'avenir par la dimension des réponses concrètes apportées par les pouvoirs publics aux difficultés rencontrées, notamment en termes d'effectifs qui sont la première condition d'amélioration des conditions de travail de ce secteur,
    3. ce sont les raisons pour lesquelles la proposition de la FHF, partagée par la FEHAP, l'UHP, la FNCLCC, et peut-être bientôt par le comité d'entente des associations de personnes handicapées, d'ériger en « grande cause nationale » pour 2004 la valorisation des métiers hospitaliers et médico-sociaux auprès des jeunes générations, prend une grande importance. Ce projet qui n'a pas été retenu par les pouvoirs publics pour 2003 sera donc présenté à nouveau pour l'année 2004.

Dans le même esprit, la FHF a également proposé que tous les ans, puisse se tenir une « Conférence des Aînés » qui se tiendrait lors de la deuxième quinzaine de juin. Cette proposition a été rejointe par le CNRPA. Elle présenterait l'intérêt de (re)mobiliser tout un chacun sur le sort de nos aînés, avant la période estivale qui est toujours une période difficile. Le souvenir du drame estival de l'année 2003 viendrait ainsi entretenir de manière responsable et constructive les devoirs de chacun en termes tant de solidarités naturelles que de solidarité collective. Ces deux formes d'action n'ont en effet pas lieu d'être mises en opposition mais se confortent mutuellement (confer développement infra sur la maladie d'Alzheimer).

2. Les éléments complémentaires que la FHF souhaite apporter à l'information de la Mission parlementaire :

▫ La situation particulière des établissements d'hébergement rattachés à des établissements publics de santé :

Différentes remontées d'information des adhérents de la FHF soulignent que les établissements d'hébergement rattachés aux hôpitaux (long séjour, maisons

de retraite) ont bénéficié pendant cette période de la possibilité qu'ont eu leurs responsables de conforter les équipes des maisons de retraite, grâce aux équipes hospitalières voisines.
Cette réalité spécifique du secteur hospitalier vient souligner, s'il en était besoin, les difficultés liées aux manques de personnel dans le secteur médico-social d'hébergement des personnes âgées non rattaché, maisons de retraites publiques autonomes, comme celles de statut privé associatif et commercial.

- **Les conséquences à court et moyen terme de la pandémie Alzheimer :**

L'impact de la pandémie Alzheimer doit être pris en compte dans les évolutions à conduire : les études épidémiologiques (Paquid, Lobo) situent à 680.000 le nombre de personnes concernées actuellement, dont 270.000 en établissement. Sur les 300.000 personnes vivant à domicile, 25 % vivent seules, soit près de 80.000 personnes, ce qui donne la mesure des difficultés qui se présentent d'ores et déjà pour l'accès à une place en établissement d'hébergement.
Si les familles sont aidées véritablement, par la mise en place d'une aide aux aidants, l'accès à des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire, il est estimé que le moment de l'entrée en établissement peut être retardé de deux ans environ (étude de recherche clinique en cours).
Mais cette situation signifie

i. Que le programme de création de places alternatives à l'hébergement complet soit très largement amplifié, à l'aune des rythmes actuels (2.500 places annuelles nouvelle seulement),
ii. Que d'ici deux ans au plus tard, la recherche d'une place en hébergement complet va devenir un véritable enfer pour les familles, là où ce n'est pas encore le cas,
iii. Que notre pays est bien loi d'être prêt à faire face aux besoins qui se présenteront à moyen terme, si l'on prend en considération les projections 2010 de cette maladie en France, soit 840.000 personnes concernées.

Plan « vieillissement et solidarités » :
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 1 : Amélioration de la prévention, mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte tant au plan local que national

Les décès de l'été liés à la canicule ont mis en exergue l'absence d'un dispositif de veille et d'alerte dans le domaine social et médico-social pour les personnes âgées, tant au plan local que national. Tous les dispositifs d'alerte qui existent dans le champ sanitaire ont été mis en place dans le passé, tirant les enseignements de crises comparables (retraits de lots, signalement de matériels défectueux, etc...).

Il reste maintenant à construire un dispositif de veille et d'alerte opérant. La FHF souhaite que ce dispositif concerne toutes les personnes fragiles, à domicile et en établissement et pas seulement les personnes âgées. Elle propose de bâtir un dispositif de veille et d'alerte déclenchant « un plan personnes fragiles ».

Propositions de la FHF

- Au niveau local, la FHF propose qu'une circonscription d'action sociale communale ou intercommunale (commune, CCAS, CCIAS) soit retenue comme référence de base pour les dispositifs de veille et d'alerte à construire. La référence à la commune et au maire est simple et efficace pour la majorité des français, le département étant inadapté pour une connaissance suffisamment fine des situations individuelles. (le fichier des bénéficiaires de l'APA n'est pas suffisant pour identifier les personnes âgées ou handicapées fragilisées) : la période estivale l'a bien montré. En outre, les communes disposent des remontées des services d'état civil. Dans chacune des circonscriptions, un chargé de la veille « personnes fragiles » serait joignable en permanence pour recueillir les signalements provenant des professionnels en établissement et à domicile. On peut imaginer que dans chaque établissement comme dans chaque service d'aide à domicile, chacun des professionnels salariés ou libéraux intervenant auprès de personnes fragiles disposent d'une fiche type d'alerte avec un n°de fax auquel la renvoyer, à l'instar de ce qui existe déjà dans les domaines de la pharmacovigilance et de la matériovigilance. Il ferait alors ensuite remonter les informations à une agence nationale, qui elle même l'avertirait en cas d'alerte nationale ou régionale ou départementale.

- L'articulation de cette fonction nouvelle, avec celle de l'orientation en fonction des besoin des personnes (aide à domicile, soins à domicile, établissements d'hébergement et alternatifs, hôpitaux), grâce à la connaissance du tissu local et des capacités disponibles des différents acteurs, pourrait élargir la base d'action dudit bureau de veille. Bien entendu, cette démarche n'enlèverait rien aux mérites nombreux des CLIC existants : les CCASS ou CCIAS comme les Conseils Généraux pourraient, en confortant leur fonctionnement actuel, leur confier une délégation de mission (évaluation médico-sociale, orientation, alerte), comme cela a pu être mise en œuvre ici et là (CLIC de niveau 3 gérés par différentes institutions sanitaires et médico-sociales du département des Yvelines). L'important toutefois est que la responsabilité organisationnelle soit unique et clairement identifiée (Conseil Général (ou un GIP associant les DDASS de type « Agence Départementale des Handicaps » (quel que soit l'âge)) ; CCASS ou CCIAS), même si les modalités opérationnelles sont différentes et parfois déléguées, en fonction du contexte local ;

- Au niveau national, création d'une agence nationale, à l'instar de l'agence française de sécurité nationale des produits de santé (AFSSAPS) afin de permettre au niveau national :

➢ de recueillir et de repérer toutes les alertes en provenance des circonscriptions locales ;

➢ d'assembler, d'expertiser les remontées locales et de lancer, si besoin, en fonction des remontées précédentes, des alertes nationales, régionales ou départementales ;

➢ d'élaborer un plan d'urgence « personnes fragiles » et de le diffuser immédiatement en cas de besoin, en l'adaptant aux circonstances (coup de chaleur, mais aussi épidémies de grippe, etc..).

Cette agence ou ce bureau de veille « personnes fragiles » pourrait être rattachée à la Direction Générale de l'Action Sociale, qui a la charge des politiques sociales et médico-sociales en direction des populations fragiles concernées, en articulation autant que de besoin avec la Direction Générale de la Santé pour les expertises médicales nécessaires.

Contacts : David Causse, responsable du pôle vieillesse handicap : 06.74.49.87.45
Murielle Jamot, adjointe : 06.14.71.36.58
Virginie Vaillant, assistante : 01.44.06.84.43
Télécopie du Pôle : 01.44.06.84.58
Courriel du Pôle : v.vaillant@fhf.fr

Plan « vieillissement et solidarité » :
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 2 : Offre et qualité de l'hébergement collectif

La canicule a exacerbé, avec des conséquences particulièrement dramatiques, le retard d'adaptation de la société française et de son système sanitaire et social à la progression du nombre de personnes âgées et très âgées. Ont été pointés notamment, l'état de vétusté d'une partie du parc immobilier des établissements pour personnes âgées ainsi que l'inadaptation d'une partie des locaux à l'accueil et à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentées.

La FHF a proposé en mars dernier dans son « plan aînés 2010 », suite à un rendez-vous entre le Président Gérard Larcher et le Ministre, Hubert Falco, la création de 50 000 places d'hébergement supplémentaires. Hubert Falco a lui-même évoqué le 2 septembre un besoin de création de 40 000 places supplémentaires.

Comment d'une part engager et soutenir l'effort de création de places nécessaires, compte tenu des délais de réalisation et des moyens financiers nécessaires (600M€ pour le personnel soignant, 2,5 Mds d'€ pour les constructions, rénovations hors équipement) ?

Comment d'autre part organiser la rénovation du parc actuel, inadapté pour une large part ?

- 10 % des lits non conformes aux règles de sécurité (estimation minimale sur un échantillon d'établissement étudié par la DGAS) :

- 20% des établissements actuels seraient inadaptés aux besoins architecturaux spécifiques liés aux troubles Alzheimer et apparentés selon la DGAS. La FHF pense que ce chiffre de 20% est en-dessous de la réalité si on considère qu'au moins un résident sur deux en établissement souffre de troubles cognitifs ;

- sachant que les établissements médico-sociaux ont été exclus par le Gouvernement et le Parlement du bénéfice du FMES (plan Hôpital 2007) ;

- sachant que 100 % des coûts de rénovation (amortissement et frais financiers) portent actuellement sur des prix de journée qui sont déjà au niveau maximal de ce que les ressources des retraités permettent de financer (dépense moyenne de 1.200 euros mensuels, avec des retraites moyennes à 1.070 euros mensuels),

- sachant que les opérateurs publics adhérents de la FHF sont triplement pénalisés financièrement pour porter de nouveaux projets par :

- ☐ l'impossibilité d'un financement par le marché financier, à l'instar des groupes privés de statut commercial,

- ☐ le paiement de la taxe sur les salaires, à la différence des établissements adhérents de l'UNCCAS d'une part, et des établissements privés commerciaux d'autre part (soit 7 % en moyenne des coûts de personnel),

- ☐ la non-récupération de la TVA sur les investissements, à la différence des établissements adhérents de l'UNCCAS (accès au Fonds de Compensation) et des établissements privés de statut commercial,

- ☐ d'où une position préalable de demandeurs de subventions des opérateurs publics, qui joue au détriment de leurs projets et du calendrier de réalisation.

Propositions de la FHF :

- exonération ou modulation de la taxe sur les salaires dans les établissements d'hébergement pour organiser un auto-financement d'une large part des coûts. Il existe un précédent fiscal puisque bénéficient déjà de l'exonération, sans pour autant être à la TVA, les mêmes établissements lorsqu'ils sont gérés par les CCAS : il s'agirait donc aussi d'une mesure d'harmonisation. L'UNIOPSS et la FEHAP soutiennent la FHF dans cette position, qui a fait l'objet du dépôt au Sénat d'un amendement au PLF 2003 par Messieurs Gournac, Karoutchi et Murat, amendement retiré à la demande du gouvernement.

La « base fiscale » de cette mesure est d'environ 160 millions d'euros actuellement, pour les seuls établissements d'hébergement, et la mesure pourrait faire l'objet d'une modulation de taux, à défaut d'une exonération totale ou définitive. La mesure pourrait être ciblée dans le temps et dans son application, dans le cadre d'une contractualisation associant l'Etat, les collectivités territoriales concernées et les établissements concernés ;

- recourir à un financement de l'investissement grâce à des financements à des taux bonifiés de la Caisse des Dépôts et Consignation .

Contacts : David Causse, responsable du pôle vieillesse handicap : 06.74.49.87.45
Murielle Jamot, adjointe : 06.14.71.36.58
Virginie Vaillant, assistante : 01.44.06.84.43
Télécopie du Pôle : 01.44.06.84.58
Courriel du Pôle : v.vaillant@fhf.fr

Plan « vieillissement et solidarité » :
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 2 : Offre et qualité de l'hébergement collectif (addendum) :

Propositions de la FHF complémentaires à la fiche du 3 septembre 2003 :

- les échanges avec les adhérents de la FHF sur la « climatisation » des établissements : une majorité d'avis s'exprime en faveur de la climatisation ou du rafraîchissement d'air, selon une étude coûts/avantages/risques comparés des options techniques menée par le ministère, avec la réserve que certaines régions de France situées en altitude ne requièrent pas cet investissement
- les autres éléments complémentaires :
    - nombreux sont les adhérents qui nous font savoir que d'autres modalités moins coûteuses doivent pouvoir être mises en œuvre et financées : installation de volets, voire d'autres modalités d'occultation à défaut ; installation de douches complémentaires (parfois encore une seule douche non adaptée en termes d'accessibilité par étage) ;
    - le sévère déficit de places d'hébergement sur Paris intra-muros, les départements de Seine Saint Denis et des Yvelines est repéré comme une source majeure de difficultés pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs familles : des réservations foncières à l'occasion de restructurations immobilières doivent permettre de saisir toute occasion de créer des places.

Contacts : David Causse, responsable du pôle vieillesse handicap : 06.74.49.87.45
Murielle Jamot, adjointe : 06.14.71.36.58
Virginie Vaillant, assistante : 01.44.06.84.43
Télécopie du Pôle : 01.44.06.84.58
Courriel du Pôle : v.vaillant@fhf.fr