

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

Groupe 3 : vie à domicile : coordination des intervenants, besoin en structures d'alternatives à l'hébergement continué

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

Les échanges avec les adhérents et les partenaires de la FHF sur ce thème, amènent une accentuation des points 1 et 5 :

- sur le point 1 : il est indispensable que le nombre de places en SSIAD soit augmenté, et que des forfaits différenciés soient créés pour permettre de faire face aux coûts de prise en charge particulièrement coûteuses en soins infirmiers, mais cela ne doit pas se faire au détriment de la création de places en HAD. L'HAD correspond à un service de court ou moyen séjour à domicile alors que le SSIAD est une prise en charge sur le long terme, les deux services pouvant se suivre dans le temps. L'HAD peut déboucher sur une prise en charge par un SSIAD pour un maintien au domicile de la personne concernée. La FHF souhaite que les places d'HAD augmentent de manière significative et que certaines d'entre elles soient plus spécifiquement dédiées à la prise en charge de patients de court ou de moyen séjour gériatrique.
- Sur le point 5 : A l'effort d'information du grand public, la FHF propose que des consultations médicales, psychologiques et sociales puissent être proposées aux personnes âgées dans le cadre d'une prévention individuelle de la perte d'autonomie.

Contacts : David Cause, 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 personnes âgées ».
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 3 : Vie à domicile : coordination des intervenants, besoins en structures d'alternatives à l'hébergement continue

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. Tous les acteurs conviennent qu'une prise en charge de qualité des personnes âgées suppose non seulement une coordination des différents intervenants à domicile, mais également une articulation étroite entre domicile et établissements.

Propositions de la FHF :

La FHF rappelle que toutes ses propositions supposent à domicile comme en établissement, des dispositifs de solvabilisation suffisants et pérennes, qui ne reposent pas uniquement sur les personnes âgées et leur famille.

1) les services de soins à domicile

- Doublement du rythme des programmes actuels de création de places en services de soins infirmiers à domicile. L'accès à des places de SSIAD est très difficile en de nombreux points du territoire (plus de 6 mois pour obtenir une place en SSIAD sur la région Ile de France par exemple). Un plan d'ensemble visant le doublement des capacités actuelles sur 5 ans doit permettre de disposer d'une politique de maintien à domicile digne de ce nom. Pour doubler les 66.000 places actuelles sur une période de 5 ans, un financement pluriannuel de 1 milliard d'euros est nécessaire, compte-tenu de la nécessité corrélative d'augmenter les forfaits à la place, et de prévoir une différenciation pour des prises en charge particulièrement coûteuses (soins palliatifs, adultes lourdement handicapés), à défaut de laquelle des « effets d'éviction » se produisent (impossibilité d'accepter plusieurs cas lourds en même temps). La FHF insiste par ailleurs sur l'importance des SSIAD comme articulation entre l'hôpital et le domicile. Disposer de places de SSIAD en nombre suffisant permet de désengorger les services de moyens séjours et d'améliorer tout le fonctionnement de la filière gériatrique. Elle propose que chaque SSIAD signe une convention avec un établissement sanitaire et dispose de quelques places réservées à des sorties d'hospitalisation permettant une réadaptation de la personne à la vie au domicile.

- Sortie rapide du décret instaurant les services polyvalents d'aide et de soins à domicile afin de permettre une meilleure articulation entre service de maintien à domicile et SSIAD ;

- Nouvelle formule de financement des SSIAD. Le montant actuel des forfaits des SSIAD ne permet pas aux services d'assurer les coûts de certaines prises en charge, tels que l'accompagnement en fin de vie, le suivi de patients atteints de pathologies coûteuses en soins infirmiers, la prise en charge de handicaps lourds ainsi que le temps consacré par les professionnels libéraux pour la synthèse et la coordination. Pour y répondre, la FHF propose que soient mis en place des forfaits différenciés ;

- En situation d'urgence, que les préfets puissent autoriser les SSIAD à fonctionner hors quota afin de répondre aux besoins de personnes âgées.

2) L'hébergement temporaire et l'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

La FHF propose de d'accélérer le programme de création de places d'hébergement temporaire en doublant le nombre de places soit un montant de 40 millions d'euros pour la tranche 2004 (dont l'effet année pleine des créations 2003). Ces places permettent de soutenir les aidants naturels qui ont besoin de périodes de « répit » pour « tenir le coup et la distance », de même que les personnes âgées lors de périodes où elles sont plus faibles pour demeurer à domicile, mais avec la perspective de pouvoir y revenir.

3) La coordination gérontologique

- La question de la coordination est posée pour l'articulation efficace de formes très différentes de gestion et d'intervention dans les services d'aide : centres communaux d'action sociale (CCAS), services sociaux de la CNAV et des caisses complémentaires, services à domicile associatifs, services de soins à domicile associatifs et publics, centre locaux d'information et de coordination (CLIC), équipes médico-sociales du conseil général

gérant les demandes d'APA. La FHF estime que les communes et les CCAS, éventuellement sous une forme intercommunale, sont les mieux placés pour porter une structure de coordination des différents organismes dans une gestion de proximité.

- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent être incités à devenir des « plates-formes » de gestion. En effet, les places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour rattachées aux établissements d'hébergement sont, avec les SSIAD, le « trait d'union » indispensable entre la politique de maintien à domicile et les établissements d'hébergement. Cela peut permettre également aux établissements souvent de petite taille d'être en mesure de créer des postes à temps complet attractifs, partagés entre leur offre d'hébergement classique et leur interventions en lien avec le domicile. Dans ce cadre, la FHF a proposé à ses adhérents, dans le cadre de son « Plan aînés 2010 », le repère de plate-formes comportant 180 à 200 lits, bien évidemment sur plusieurs implantations différentes. Cette disposition permet par ailleurs de mieux répartir les coûts fixes de gestion administrative et technique qui pèsent, in fine, sur le tarif hébergement.

4) Adaptation du logement individuel aux personnes âgées

L'inadaptation de l'habitat et l'isolement se présentent à parts égales, autant que les motifs strictement médicaux, comme des obstacles à la politique de maintien à domicile. La FHF est engagée dans ces préoccupations d'ordre plus sociétales, dans le cadre d'une convention avec la Fédération des Pact-Arim, signée en mars 2003 et parrainée par M.H.Falco et Mme M.T. Boisseau.

Elle formule à ce sujet deux propositions :

- La création d'une incitation fiscale spécifique, sous la forme d'une réduction-crédit d'impôt à l'adaptation du logement permettant le maintien à domicile donnerait un ampleur plus large à ce processus d'adaptation des logements (500.000 logements inadaptés selon l'enquête HID, exploitée par ME Joel, Paris Dauphine). Cela bénéficierait tout autant aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées, tout en venant soutenir la demande dans deux domaines –le bâtiment et l'artisanat- particulièrement créateurs d'emplois.

- La rédaction de dispositions législatives d'ordre public s'imposant aux règlements de copropriété en vigueur qui retardent et parfois bloquent les aménagements des parties communes (entrées, ascenseurs, couloirs), en raison de règles de majorité, seraient également nécessaires.

5) Information et éducation du grand public

De même que la pédiatrie a émergé à la fin du siècle dernier, avec la prise de conscience, en médecine comme dans les autres sciences humaines que l'enfant n'est pas un adulte en réduction, la gérontologie et la gériatrie émergent progressivement depuis une quinzaine d'années.

La FHF propose le lancement d'une campagne nationale de communication à la télévision sur le vieillissement et les spécificités du sujet âgé. Des spots télévisés sur les spécificités du sujet âgé pourraient avoir un grand impact sur la solidarité en faveur de nos aînés et pallier la méconnaissance dont ils sont l'objet : les fragilités du sujet âgé et les conduites de prévention peuvent être expliquées (hydratation, dénutrition, ostéoporose, mémoire etc.). Ces spots pourraient également porter sur des thématiques non médicales (les liens inter-générationnels et leurs effets bénéfiques pour toutes les générations, le rapport au temps différent des personnes âgées, etc.).

Enfin, la tenue annuelle d'une Conférence des Aînés, évoquée également par le CNRPA, serait très bienvenue pour faire le point chaque année des actions engagées et de celles demeurant à conduire. Positionner cette Conférence au début de chaque été serait s'assurer de notre devoir de nous souvenir, pour alimenter notre obligation d'agir collectivement, et de faire évoluer la perception des personnes âgées par la population toute entière.

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 « Vieillesse et Solidarités » :
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 4 : Filières gériatriques, hospitalières sociales et médico-sociales. Evolution des métiers médicaux et médico-sociaux.

La Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 18 mars 2002 sur les filières gériatriques est très complète dans ses différents aspects, et a été largement saluée par la communauté professionnelle. Le diagnostic est donc posé et partagé, ce qui permet directement d'en envisager la mise en œuvre. Pour la FHF, la canicule et ses enseignements nous enjoignent d'accélérer le mouvement engagé sur plusieurs points.

1. Créer des services de gériatrie de court et moyen séjour dans tous les établissements sièges de SAU :

Il s'agit de permettre à tous les établissements de santé qui accueillent des urgences de disposer de services de gériatrie d'ici 5 ans (150 millions d'euros pour la tranche 2004) : un quart seulement des hôpitaux gérant des SAU bénéficient de services de gériatrie actuellement. Le rythme du plan gouvernemental de développement de la gériatrie qui a été engagé en 2002 et poursuivi en 2003 (50 millions d'euros annuels) doit être accéléré substantiellement, car à ce rythme, 15 années seraient nécessaires (enveloppe globale estimée à 750 millions d'euros). La FHF propose donc que le rythme de l'effort annuel soit triplé.

Le développement de ce type de services dans les établissements sièges de SAU est, sauf exception, très difficilement concevable par suppression-reconversion d'autres lits actifs, compte-tenu du fait que ces établissements sont ceux qui connaissent les niveaux d'activité les plus élevés dans les autres disciplines médicales et chirurgicales.

Cet axe de travail permettra d'engager corrélativement la création d'équipes mobiles de gériatrie, bénéficiant au services d'urgence comme aux autres spécialités, de même que le maillage du territoire en pôles ambulatoires d'évaluation et de diagnostic, à proximité des plateaux techniques, nécessaires notamment pour la détection et le traitement précoces de troubles cognitifs.

2. Prendre en compte la nécessité de disposer de services de moyen séjour, notamment gériatriques, dans la recomposition hospitalière des hôpitaux non gestionnaires de SAU :

La filière de soins gériatriques ne peut se limiter aux seuls établissements gestionnaires de SAU. La Circulaire du 28 mai 2003 souligne à juste titre la part qui peut être prise, dans le dispositif gradué à construire, par les hôpitaux locaux, mais cet enjeu de la recomposition hospitalière concerne également les centres hospitaliers.

L'analyse des situations pendant la canicule, telle qu'elle résulte des observations de terrain, montre qu'une bonne articulation entre les services aigus et les services de suite est essentielle pour éviter l'engorgement des services d'urgence et des lits d'aigus.

3. Reconsidérer, en la nuancant, la logique instaurée de transformation systématique des lits de long séjour en lits d'EHPAD, issue de la réforme de la tarification :

Cette proposition résulte de deux constats :

- 1) le fait que les USLD sont éligibles en qualité d'EPS au **Plan Hôpital 2007**, ce qui représente une opportunité de rénovation et de mise en conformité importante pour les résidents, et suppose que le statut sanitaire de l'USLD soit préservé.
- 2) l'intérêt d'appréhender la transformation des USLD dans le **contexte global du projet d'établissement ou du contrat d'objectifs et de moyens de l'EPS**, ce qui amène à considérer plus particulièrement :

a/ les personnes hébergées de moins de 60 ans : si le nombre accueilli dans l'USLD (comme dans la maison de retraite) est significatif, bien au-delà de situations ponctuelles, il y a lieu d'envisager :

➤ soit une évolution partielle de l'agrément en qualité de **Foyer d'Accueil Médicalisé** ou en **Maison d'Accueil Spécialisé** si la prise en charge et le profil des recrutements correspond à ce type de projet,

➤ soit la réservation de la possibilité géographique et fonctionnelle de créer une structure de type « **soins prolongés** », à proximité du plateau technique, dans les conditions posées par les textes de référence parus sur ce sujet (Circ. du 3 mai 2002, Instruction DHOS du 13 janvier 2003), lorsqu'il s'avère qu'une partie de l'USLD joue un rôle de « soins de suite de longue durée » (post-neurologie, post-traumatologie, etc.)

b/ la présence ou non d'une **filière de soins gériatriques** structurée au sein de l'EPS gestionnaires d'un SAU. Si l'EPS examine le devenir de l'USLD alors qu'il ne dispose pas de capacités d'accueil en court ou en moyen séjour gériatrique, il y a lieu d'en réserver les possibilités d'implantation géographique et fonctionnelle ultérieure à proximité du plateau technique, et de redimensionner en conséquence, le cas échéant, la capacité d'USLD transformée en EHPAD,

Seule une appréciation locale des situations permet de répondre de manière appropriée à ces différentes questions. C'est sans doute une des principales difficultés rencontrées par les pouvoirs publics, partagée pour sa part par la FHF, pour définir une position univoque sur le devenir des USLD, même si la plus large part doit pouvoir s'inscrire dans le statut d'EHPAD sans difficulté majeure.

4. Coordonner les interventions hospitalières, sociales et médico-sociales, dans le cadre de Groupements de Coopération Sanitaire, par bassin de vie (ordonnances de simplification) :

La création de groupements de coopération sanitaire qui peuvent bénéficier des concours d'établissements publics et privés, sanitaires et médico-sociaux, comme de professionnels libéraux offre un cadre juridique adapté pour :

- Initier une démarche de dispositifs gérontologiques coordonnés articulant les interventions sanitaires, sociales et médico-sociales, de même que libérales, par bassin de vie : l'organisation d'un dispositif de veille et de mobilisation suite à une alerte est un thème naturellement fédérateur qui peut se présenter comme le premier point de l'ordre du jour de ces travaux,
- Rassembler sur des profils de poste à temps plein, naturellement plus attractifs et pourvus plus durablement, des emplois qui demeurent à temps partiel s'ils demeurent inscrits séparément dans des structures distinctes (directeurs et gériatres, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières de coordination),
- Constituer des pharmacies à usage intérieur dont le bénéfice puisse être partagé par plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux, publics et privés,

5. Le cas particulier de la région parisienne et de l'AP-HP :

La restructuration et l'humanisation nécessaires des capacités de long séjour de l'AP-HP et des résidences du CAS-VP, qui se traduisent par une réduction quantitative conséquente de l'offre d'hébergement sur Paris et la couronne, appellent une réflexion particulière.

Tant les coûts d'hébergement élevés, publics et privés, que la difficulté d'accéder à une place libre sur Paris et la proche banlieue se traduisent par un engorgement marqué des structures situées en aval des services de court séjour : moyen séjour, lits d'hébergement.

Une politique menée de manière concertée par les collectivités locales et l'Etat de création de lits d'hébergement nouveaux doit prendre plus particulièrement cette région en considération, avec des réservations foncières pour ce faire.

6. Professionnaliser les interventions médicales et paramédicales :

Il y a lieu de mieux reconnaître les personnels médicaux et paramédicaux exerçant auprès des personnes âgées dans les hôpitaux et maisons de retraite (évaluation DHOS à réaliser) : une majoration salariale pour une affectation dans les services d'urgences d'une part, et auprès des personnes âgées d'autre part, doit être envisagée, au-delà de la bonification actuelle, ou d'une prime ponctuelle. Celles qui existent actuellement ne sont pas suffisantes pour être d'un impact significatif dans les choix d'exercice. Dans les services de gériatrie comme dans les maisons de retraite, cette mesure peut être présentée comme une « discrimination positive » pour compenser le « déficit d'image » malheureusement associé aux affectations auprès des personnes âgées. Pour être effective et efficiente, cette mesure incitative peut être associée à une démarche de qualification en gérontologie de personnels infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques. Elle permettrait de situer les agents ainsi professionnalisés comme des « référents », sans constituer une spécialisation paramédicale à part entière, trop lourde à mettre en place. Plusieurs diplômes d'université (DU) existent et permettraient de mettre en place ce dispositif rapidement, sur la base des évaluations financières qui doivent être menées par la DHOS sur ce point,

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 personnes âgées » :
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 5 : GRH, formation et validation des acquis, taux d'encadrement, attractivité des métiers

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. Tous les acteurs conviennent qu'une prise en charge de qualité des personnes âgées repose sur des personnels en nombre suffisant et bien formés. Cela suppose que les métiers de la gérontologie soient attractifs.

Propositions de la FHF :

1) Améliorer le taux d'encadrement dans les établissements pour personnes âgées

Aujourd'hui, le taux d'encadrement moyen dans les établissements pour personnes âgées est de 0,4 agent par lit alors qu'il est de 0,8 agents par lit en moyenne dans les foyers d'accueil médicalisés.

Or, les personnes âgées hébergées en établissement sont très dépendantes et présentent dans au moins la moitié des cas, de troubles de la mémoire et du comportement. Le GMP moyen en maison de retraite est de 600 ; il est de 850 en unités de soins de longue durée. La prise en charge des personnes âgées en établissement ne pourra réellement s'améliorer que par une augmentation du personnel soignant dans les établissements pour personnes âgées. Pour la FHF, l'objectif à terme dans le secteur personnes âgées est de rejoindre le niveau de l'encadrement du secteur du handicap. La FHF propose pour ce faire, que dans un premier temps, un plan quinquennal de remise à niveau soit mis en place pour atteindre à minima les ratios suivants :

➤ une infirmière pour 9 résidents et une aide-soignante pour 5 résidents d'ici 5 ans (1 IDE pour 9.000 points GIR, 1 AS pour 4.000 points GIR),

➤ soit la création sur 5 ans de 53.000 agents soignants auprès des 500.000 personnes âgées dépendantes (Gir 1 à 4), soit 2 milliards d'euros sur 5 années, pour élargir l'effectif actuel de 96.000 soignants en établissement

2) formation des professionnels en gérontologie

➤ former rapidement 100 000 aides-soignants (AS) ou aides-médico-psychologiques (AMP) ; Un vivier important de jeunes gens se trouvent dans les formations BEP soit sanitaire et social, soit employé de collectivité. Certains d'entre eux pourraient accéder directement à des formations diplômantes, tandis que d'autres pourraient être, dans un premier temps orientés dans des formations conduisant au DEAVS, puis bénéficier d'une promotion par la VAE après par exemple 5 ans d'exercice sur le terrain et une formation qualifiante.

➤ développer la VAE pour accéder aux diplômes d'AS et d'AMP ;

➤ créer des formations en alternance d'AS à l'instar de la formation d'AMP. Les établissements ou services, souvent de petite taille, ne peuvent pas envoyer du personnel en formation même s'ils disposent des crédits pour le faire parce qu'ils ne parviennent pas à trouver du personnel de remplacement. Les formations en alternance permettent de contourner cette difficulté ;

Ces professionnels pourraient apporter professionnalisme et dynamisme au bénéfice de la qualité de vie des personnes âgées, mais aussi des personnes handicapés, bien évidemment,

- reconnaître le DEAVS dans les fonctions publiques hospitalière et territoriale ;

- dans la fonction publique hospitalière, assurer au secteur médico-social les mêmes dispositifs de promotion et de formation professionnelle que dans le secteur sanitaire, tout en veillant à ne pas faire peser les coûts sur le prix payé par les résidents.

3) Valorisation des professionnels de la gérontologie

De manière générale, la FHF propose qu'une campagne de valorisation des métiers sanitaires et médico-sociaux puisse être retenue comme grande cause nationale en 2004 pour susciter des vocations chez les jeunes et par là même valoriser les personnels actuellement en fonction.

D'autres mesures pourraient être mises en place en fonction des différentes catégories de professionnels.

a) professions médicales

- amélioration du statut des médecins coordonnateurs :

- vis à vis de leurs confrères libéraux, avec la reconnaissance de l'exercice d'une « mission de service public », les mettant à l'abri de poursuites ordinaires du seul fait de leur position de coordination d'activités médicales libérales,
- vis à vis de leurs confrères hospitaliers, en leur attribuant un siège et qualités dans les Commissions Médicales d'Etablissement, lorsque les établissements d'hébergement sont rattachés à des hôpitaux.

- tenue, sous l'égide de l'ANAES, d'une conférence de consensus sur « les bonnes pratiques de prescription pour le sujet âgé à domicile et en établissement d'hébergement » ;

b) professions paramédicales

- une majoration salariale pour les infirmiers et aides-soignants/ AMP auprès des personnes âgées devrait être envisagée pour attirer ces professionnels vers la gérontologie. Cette majoration pourrait plus particulièrement intéresser des personnes qui ont déjà un peu d'ancienneté et qui aspirent à exercer plus de responsabilités, ce que leur offrira la gériatrie qui, comme la psychiatrie, est plus ouverte que la plupart des autres spécialités médicales sur la pluridisciplinarité et le respect des compétences de chacun. Cette disposition pourrait être associée au suivi d'une formation complémentaire en gérontologie, sans pour autant se constituer en spécialité du fait des rigidités d'exercice qui en découlent,

- Permettre aux établissements, quel que soit leur statut de créer des postes à temps partagé, afin qu'ils proposent des emplois à temps plein, plus attractifs pour les professionnels concernés et qu'ils puissent ainsi se doter de compétences qu'ils leur font encore trop souvent défaut : ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, ... Cela leur permettrait également de partager des pools de remplacement ;

- Suivre les choix d'exercice de la prochaine promotion d'infirmiers qui va sortir à la fin de l'année, suite à l'augmentation des quotas intervenue en Novembre 2000, pour identifier les services qui attirent le plus les anciens étudiants et remédier aux difficultés qui peuvent en résulter.

c) cadres de direction dans le secteur des personnes âgées

- De nombreux établissements publics pour personnes âgées sont sans directeurs ni candidats à ce poste depuis plusieurs années. Cette difficulté se traduit par des intérim multiples, pesant fortement sur les directeurs exerçant dans des zones rurales. Ces fonctions mériteraient d'être mieux reconnues sur le plan statutaire -les indemnités corrélatives étant trop faibles au regard des sujétions assumées- sachant que les DDASS ne donnent pas souvent le choix d'accepter ou non ces fonctions multiples en intérim. Cette reconnaissance pourrait être reliée au fait que les intérim qui durent et se « passent bien », permettent ensuite d'opérer les regroupements nécessaires dans de bonnes conditions. En effet, il serait souhaitable de procéder à des regroupements de gestion d'établissements afin d'éviter d'une part les tailles critiques d'établissements souvent trop faible et permettre le partage de professionnels qualifiés ainsi que d'équipements spécifiques (PUI par exemple).

- il est patent qu'une « culture d'établissement et de terrain » fait actuellement cruellement défaut au sein de la DGAS, en fort contraste avec la DGS ou la DHOS, qui ont développé un large « métissage professionnel » depuis plusieurs années. Il serait sans doute intéressant qu'à plusieurs niveaux dont peut-être celui de « conseiller technique du DGAS », soient recrutés un directeur d'établissement expérimenté.

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 « Vieillesse et Solidarités » :
Fiche de proposition de la Fédération Hospitalière de France

Groupe 6 : Modalités et sources de financement :

La FHF a compris de la réunion du 3 septembre que plusieurs questions ont été mises à l'ordre du jour des travaux de ce groupe :

- L'évaluation des besoins de financement d'un plan de mise à niveau des établissements et services pour personnes âgées :
- La simplification et l'accélération des modalités jugées trop complexes d'affectation de moyens soignants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées :
- Les modalités institutionnelles et macro-économiques de régulation du secteur de l'hébergement des personnes âgées, en relation avec la perspective de rapprochement avec le secteur du handicap, dans le cadre d'un cinquième risque :

I -L'évaluation des besoins de financement d'un plan de mise à niveau des établissements et services pour personnes âgées :

L'enseignement principal de la crise sanitaire estivale est que lorsque les personnes âgées se trouvent aux urgences, il est déjà trop tard pour un grand nombre d'entre elles. Agir en amont et élargir les solutions en aval est indispensable dans le cadre du plan d'ensemble à concevoir :

Agir en amont :

a) Renforcer les capacités de prise en charge des services de soins à domicile (200 millions d'euros annuels sur 5 ans) : L'accès à des places de SSIAD est très difficile en de nombreux points du territoire (plus de 6 mois pour obtenir une place en SSIAD sur la région Ile de France par exemple). Un plan d'ensemble visant le doublement des capacités actuelles sur 5 ans doit permettre de disposer d'une politique de maintien à domicile digne de ce nom. Pour doubler les 66.000 places actuelles sur une période de 5 ans, un financement pluriannuel de 1 milliard d'euros est nécessaire, considérant également la nécessité de réajuster le montant du forfait de soins et, sans doute de le différencier. Le montant actuel trop faible du forfait se traduit parfois par des « effets d'éviction » : dès que les patients pris en charge deviennent trop lourds, les SSIAD se voient tenus de « passer la main », ou de ne plus accepter de nouveaux cas coûteux ou lourds, leurs capacités de réponse étant dépassées (Rapport FHF sur les SSIAD, Août 2002). D'autre part, la perspective d'ouverture des SSIAD aux personnes handicapées appelle incontestablement la création de forfaits différenciés, compte tenu de la lourdeur de prise en charge de sujets à domiciles, avec des pertes d'autonomie et des pathologies très sévères.

b) Relancer et élargir le plan de médicalisation des maisons de retraite (lancement d'un programme pluriannuel de remise à niveau de base de 2 milliards d'euros sur 5 ans) : Le plan a été malheureusement ralenti en 2003, dans les arbitrages relatifs à l'Ondam pour 2003 : Or, sans personnel soignant, il a été impossible dans un grand nombre de maisons de retraite d'effectuer pendant la canicule les perfusions nécessaires aux personnes âgées les plus affaiblies qu'accueillent ces établissements. C'est un acte infirmier indispensable, sous contrôle médical étroit, lorsque les résidents sont trop affaiblis ou désorientés pour boire. Cette exigence spécifique liée à la canicule vaut pour bien d'autres problèmes de santé, et évitera des hospitalisations trop nombreuses, à la fois inutiles et iatrogènes.

L'objectif à terme doit être de disposer de ratios équivalents auprès des personnes âgées fragiles (0,4 actuellement en moyenne) que dans les établissements pour personnes handicapées (0,8 dans les foyers d'accueil médicalisés). C'est l'esprit de l'allocation du Chef de l'Etat le 21 août d'affirmer une solidarité égale en direction des personnes âgées ou handicapées. La convergence des établissements d'hébergement pour personnes âgées avec les établissements pour personnes handicapées est également la position de la FHF, mais le retard est très important et l'atteinte de cet objectif appelle une mise en œuvre échelonnée.

Selon les estimations de la FHF en 2002, une première tranche quinquennale de remise à niveau rapide doit permettre de parvenir à minima aux ratios :

- D'une Infirmière pour 9 résidents et d'une aide-soignante pour 5 résidents d'ici 5 ans** (1 Ide pour 9.000 points Gir, 1 AS pour 4.000 points Gir),

Soit la création sur 5 ans de 53.000 agents soignants auprès des 500.000 personnes âgées dépendantes (Gir 1 à 4), soit 2 milliards d'euros sur 5 années, pour élargir l'effectif actuel de 96.000 soignants.

c) accélérer le programme de création de places d'hébergement temporaire (40 millions d'euros pour la tranche 2004) : les places d'hébergement temporaire rattachées aux établissements d'hébergement sont, avec les SSIAD, le « trait d'union » indispensable entre la politique de maintien à domicile et les établissements d'hébergement : cela permet de soutenir les aidants naturels qui ont besoin de périodes de « répit » pour « tenir le coup et la distance », de même que les personnes âgées lors de périodes où elles sont plus faibles pour demeurer à domicile, mais avec la perspective qui demeure de pouvoir y revenir. La FHF propose de doubler le rythme du programme actuel (15 millions d'euros, auquel s'ajoutent l'effet année pleine des places créées en 2003).

La prévention en amont, à domicile comme en établissement d'hébergement, doit permettre de diminuer le recours aux urgences et leur engorgement par les personnes âgées, qui est chronique.

d) mettre en œuvre un plan de création d'ici 2010 de 50.000 places supplémentaires en hébergement complet :

Le coût en exploitation et en investissement d'un programme de création de places de cette ampleur appelle la programmation :

- 600 millions d'euros pour les budgets soins, au titre de l'assurance-maladie,
- 2,5 Mds d'€ pour les constructions, rénovations hors équipement

A cela s'ajoute la nécessité de considérer le point suivant, concernant les investissements :

e) L'engagement d'un plan de modernisation du parc d'hébergement existant, inadapté aux normes de sécurité à hauteur de 10% des lits (Etude DGAS sur un échantillon d'établissements, Sylviane Roger), et en décalage avec l'évolution de la population accueillie (troubles alzheimer qui représentent un résident sur 2 désormais).

- Les points d et e ci dessus amènent la FHF à renouveler ses propositions relatives à l'exonération de la taxe sur les salaires pour favoriser l'engagement accéléré des modernisations nécessaires, 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 (dépendance 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.

- L'exonération ou une modulation de la taxe sur les salaires dans les établissements d'hébergement peut permettre d'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 pour des études complémentaires.

La « base fiscale » de cette mesure est d'environ 160 millions d'euros actuellement, pour les seuls établissements d'hébergement pour personnes âgées, 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 .

Réagir efficacement en aval :

- ❑ **permettre à tous les établissements de santé qui accueillent des urgences de disposer de services de gériatrie d'ici 5 ans (150 millions d'euros annuels sur 5 ans):** un quart seulement des hôpitaux gérant des SAU bénéficient de services de gériatrie actuellement. Le rythme du plan gouvernemental de développement de la gériatrie qui a été engagé en 2002 et poursuivi en 2003 (50 millions d'euros annuels) doit être accéléré substantiellement, car à ce rythme, 15 années seraient nécessaires (enveloppe globale estimée à 750 millions d'euros) ! La FHF propose donc que l'effort annuel soit triplé.
- ❑ **mieux reconnaître les personnels médicaux et paramédicaux exerçant aux urgences et auprès des personnes âgées dans les hôpitaux et maisons de retraite (évaluation DHOS à réaliser)**

II - La simplification et l'accélération des modalités jugées trop complexes d'affectation de moyens soignants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées :

François Fillon, Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de l'Emploi, a clairement précisé lors de la réunion de concertation du 3 septembre 2003, sa ferme intention de mettre fin aux modalités actuelles d'allocation des moyens soignants nouveaux, sous la forme de conventions tripartites, au regard de leur complexité et de leur lenteur constatées.

Même si cette difficulté s'est signalée de manière très différente selon les DDASS et Conseils Généraux, il y a lieu de prendre acte de cette orientation du travail à mener. Pour la FHF, outre l'insuffisance de financement en 2003 et les modifications « en cours de route » des conditions du conventionnement tripartite (médicaments, mise en œuvre de la RTT dans le secteur public au 1.01.02), trois mécanismes sont à l'origine, pour l'essentiel, des difficultés rencontrées :

- le fait d'avoir partagé entre deux budgets et deux autorités tarifaires différents le coût des aides-soignants et des aides médico-psychologiques, comme celui de certaines charges,
- le fait que la signature de trois parties prenantes soit nécessaire au conventionnement est la source de blocages et des lenteurs reprochées au dispositif actuel : le mécanisme de signatures « conditionnées à d'autres » n'est pas favorable à l'objectif visé d'une allocation efficace et rapide des ressources permettant le renforcement des moyens soignants des établissements, chacune des parties prenantes pouvant se renvoyer les responsabilités,
- le fait que les insuffisances de crédits ont conduit parfois à des allocations de ressources échelonnées sur plusieurs années, ce qui requiert des parties prenantes de renouveler la quasi-intégralité du travail originel sur plusieurs années consécutives.

De ce fait, il y a sans doute lieu d'envisager :

- le retour à une tarification binaire, distinguant les soins d'une part qui relèveraient toujours de l'Ondam médico-sociale personnes âgées et des services de soins de longue durée d'une part, la dépendance et l'hébergement d'autre part dans le cadre de la création d'un cinquième risque ;
- le budget soins comporterait le coût des personnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes), sans prendre en compte les aides-soignants. A l'inverse, elle comporterait le coût des psychologues cliniciens nécessaires à ces établissements, compte-tenu de l'évolution des pathologies accueillies (Alzheimer notamment), ce qui correspond d'autre part aux évolutions envisagées dans le cadre voisin de la psychiatrie (Mission Philippe Cléry-Melin : possibilité pour les psychologues d'effectuer des actes remboursés en ville, comme les autres professions libérales, sur indication médicale). Le transfert des aides-soignants et aides médico-psychologiques sur le secteur dépendance-hébergement affranchirait des ressources d'assurance-maladie permettant d'engager les embauches nécessaires de médecins, d'infirmiers et de psychologues. Dans le contexte actuel, la question des médicaments a lieu d'être réservée, le cadre actuel de leur prescription-dispensation dépassant largement la seule question de leur financement (position des médecins coordonnateurs

vis à vis de leurs confrères, listes de médicaments coûteux insusceptibles d'être intégrés dans les budgets actuels, révision des conditions d'implantation des pharmacies à usage intérieur, etc.) ;

➤ le budget dépendance-hébergement comporterait les autres coûts et les dépenses nouvelles d'aides-soignants et aides médico-psychologiques qui ont lieu d'être envisagées dans le cadre du fonds national nécessaire à la réalisation du 5^{ème} risque ;

➤ la dévolution des ressources d'assurance maladie à un établissement d'hébergement requerra toujours un mécanisme conventionnel, prévoyant des engagements réciproques, mais dans une relation bilatérale entre les Conseils Généraux et les établissements pour la simplifier et l'accélérer. Les Conseils généraux pourraient intervenir par délégation du Préfet, pour une enveloppe départementale de crédits d'assurance-maladie à l'instar aujourd'hui des DDASS, et disposer d'autre part de financements issus du fonds national constitué par le 5ème risque, réunissant ainsi sur leur signature, la complétude des éléments permettant une signature. Ce dispositif appellerait des garanties établies sur un plan national, dont notamment :

- la fixation de ratios planchers de personnels, qui devrait correspondre à la première étape de mise à niveau proposée par la FHF : 1 infirmière pour 9 résidents, 1 aide-soignante pour 5 résidents. L'exemple des pouponnières gérées par les Conseils Généraux, avec des niveaux d'encadrement très favorables, est l'exemple d'un secteur décentralisé avec des ratios planchers,
- la possibilité pour le Préfet de réformer les décisions prises par les Conseils généraux, dans une logique de substitution, lorsqu'elles ne seraient pas conformes aux textes en vigueur. Le comportement de certains départements concernant la mise en œuvre de l'APA, comme leur atonie et leur silence pendant la crise liée à la canicule, montrent que si la proximité doit être recherchée, elle ne doit pas être idéalisée,
- l'assurance pour les établissements ayant passé leur convention tripartite antérieurement aux nouvelles dispositions envisagées, d'un « droit au maintien » des ressources convenues conventionnellement. Cette assurance devrait être également apportée aux établissements non signataires à ce jour sur les bases des ratios représentant « l'objectif à terme » de la remise à niveau du secteur, soit 0,8 agents par lit toutes catégories comprises. Il n'est pas concevable par exemple que des Conseils Généraux puissent engager une logique de « redéploiement » des établissements ne disposant que de 0,4 ou 0,6 agents par lit, au motif que d'autres ne disposeraient que de 0,2 ou 0,3. Il y a lieu d'apporter ainsi l'assurance que le plan gouvernemental met en œuvre une logique d'aspiration vers le haut de l'ensemble des établissements.

Ce schéma qui peut paraître particulièrement hétérodoxe, au regard des habitudes de pensée issues de la réforme de la tarification, prend toute sa signification dans le contexte particulier :

- de la décentralisation et de la simplification administrative des procédures,
- et surtout, de la nécessité d'imaginer un schéma qui soit compatible avec les spécificités du domaine du handicap. Les français ne comprendraient pas qu'une réflexion de l'ampleur de celle voulue par le gouvernement, laisse subsister un clivage entre les personnes handicapées, jusqu'à 59 ans et 364 jours, et les personnes âgées dès 60 ans et 1 jour, dites alors dépendantes.

Si un mécanisme de réformation par le Préfet des décisions prises par le Conseil Général, lorsqu'elles ne seraient pas conformes à l'application des textes et droits sociaux en vigueur, ne pouvait pas recueillir l'accord des pouvoirs publics, au titre de difficultés juridiques de mise en œuvre, il y aurait alors lieu d'identifier d'autres modalités de régulation, assurant l'égalité de traitement et le respect de la Loi sur l'ensemble du territoire. La situation des personnes fragiles n'autorise pas qu'au nom de la proximité, la Loi soit conjuguée plus à l'indicatif qu'à l'impératif. Dans cette logique, la création de Groupements d'Intérêt Public associant autour des DDASS et les Conseils Généraux, les parties prenantes de l'action auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, pourrait représenter une option de synthèse. Ces GIP pourraient ainsi se nommer « Agences Départementales des Handicaps » (quel que soit l'âge).

III Les modalités institutionnelles et macro-économiques de régulation du secteur de l'hébergement des personnes âgées, en relation avec la perspective de décloisonnement avec le secteur du handicap, dans le cadre de la création d'un cinquième risque :

Dans le contexte global de la décentralisation et de la réforme de l'Etat, la perspective ouverte par l'annonce par le Premier Ministre lors des Assises des Libertés Locales d'une décentralisation de la compétence « personnes âgées » et « personnes handicapées » au niveau des Conseils Généraux, a relancé le débat. Les compétences

considérées sont déjà très décentralisées et le parachèvement¹ éventuel de cette logique pose les 3 questions clés suivantes :

- La délégation d'une gestion de crédits d'assurance-maladie aux conseils généraux ?
- Pour les personnes à domicile et en établissement ? (le cloisonnement de la gestion de ces deux domaines n'est plus envisageable, sauf à connaître les graves inconvénients mesurés autrefois dans le domaine de la psychiatrie entre hospitalisation et soins ambulatoires)
- La question du cadre de gestion pouvant assurer à la fois l'égalité de traitement revendiquée par les usagers et les organisations professionnelles, et la péréquation fiscale et sociale indispensable à l'acceptation par les Conseils Généraux d'une gestion décentralisée².

En résumé et selon l'approche « 5^{ème} risque », la personne doit avoir droit à la compensation de son handicap ou de sa perte d'autonomie, quel que soit son âge. Sur cet énoncé global, une précaution s'impose d'emblée : cet abord décloisonné ne doit pas conduire à une assimilation des prises en charge en termes qualitatifs. Il n'est absolument pas souhaitable d'en déduire des raisonnements et des établissements « fourre tout », à l'instar des hospices d'autrefois et de triste mémoire. Il y a lieu de noter toutefois qu'il est parfaitement possible de financer sur des modalités proches des services très différenciés : Ainsi, l'Assurance Maladie finance avec des prélèvements semblables des prestations de soins très différentes, entre le court séjour et les soins de suite et de réadaptation, ou encore les soins ambulatoires en psychiatrie.

Quels schémas peuvent répondre au « cahier des charges » suivant ? :

Chaque personne handicapée, quel que soit son âge, et le choix de son mode de vie à domicile ou en établissement, doit pouvoir être aidée en fonction d'un projet de vie personnalisé. L'enjeu est que l'abord du domicile et des établissements soit conjoint d'une part, et que la décentralisation annoncée de l'action sociale et médico-sociale demeure inscrite dans un canevas national assurant une égalité de traitement sur le territoire.

Aujourd'hui :

Personnes âgées	Assurance maladie	dépendance	hébergement
Personnes handicapées	Assurance maladie	hébergement	

Il peut être constaté que dans ce schéma, le Conseil général et ses partenaires, pour le secteur personnes âgées se trouve devant deux questions :

- que peuvent assumer les personnes hébergées et leurs proches sur leurs ressources propres ?
- et quel montant doit être « mutualisé » dans son financement (APA et Aide Sociale) et traduit dans des budgets d'établissements ?
- les deux questions devant être abordées de deux manières distinctes (barèmes, règles juridiques d'application de l'APA et de l'aide sociale), pour les mêmes personnes dans les mêmes établissements.

Demain ? : le schéma en débat :

Personnes handicapées quel que soit l'âge	Assurance maladie pour les soins comme pour tout assuré social.	5 ^{ème} risque financé par la solidarité nationale pour compenser les incapacités quel que soit l'âge de survenance de celles-ci (aides techniques, aides humaines), avec une participation de l'intéressé sous conditions de ressources (hébergement).
---	---	--

Ainsi et selon cette hypothèse, demain :

- Le Conseil Général (ou un GIP associant les DDASS de type « Agence Départementale des Handicaps » (quel que soit l'âge) pourrait être le décideur mais pas le payeur, à l'instar de la position actuelle des DDASS sur les crédits d'assurance-maladie.

¹ A défaut duquel l'allocation du Premier Ministre s'arrêterait à la description de l'existant.

² Pour mémoire, l'Etat est le premier contribuable des départements. Sur 100 euros dépensés par un Conseil général, 10 proviennent de l'impôt local seulement, prélevés sur 50 % des électeurs... (Rapport de Pierre Méhaignerie. Avis de la Commission des Finances sur la réforme constitutionnelle concernant la décentralisation)

● Dans ce contexte, les Conseils Généraux (ou un GIP associant les DDASS de type « Agence Départementale des Handicaps » (quel que soit l'âge)) pourraient se voir déléguer la gestion de l'enveloppe soins sur la base de financements départementalisés *per capita et qualitatifs*, similaires dans leurs modalités de répartition à celles en vigueur entre DRASS et dans les Conférences Administratives Régionales associant les DRASS et les DDASS. La sécurisation financière et juridique du dispositif, du point de vue de l'administration centrale, pourrait appeler une délégation en première intention au Préfet, qui prendrait un arrêté dont il dispose des moyens juridiques de contrôle de la bonne application (imputation des financements à l'objet prévu, respect de l'enveloppe, etc.). Toutefois, la position actuelle très différenciée des DDASS ne permet pas en effet d'énoncer qu'elles aient été plus garantes d'une application équivalente des textes et des financements associés sur l'ensemble du territoire que les Conseils Généraux. Le mode contractuel de la délégation de compétence Etat / Conseil Général (ou un GIP associant les DDASS de type « Agence Départementale des Handicaps » (quel que soit l'âge)) permettrait de gérer cette composante du dispositif, pour le financement des établissements, ainsi que les dispositifs en relation directe avec les usagers (de type sites pour la vie autonome ou maisons départementales du handicap).

- Par ailleurs et pour le financement de la compensation des handicaps et de la perte d'autonomie, serait créé un 5^{ème} risque soit une 4^{ème} branche de Sécurité Sociale pour couvrir les incapacités, handicaps, dépendances quel que soit l'âge de leur survenance. Ce risque serait financé par la solidarité nationale sur la base de la sommation des bases actuelles de la compensation (ACTP, APA, etc.) et nécessairement complété sous des formes collectives à imaginer : C'est l'idée actuellement à l'étude de la suppression d'un jour férié. D'autres formes de financement sont concevables (mise en œuvre de participations journalières dans des structures actuellement totalement « gratuites » pour les usagers ou leurs parents : confier Instituts Médico-Educatifs). Cette nouvelle branche servirait à couvrir tous les surcoûts liés à la perte d'autonomie et aux handicaps dont témoigne, entre autres, le besoin de recourir à un hébergement collectif et qualifié, selon le principe de base qui serait affirmé du « choix du mode de vie » pour les personnes handicapées, quel que soit leur âge. Dans ce cas de figure, le mode de gestion par le Conseil Général demeurerait vis à vis des personnes concernées dans le registre de « l'ayant droit », à domicile ou en établissement. Dans ce contexte, la « menace » d'une « balkanisation du type PSD » lié à la décentralisation serait « canalisé » par le canevas national constitué par ce 5^{ème} risque.
- La mise en œuvre de la compensation serait portée par la solidarité nationale pour les aides techniques et les aides humaines, et sous conditions de ressources pour les frais d'hébergement, à la différence des financements de l'assurance-maladie qui ressortissent de « droits universels » et inconditionnels quant aux ressources. Le conseil général les gèrerait ainsi de manière à la fois distincte quant aux financements - les financements au titre des incapacités, handicaps et dépendance d'une part, et l'enveloppe soins d'autre part - mais conjointe du point de vue opérationnel des établissements ou des personnes âgées ou handicapées « ayant droits », leur assurant ainsi une unité de décision et de gestion, un « guichet unique » au quotidien, dans une logique de gestion de proximité.

La commission nationale handicap comme la commission nationale personnes âgées de la FHF ont mis à l'étude ce schéma dès le mois de Mai 2003 et cette idée prospective, ses aménagements et développements possibles ont fait l'objet d'un débat interne à la FHF, associant les animateurs départementaux et les collègues le souhaitant. En effet, là où les « positions historiques » de la FHF en dehors du contexte de la décentralisation, étaient plutôt orientées vers un rapprochement des charges et recettes des sections soins et dépendance pour le secteur personnes âgées, le schéma prospectif présenté et le rapprochement recherché avec le secteur du handicap, bien mieux doté en moyens financés par la solidarité nationale, affirmerait ainsi :

- l'importance d'un financement national des soins qui demeurerait spécifique au titre de l'Ondam d'une part, témoignant de la même qualité d'assuré social que pour tout un chacun des personnes âgées et handicapées,
- un financement associant les incapacités, handicaps, dépendance et hébergement d'autre part, au titre du financement individuel et collectif du « choix du mode de vie » et de la compensation,
- dans une gestion de proximité assurée par les conseils généraux, ou un GIP associant les DDASS de type « Agence Départementale des Handicaps » (quel que soit l'âge),
- visant une égalité de traitement, à difficultés égales, entre personnes âgées et handicapées,
- dans le cadre d'une politique d'intégration communautaire.

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-Fax: 01.44.06.84.58-Courriel : v.vaillant@fhf.fr

Plan « Vieillissement et Solidarités » :
Fiche de propositions de la Fédération Hospitalière de France

Groupe IV : Filières gériatriques, hospitalières sociales et médico-sociales. Evolution des métiers médicaux et médico-sociaux (addendum) :

Propositions de la FHF complémentaires à la fiche du 5 septembre 2003 :

- Les échanges avec les adhérents de la FHF et la concertation établie avec le Syndicat National de Gérontologie Clinique et la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie sur ce thème, amènent plusieurs accentuations et compléments de la fiche initiale de propositions sur les points suivants :
 - Le fait que sont nécessaires des services de médecine gériatrique aigüe capables de prendre le relais immédiat des urgences et hospitaliser directement les patients, hors passage aux urgences. Ces services n'ont pas l'ambition ni n'auront la capacité de prendre tous les patients âgés de l'hôpital, mais leur existence augmentera le niveau de compétence et la capacité de réponse gériatriques de l'établissement, des urgences comme des autres services de spécialité.
 - La nécessité de développer des consultations de gériatrie et d'hôpitaux de jour gériatriques, avec des missions de diagnostic, d'évaluation gérontologique et de réadaptation, se présentant comme des alternatives à l'hospitalisation.
 - Le fait que sont également nécessaires des services de soins de suite gériatriques en nombre suffisant, en aval et à proximité des lits de court séjour, dans l'établissement siège de SAU et dans les établissements voisins de soins généraux et hôpitaux locaux.
- Sur la nécessité de reconsidérer la logique de transformation systématique des lits de long séjour en EHPAD. Il est insisté notamment sur :
 - Les termes (appréciés) de la circulaire du 28 mai 2003 sur les hôpitaux locaux, et la nécessité pour nombre d'entre eux de se reconstituer une capacité d'accueil en lits de médecine,
 - Le grave manque de lits d'aval dans les établissements de soins généraux mis en évidence par la canicule, notamment pour des personnes âgées et dépendantes ET polypathologiques, montre le besoin de solutions d'hébergement durable suffisamment médicalisés,
 - Le fait que pendant la canicule, les établissements d'hébergement pour personnes âgées rattachés aux établissements publics de santé, ou au voisinage de services de long séjour, ont bénéficié de concours complémentaires de personnels de santé, qui ont préservé nombre de résidents.

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 5 : GRH, formation et validation des acquis, taux d'encadrement, attractivité des métiers

Précision de la FHF en complément à la fiche du 3 septembre 2003 :

Les échanges avec les adhérents de la FHF sur ce thème, amènent une accentuation du point 1. La FHF rappelle que la meilleure façon de rendre attractifs les métiers en gérontologie et de les valoriser est d'améliorer les conditions de travail, donc de rehausser les niveaux d'encadrement. Ainsi, la FHF précise que les ratios énoncés (1 infirmière pour 9 résidents (9000 points GIR) et une aide-soignante pour 5 résidents (4000 points GIR) d'ici 5 ans sont une première étape de remise à niveau des établissements les plus pauvres. A plus long terme, tous les établissements devraient bénéficier du niveau d'encadrement du secteur du handicap (0,8, voire 1 ETP par lit).

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