

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

Groupe 6 : Modalités et sources de financement (addendum) :

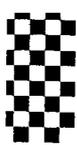
Propositions de la FHF complémentaires à la fiche du 8 septembre 2003 :

Les échanges avec les adhérents de la FHF sur ce thème, amènent les accentuations, compléments et précisions suivantes :

- Les ratios demandés par la FHF d'1 infirmière pour 9 résidents et d'1 AS pour 5 résidents doivent être entendus comme des ratios minima à atteindre d'ici 5 ans, ratios planchers, et en rien comme des ratios optima,
- Le ratio à atteindre à terme, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est de 0,8 (en global, à l'instar des foyers d'accueil médicalisé) : il résulte de cet énoncé que tous les établissements disposant de ratios d'encadrement d'un niveau inférieur doivent être considérés comme « créditeurs », susceptibles de recevoir des moyens complémentaires à court terme (les moins dotés étant prioritaires, comme ceux qui financent actuellement du temps soignant sur le tarif hébergement), ou dans la séquence suivante de médicalisation (pour atteindre 0,8 dans tous les établissements).
- Le financement par le cinquième risque des aides soignants, aides médico-psychologiques, éducateurs, animateurs, à domicile et en établissement, doit permettre :
 - D'affranchir ainsi sur l'Ondam personnes âgées et USLD les ressources actuellement affectées au financement des AS et AMP, ce qui ouvre corrélativement des possibilités de financement en lieu et place des postes nécessaires de médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues : selon la FHF, le crédit rendu disponible s'établirait ainsi à 1,8 milliard d'euros,
 - D'établir ainsi, dans le cadre du cinquième risque, les capacités d'apporter par des aides humaines et des aides techniques, la compensation des handicaps liés à la perte d'autonomie, seul l'hébergement étant assujéti à une condition de ressources (les recettes étant « traitées » comme recettes atténuatives d'une dotation globale de compensation des incapacités, versement globalisé d'une sommation de droits individuels) :
 - Soit le financement à 100 % des AS ou AMP existantes,
 - Le financement des AS, AMP et autres professionnels nécessaires, pour atteindre les ratios précités,
 - En permettant une évolution progressive vers des métiers moins inscrits dans la culture sanitaire (aides soignantes), pour une pluridisciplinarité plus forte avec des professions socio-éducatives plus représentées qu'aujourd'hui (AMP, éducateurs, animateurs, auxiliaires de la vie sociale)
 - D'établir ainsi, pour les résidents et leurs familles :
 - Une baisse immédiate et mécanique de leur facture mensuelle (diminution du ticket modérateur dépendance),

- Un droit à la compensation des handicaps quel que soit l'âge et le mode de vie (à domicile ou en établissement),
 - Dont les principes établis pour les personnes âgées en perte d'autonomie puissent convenir également aux enjeux portés dans le domaine du handicap et dont l'échéance est ultérieure (vote de la Loi d'Orientation).
- La décentralisation accrue dans le secteur médico-social suscite de fortes réserves pour plusieurs adhérents de la FHF :
- Au titre de la séparation institutionnelle du sanitaire et du social, entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (qui a à décider par exemple des implantations et du financement des structures de diagnostic et de soins pour les maladies d'Alzheimer) et les Conseils Généraux en charge des structures d'hébergement qui accueillent ces résidents-patients en forte proportion (près d'un résident sur deux) ;
 - Au titre des risques d'une gestion « subjective » de certains conseils généraux, marquée par des transgressions aux règles de droit, pour la mise en œuvre de l'APA par exemple, ou encore des préférences de gestion marquées en direction ici du secteur privé (Charente maritime par exemple), ou à l'inverse pour le secteur public (Haute-Vienne).
 - De ce fait, la FHF propose (ou réaffirme la nécessité) :
 - De dispositifs contractuels associant ARH et Conseils Généraux pour une bonne convergence des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, qui permettent de mettre en valeur des engagements réciproques « gagnant-gagnant » (SROSS, schémas départementaux) ;
 - Que les processus de délégation de gestion envisagés au bénéfice des Conseils Généraux par le gouvernement :
 - Consacrent le principe de « séparation du décideur et du payeur » pour l'échelon « déconcentré » du fonds national constitué pour la gestion du 5ème risque : le Conseil général (ou le GIP) se situe donc dans la gestion de proximité de plans d'aide individualisés pour des « ayants-droit », à domicile ou en établissement,
 - S'instaure dans une logique de Groupement d'Intérêt Public (Agence Départementale des Handicaps quel que soit l'âge), associant la compétence des Conseils Généraux, les services déconcentrés de l'Etat, les usagers du secteur personnes âgées et personnes handicapées, et des représentants des professionnels des deux secteurs.

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



01 44 06 84 44



COMMUNIQUE. Paris le 24 septembre 2003

Canicule : le plan d'action de la FHF

Suite à la crise sanitaire sans précédent liée à la canicule qui a touché notre pays cet été et provoqué une très importante surmortalité chez les personnes âgées, la Fédération Hospitalière de France a réuni un Conseil d'Administration exceptionnel le 24 septembre 2003.

En effet, tous les établissements et services adhérents à la FHF ont été particulièrement mobilisés par cette catastrophe, des hôpitaux aux Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) en passant par les maisons de retraite publiques, autonomes et rattachées aux centres hospitaliers..

Le constat suivant a été fait : tous les étés sont difficiles pour les personnes âgées à domicile et en établissement mais l'été 2003 a été particulièrement sévère, révélant des retards structurels très importants dans la prise en charge sanitaire et sociale de nos aînés :

- manque de places en SSIAD et en établissement, notamment pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,
- manque cruel de personnel dans les maisons de retraite, avec des ratios d'encadrement notoirement insuffisants,
- inadaptation d'une grande partie des locaux d'hébergement aux normes de sécurité et à la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs
- engorgement chronique des services d'urgence, faute de lits d'aval en nombre suffisant,

Pour autant, l'impact véritable de l'évolution démographique et de la pandémie liée à la maladie d'Alzheimer sont encore devant nous, imminentes et inéluctables : doublement du nombre de personnes de plus de 85 ans d'ici 2020, 110 000 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer par an.

Face à cette crise, la FHF propose un plan d'action global¹ portant sur les différents maillons de la prise en charge des personnes âgées. Ses 3 axes principaux sont les suivants :

- 1) **L'adaptation des structures aux enjeux démographiques et à la pandémie de la maladie d'Alzheimer** : Cet axe suppose un développement du soutien à domicile, avec un doublement du nombre de places de Services de Soins Infirmiers à Domicile. Cela appelle également une augmentation rapide de l'offre d'hébergement, à temps complet (50.000 lits) et à temps partiel (80.000 places). Une recomposition hospitalière en direction de la gériatrie est indispensable également, notamment avec la création de services de court séjour gériatrique dans l'ensemble des établissements sièges de SAU.

¹ Le détail des propositions est disponible sur le site de la FHF : www.fhf.fr.



- 2) **L'augmentation du nombre de professionnels qualifiés**, avec l'atteinte à 5 ans de ratios planchers dans les maisons de retraite d'une infirmière pour 9 résidents et d'une aide-soignante pour 5 résidents, dans une perspective d'ensemble de convergence avec le secteur du handicap, notamment les foyers d'accueil médicalisé (ratio global de 0,8 agent/lit). Cet objectif implique l'adaptation des modalités de qualification, en développant la formation en alternance, sur poste, et la validation des acquis de l'expérience.

- 3) **La réévaluation des financements collectifs** consacrés à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes âgées, dans le cadre de la création d'un 5^{ème} risque pour la compensation des handicaps quel que soit l'âge et le lieu de vie des personnes, à domicile ou en établissement d'hébergement. Ce nouveau risque regroupe la compensation des handicaps (ex-dépendance) et l'hébergement, avec une participation des intéressés sous condition de ressources. Les besoins de soins médicaux et paramédicaux de ces mêmes personnes, comme pour tout un chacun, doivent rester couverts, comme aujourd'hui par l'assurance maladie. La simplification des modalités d'allocation des ressources dans le secteur social et médico-social s'impose également, en s'appuyant sur des Conseils Généraux chefs de file de l'action gérontologique.

Enfin, le Conseil d'Administration de la FHF a décidé de recommander à l'ensemble de ses adhérents, dont les ratios d'encadrement sont situés en deçà des minima dans leurs structures d'hébergement, d'élaborer leurs propositions budgétaires sur cette base-plancher pour l'année 2004.

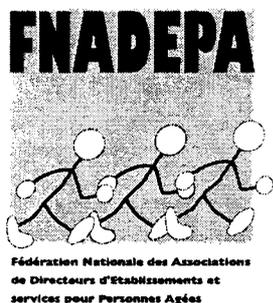
Gérard LARCHER, Président,

Gérard VINCENT, Délégué Général,

Contacts Presse :

Nicolas PEJU, 01.44.06.85.22

David CAUSSE et Murielle JAMOT, 01.44.06.84.43



Marseille le 19 septembre 2003

A l'intention de la mission CANICULE de l'Assemblée Nationale

1. Réponses aux questionnements des députés présents

Les suites de la canicule

Les adhérents de la FNADEPA notent une fragilisation importante des personnes en fin de vie et savent que d'autres décès vont intervenir dans les semaines à venir.

De nombreuses demandes sont parvenues dans les établissements - soit en hébergement définitif, soit en hébergement temporaire - et dans les services pour des prises en charge d'après hospitalisation. Les adhérents de la FNADEPA n'ayant pas, dans leur grande majorité, constaté de surmortalité importante, les places disponibles font cruellement défaut.

Les personnels, épuisés, demandent du répit et ne souhaitent pas accueillir aujourd'hui un nombre important de personnes en GIR 1 et 2. Le manque de moyens humains est encore plus douloureusement ressenti en ce moment.

Les 40 millions annoncés par François FILLION sont les bienvenus même si on peut se demander sur quels critères ils ont été définis, quels sont les départements qui vont en être dotés et comment les établissements et les services vont pouvoir en bénéficier ? Il semblerait que peu de Préfets aient mis en œuvre les réunions susceptibles de déterminer les plans d'urgence : dans plusieurs départements, ce sont des adhérents de la FNADEPA qui ont informé les Conseils généraux de la note envoyée en préfecture. En tout état de cause, l'enveloppe est notoirement insuffisante et très en déçà de nos attentes (250 millions d'euros).

Le respect des normes de sécurité

La FNADEPA regroupe 750 directeurs d'établissements et services pour personnes âgées dont 350 directeurs de logements foyers gérés par des CCAS.

Un nombre conséquent de ces structures n'est pas aux normes ni de sécurité incendie, ni d'accessibilité aux personnes handicapées. Certains directeurs ont réalisés des travaux de restructuration pour pouvoir signer la convention tripartite.

Ces opérations ont un coût financier très important, supporté exclusivement par les personnes âgées ou leur famille. Nombreux sont les responsables qui refusent le conventionnement pour cette raison. La FNADEPA souhaite des crédits d'Etat pour aider à prendre en charge au moins une partie du financement et alléger la facture présentée aux résidents. Laisser à côté de la réforme de la tarification un grand nombre de logements foyers au seul motif de la mise aux normes ne serait pas acceptable.

Le rapport GRUNSPAN faisait des suggestions intéressantes mais, malgré sa publication, après un embargo de plusieurs mois, il semble rester lettre morte. La FNADEPA souhaite que des réunions de travail soient enfin organisées pour l'avenir des logements foyers. Le projet de décret concernant les petites unités et les logements foyers ne règle aucun de leurs problèmes structurels.

Il serait urgent d'arrêter de publier des normes applicables aux établissements : HACCP, RABC, type J, etc. La multiplication de textes législatifs et réglementaires parfois contradictoire entament la motivation des équipes. Par contre, combien de décrets très attendus, ne paraissent pas (loi 2002-02 : droits des personnes) ? Le décret budgétaire et comptable, nécessaire, voire indispensable, aux directeurs pour préparer les budgets 2004 n'est toujours pas publié !

La résignation des professionnels

Elle est déjà importante ! Les 18 mars et 18 juin derniers, les professionnels, montrés du doigt suite au mouvement légitime contre la maltraitance, ont manifesté, pour la première fois solidairement, leur grand mécontentement : sans être entendus, une fois de plus. Difficile pour les directeurs de motiver les équipes sur une amélioration de la qualité des services offerts alors que les crédits annoncés sont brutalement supprimés.

L'attractivité des professions de la gérontologie, dans les établissements, est pénalisante, notamment dans la fonction publique territoriale. Les directeurs d'établissements pour personnes âgées, gérés par des CCAS, ne sont pas reconnus : il n'existe pas pour eux de cadre d'emplois ; ils exercent un vrai métier, souvent difficile, mais sans statut. Ils sont « attaché », « rédacteur », « infirmier » mais jamais « directeur d'établissement ». Le CNFPT, en collaboration avec la FNADEPA, a rédigé un référentiel métier et mis en place une formation qualifiante ; des directeurs ont passé le CAFDES ; ils possèdent des DESS ou des diplômes équivalents ; et restent, pour beaucoup, fonctionnaires de catégorie B. Recrutés sur des emplois spécifiques, ils n'ont aucune perspective de carrière ou de mutation. Il est remarquable que pour avoir des directeurs compétents, les maires soient contraints de recruter des contractuels !

Les personnels para-médicaux, aides soignants et infirmiers, fuient vers les secteurs hospitalier, associatif et commercial. La fonction publique territoriale ne fait pas confiance à l'Etat en matière de diplôme. Ces agents doivent obligatoirement être reçus à un concours, puis être inscrits sur la liste d'aptitude et enfin, si des places se libèrent, gagner un statut. Il est urgent de supprimer, pour eux comme pour tous les salariés dotés d'un diplôme d'Etat, les concours de la fonction publique territoriale.

Le périmètre du 5^{ème} risque

Vous trouverez ci-joint les positions de la FNADEPA prises dans le groupe de travail « financement » ; également, celles du groupe de travail « gestion des personnels ».

L'intégration des familles dans les établissements

Contrairement à une idée reçue, les familles n'abandonnent pas leurs « vieux » et restent bien présentes. En mars 1997, à Lyon, le congrès national de la FNADEPA avait pour thème « faut-il avoir peur des familles et des bénévoles ? ». L'amélioration de la qualité passe aussi par la définition d'une juste place des familles auprès des personnes âgées et dans les établissements. Il faut qu'elles soient intégrées à la vie de la structure en permanence ; le directeur ne peut pas faire appel à elles uniquement en cas de crise et s'étonner alors « de leur défaillance ». Dans les structures largement « ouvertes » toute l'année, familles et bénévoles n'ont pas hésité à aider pendant la canicule, comme ils le font en cas de grippe ou de gastro-entérite.

Lorsque les parents sont âgés de 95 ans, les « enfants » ont entre 70 et 75 ans. Ils sont parfois moins autonomes que leur mère ou père, et doivent parfois aussi soutenir leur enfants ou petits enfants. Il ne peut être exigé d'eux une implication plus grande dans les établissements. Améliorer la qualité, ce sera aussi former le personnel à travailler avec les familles.

Pour évoquer la canicule, des groupes de parole avec les familles ont été mis en œuvre dans les établissements disposant d'un psychologue. Là encore, les moyens humains sont indispensables.

Pour conclure, je vous livre une conversation récente avec un adhérent « *comment puis-je organiser des réunions du personnel pour faire l'auto-évaluation ANGELIQUE alors que, directeur d'une maison de retraite au GMP de 550, je dispose d'un ratio de 0,22 ?* ».

La FNADEPA vous remercie d'avoir pris le temps de l'auditionner et reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.



CLAUDY JARRY
PRESIDENT

II- PROPOSITIONS DE LA FNADEPA

1) Principe

* Pas de bouleversement dans l'architecture budgétaire de la réforme de la tarification : les 3 tarifs sont conservés avec leurs financeurs respectifs.

Au delà de la recherche de simplicité, il s'agit de gagner un temps précieux dans la mise en œuvre du dispositif et dans le déblocage des crédits l'accompagnant.

* La démarche qualité et la contractualisation doivent être conservées mais le dispositif de conventionnement doit être simplifié (moins consommateur d'énergie et plus lisible)

* Le 5^{ème} risque devra être une véritable 4^{ème} branche de la Sécurité Sociale assurant la dépendance même si le Département peut efficacement jouer un rôle dans le dispositif (proximité/connaissance des besoins locaux).

Une « gestion » ou une « liquidation » des prestations dépendance au niveau local doit pouvoir enrichir le dispositif sans jamais remettre en cause l'égalité des français face aux mécanismes de compensation de leur handicap.

Il ne peut y avoir d'assurance maladie à part ou de « seconde zone » pour les vieux qui conserveront leurs droits d'assurés sociaux.

L'équité entre tous les Français handicapés (jeunes ou vieux) sur le territoire doit être un principe fort.

2) Répartition par bloc tarifaire et financement

		HEBERGEMENT	DEPENDANCE	SOINS
Nature des coûts	P E R S O N N E L	<ul style="list-style-type: none"> - Cuisiniers - Personnel de direction et administratif - Homme d'entretien - Agents de service chargés du ménage des parties communes 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologues - Aides soignants et AMP - Animateurs du Service « Vie Sociale » - Conseillères en Economie Sociale et Familiale - Auxiliaires de vie DEAVS - Agents de service chargés de l'entretien du linge 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins/pharmaciens - Infirmiers Diplômés d'Etat - Auxiliaires médicaux
	A U T R E S		<ul style="list-style-type: none"> - Produits à usage unique - Amortissement et frais financiers des dépenses d'investissements pour : <ul style="list-style-type: none"> • mise aux normes de sécurité incendie • adaptation des locaux à de nouvelles problématiques de prise en charge (ex : adaptation architecturale à la prise en charge des personnes âgées psychiquement dépendantes, climatisation des locaux, domotique ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Médicaments (droit d'option) - Amortissement et frais financiers des investissements liés à la médicalisation de la structure : construction d'une pharmacie, lits électriques... - Petit matériel médical
Financeurs	Personne âgée ou aide sociale	5 ^{ème} risque	Assurance Maladie	
Autorité compétente	Président du Conseil Général	Préfet ou Président du Conseil Général	Préfet	

* Les charges de personnel AS et AMP sont affectées au bloc « dépendance » afin de mettre l'accent sur l'idée d'accompagnement. Ce choix traduit la volonté de la FNADEPA de donner un caractère plus social que sanitaire à la prise en charge.

* Suppression des dépenses à ventiler sur deux blocs faisant intervenir des co-financeurs :

➤ Simplification de l'organisation administrative et financière :

Une meilleure lisibilité de l'organisation budgétaire devrait permettre une compréhension plus aisée de la part de tous et en particulier des personnes âgées (ou leur famille).

➤ Suppression des blocages par un des co-financeurs :

Actuellement, si la DDASS ou le Conseil Général ne veulent ou peuvent financer la quote-part du salaire d'une aide soignante, le résident dépendant doit soit s'en passer ou attendre des jours meilleurs.

A minima, il s'agirait de gagner du temps par la suppression d'arbitrages parfois longs entre les co-financeurs.

☉ Malgré des allègements de charges au bénéfice de la personne âgée (animateur, lingère, coût de certains investissements - 66-68 - supportés par le bloc dépendance), cette dernière reste « un client » et donc un interlocuteur reconnu.

Remarques/Questions :

* Les nuits doivent être assurées par deux personnes: 1 AS/AMP + 1 Auxiliaire de vie. Les deux personnels sont affectés à 100% au bloc « dépendance »

* L'homme d'entretien doit-il être affecté au bloc « hébergement » ?
Une partie des prestations « lingerie » doit-elle revenir au bloc « hébergement » ?

En affectant l'homme d'entretien dans le bloc « hébergement » et les dépenses de lingerie au bloc « dépendance », il semble que le compte est bon !

→ Au delà de l'introduction de l'auxiliaire de vie (pont avec domicile et plus en phase avec la prise en charge du résident (GIR5-6) que l'agent de service), il peut apparaître judicieux d'enrichir la diversité des équipes par de nouveaux métiers tel que les Conseillères en Economie Sociale et Familiale (bloc « dépendance »).

→ Les investissements liés à l'évolution des caractéristiques de la population (dépendance psychique ou adaptation des logements foyers), l'installation de climatisation (dès lors qu'il ne s'agit plus d'un problème de confort mais de santé publique) ... ou la remise aux normes incendie, accessibilité... devront être financés par subventions et supportés en fonctionnement (66-68 : amortissements) par le bloc dépendance.

Les investissements liés au « confort » hôtelier, cadre de vie... pourraient être financés dans les mêmes conditions qu'actuellement.

→ Financer la RTT dans les établissements FPT pour une première remise à niveau des personnels soignants.

PROPOSITIONS DE LA FNADEPA

GROUPE 5 LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR DES PERSONNES AGEES

1) TAUX D'ENCADREMENT

- L'approche budgétaire et forfaitaire (DOMINIC + x%) de la problématique doit être abandonnée. Les notions d'encadrement et de ressources humaines apparaissent plus adaptées face aux besoins d'une population.
- Le fonctionnement de base des établissements est trop souvent un fonctionnement de crise. Seulement, la crise a connu avec la canicule son paroxysme ou plutôt un paroxysme ... un de ceux qu'une épidémie de grippe ou de gastro-entérite peut infliger aux établissements toute l'année.
- Il est impérieux de rechercher la convergence avec le secteur du handicap et notamment des structures de type Foyer Double Tarification soit 0.8 (les MAS bénéficient d'un ratio de 1.1 à 1.3). Le ratio de 0.8 en moyenne sera à pondérer en fonction du nombre de point GIR par établissement. Cet objectif sera à atteindre sur cinq ans et coûterait 6.8 milliards d'Euros (+0.4 (ratio) x 680 000 personnes accueillies en institution x 25 000 € (coût d'une aide soignante par an)). Cependant, des minima devront être respectés : il faut 2,31 IDE pour assurer une présence 365 jours par an, 10 heures par jour.

Cela aura en outre l'avantage de garantir le même niveau d'encadrement de la personne âgée quelque soit l'établissement dans lequel elle est hébergée : un haut niveau de GVT ou l'existence d'une taxe sur les salaires dans certaines structures ... ne viendront pas réduire la qualité des prestations par une compression mécanique des effectifs.

Ce ratio constitue une exigence absolue.

- Augmentation des ratios pour quoi faire ?
 - La qualité n'est pas une philosophie et ne peut se décliner en une série de bonnes intentions
 - Il s'agit très concrètement de disposer de :
 - quelques minutes supplémentaires pour accompagner la personne âgée dans ses déplacements (faute de quoi l'isolement menace), dans la prise des repas, au moment de la toilette...
 - deux personnels qualifiés de nuit
 - 1 ETP d'animatrice minimum par établissement

- Le personnel ne peut plus accepter l'inadmissible : 5 minutes pour la toilette ou 15 pour aider les résidents à prendre leurs repas...

Les directeurs ne peuvent plus mobiliser les équipes sur la base de promesses non tenues par les pouvoirs publics, ni leur parler de qualité sans encourir le ridicule, faute de disposer des moyens humains et des perspectives d'avenir nécessaire.

Le personnel ne peut plus travailler dans des conditions qui sont en contradiction avec les valeurs qui fondent leur métier.

Il n'accepte plus d'être montré du doigt ou de culpabiliser face aux problèmes de maltraitance. Chacun sait que la première cause de maltraitance est le manque de personnel structurel (bien au delà de la période caniculaire) dans les établissements.

2) FORMATION DU PERSONNEL

Les efforts sur les aspects quantitatifs doivent être doublés d'une volonté d'améliorer la professionnalisation des personnels.

Actions à mener :

- augmenter le nombre de place dans les organismes de formation,
- mobiliser des fonds spécifiques pour soutenir des plans de formation pluriannuels et ambitieux,

Les enveloppes doivent tenir compte des coûts d'enseignements mais aussi des charges de remplacement des personnels absents,

- augmenter dans les formations sanitaires et médico-sociales, la place réservée à la gérontologie (ou gériatrie) par des modules additionnels ou plus étoffés,
- créer une spécialité en gérontologie/gériatrie dans le cursus des infirmières diplômées d'Etat (à l'identique des puéricultrices et des anéthesistes). Au delà des aspects qualitatifs, cette disposition serait de nature à valoriser leur travail auprès des personnes âgées.

3) GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET COMPETENCES

Elle doit permettre aux établissements de définir les besoins futurs en terme de professionnalisation et à l'Etat d'activer les filières de formation.

4) VAE

Elle doit être activée en priorité aux CAFAS, CAFAMP et aux directeurs.

5) HOMOLOGATION DU CAFDES (cf courrier joint)

Attendue depuis si longtemps !

Le diplôme délivré par l'ENSP fait référence dans le secteur médico social. Il est inscrit dans le cahier des charges de la réforme de la tarification et devrait être confirmé comme la formation de référence par les décrets à paraître concernant la loi du 2 Janvier 2002.

Sans homologation, pas d'équivalence de diplôme !

6) PARITE ENTRE LES FONCTIONS PUBLIQUES

Dans une démarche d'amélioration de l'attractivité des métiers auprès des personnes âgées, la révision de la Fonction Publique Territoriale paraît être un passage obligé.

Au delà de la démarche entreprise par le ministre de la Fonction Publique, il paraît urgent :

➔ de supprimer sans délai les concours sur épreuves imposés aux auxiliaires de soins et infirmiers. L'Etat étant garant de la formation et du diplôme, le seul concours sur titre est suffisant !

➔ de garantir une prime à toute personne travaillant les dimanches et jours fériés et en particulier aux agents sociaux. Rien ne justifie qu'il en soit autrement car la contrainte est la même pour tous les professionnels.

➔ dans un contexte d'évolution de la dépendance en établissement, la mise en place d'astreintes pour les personnels soignants doit constituer une réponse efficace et sécurisante.

La fonction publique territoriale doit structurer et valoriser sa réponse à ses besoins grandissants.

➔ l'infirmière référente (cf réforme de la tarification) qui constitue un maillon important dans l'organisation hiérarchique, doit pouvoir bénéficier d'une formation adaptée et d'un statut valorisant dans la Fonction Publique Territoriale.

➔ L'absence, dans la Fonction Publique Territoriale, de cadre d'emplois pour les directeurs d'établissement pour personnes âgées est pénalisante en terme d'attractivité sur les postes (beaucoup sont vacants et pourvus par des contractuels) et injuriant à l'égard de professionnels responsables et engagés.

Il pourrait être procédé dans les meilleurs délais à :

- un examen professionnel
- un concours sur titre
- un concours réservé
- une généralisation du troisième concours dans la spécialité, gestion du secteur sanitaire et social.

Bien évidemment, nombre de directeurs en place, ne passeront pas le CAFDES, faute de temps, de moyens financiers et cependant les structures se transformeront en EHPAD, avec la même recommandation de formation des cadres que les autres.

En aucun cas, ces directeurs territoriaux ne doivent être bloqués dans leur situation administrative actuelle et la voie de la validation acquis professionnels, ainsi que la formation continue doivent pleinement jouer leurs rôles.

La conjugaison des deux dispositifs pourrait leur permettre de se présenter au même titre que les titulaires du CAFDES, aux différents examens professionnels ou concours faisant partie du dispositif d'intégration des directeurs territoriaux d'EHPA et d'EHPAD. Le référentiel métier et la formation qualifiante mis en place par le CNFPT, avec le concours de la FNADEPA, devraient s'insérer dans le dispositif.

La rénovation de la Fonction Publique en général doit permettre à la Fonction Publique Territoriale en particulier de créer une dynamique GRH nouvelle propre aux spécificités et attentes du secteur de la personne âgée.

La parité des fonctions publiques doit permettre la mobilité au sein de la Fonction Publique et ne doit plus en rester au stade des intentions.

Les personnels relevant de la Fonction Publique Territoriale doivent bénéficier des mêmes facilités d'accès à l'emploi que leurs « homologues » de la Fonction Publique Hospitalière.



CLAUDY JARRY
PRESIDENT

PROPOSITION DE LA FNADEPA

GRUPE 6 Modalités de financement... et définition d'un cadre administratif et financier
--

I – SITUATION ACTUELLE

	HEBERGEMENT G.E.C	DEPENDANCE D.D.S.R	SOINS					
			Soins de nursing	Soins techniques				
Nature des coûts	<ul style="list-style-type: none"> - Gîte et couvert - Entretien de base : <ul style="list-style-type: none"> ● des surfaces ● du linge - Administration générale - Veille de nuit (sécurité bâtiment) 	<ul style="list-style-type: none"> - Surcoût hôtelier - Entretien - Soins de base et relationnel 30% (AGEVQ) - Produit usage unique (incontinence) 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins de base et de nursing <p>70% des dépenses d'aide dans les gestes de la vie quotidienne (AGEVQ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soins infirmiers - Surveillance médicale (médecin coordonnateur) 				
				Option tarifaire				
				<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td align="center">Tarif global</td> <td align="center">Tarif partiel</td> </tr> <tr> <td>Actes médicaux Prescriptions et examens inclus</td> <td>Actes médicaux Prescriptions et examens hors enveloppe</td> </tr> </table>	Tarif global	Tarif partiel	Actes médicaux Prescriptions et examens inclus	Actes médicaux Prescriptions et examens hors enveloppe
Tarif global	Tarif partiel							
Actes médicaux Prescriptions et examens inclus	Actes médicaux Prescriptions et examens hors enveloppe							
Tarifification 7 tarifs	TARIF UNIQUE	3 TARIFS T1 : GIR 1 et GIR 2 T2 : GIR 3 et GIR 4 T3 : GIR 5 et GIR 6	3 TARIFS T1 : GIR 1 et GIR 2 T2 : GIR 3 et GIR 4 T3 : GIR 5 et GIR 6	TARIF UNIQUE				
Financement et prise en charge	Résidants ou Aide Sociale	Résidants ou A.P.A	Assurance maladie par dotation forfaitaire annuelle versée par 1/12 ^{ème}					
Autorité compétente	<ul style="list-style-type: none"> - Président du Conseil Général si habilité aide sociale - Direction concurrence et consommation si non habilité aide sociale 	Président du Conseil Général	Autorité compétente pour l'assurance maladie : <ul style="list-style-type: none"> ● A.R.H pour les établissements soins longue durée ● Préfet pour les autres établissements 					
Usager : 1 seul tarif = Hébergement (H) + 1 tarif dépendance (D)								



**Réponses de l'Uniopss aux questions
de la Mission Parlementaire d'information
sur la crise sanitaire et sociale de la canicule**

Audition du mardi 16 septembre 2003

1. A l'issue de cette catastrophe la tentation des pouvoirs publics ne sera-t-elle pas de renforcer les normes ?

C'est un risque, toutefois les établissements d'hébergement sont déjà régis par des normes suffisamment précises pour que selon nos estimations 20 % des capacités d'accueil ne soient pas en conformité avec celles-ci. Entre les normes de sécurité incendie, les normes d'hygiène sanitaire et de restauration collective, d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, la panoplie est déjà très large. Les questions d'isolation thermique ne faisaient jusqu'à maintenant l'objet que de label ou de recommandations, sans doute les exigences à leur égard seront-elles renforcées. Avant de produire de nouvelles normes, les pouvoirs publics seraient avisés de permettre aux établissements de satisfaire les normes déjà en vigueur, en délivrant des financements adaptés.

2. La crise sanitaire révélée par la canicule doit-elle être considérée avant tout comme une crise de personnels ?

A l'évidence la catastrophe de la canicule a révélé à l'opinion la crise structurelle que connaissent nos établissements. Depuis près de 20 ans, nous réclamons davantage de moyens en personnel et notamment en personnel soignant qualifié. Nous avons pu constater que là où il y avait des équipes de personnels qualifiés et bien encadrés, les effets de la canicule ont été moins désastreux.

Nous ne pouvons que réitérer notre demande que le plan « Vieillesse et solidarités » soit l'occasion de procéder à un rattrapage du retard accumulé en permettant de faire évoluer progressivement le ratio de personnel de 0,4 à 0,8 agent par place, ratio en vigueur dans les établissements médicalisés du secteur handicap. Parallèlement, il convient de revaloriser les métiers de notre secteur qui souffrent d'un manque d'attractivité évident. Au-delà des rémunérations, ce sont les conditions de travail qui repoussent les candidats. Comment motiver des personnels lorsque le manque de temps et d'effectifs contraint chacun à se centrer sur la seule dimension matérielle du soin, sans disposer de temps pour le relationnel.

Au-delà encore il s'agit bien de reconsidérer la place des personnes âgées dans notre société et singulièrement les plus âgées et handicapées d'entre elles. Tant qu'elles seront assimilées à des corps déçus, rien d'étonnant à ce qu'elles soient ensuite « traitées » dans les établissements comme des objets de soins centrés sur le « nursing », par définition moins gratifiant que les soins techniques.

3. N'est-ce pas dans le fond le cloisonnement entre le sanitaire et le social qui est responsable de la catastrophe de cet été ?

Oui indiscutablement, la défaillance des réseaux primaires et des soins de première ligne a pesé très lourd dans l'orientation pas toujours justifiée des personnes âgées vers les services d'urgence, qui ne savaient ensuite vers quel type de structure les réorienter. C'est bien la question de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation qui est posée. Les réponses tiennent dans la mise en œuvre de deux objectifs :

- le développement d'alternatives médico-sociales à l'hospitalisation, telles que : les services de soins infirmiers à domicile évolutifs et polyvalents, la dotation des établissements en personnel soignant dans des proportions suffisantes pour assurer la continuité des soins.
- La mise en place d'une politique de prévention appuyée sur les réseaux gérontologiques de proximité. C'est sans nul doute à l'échelle des territoires que la coordination des intervenants pourra être le plus facilement menée afin d'assurer la continuité des soins qui a fait si cruellement défaut pendant la canicule. Le programme CLIC pourrait permettre de satisfaire cet objectif sous réserve que les financements publics soit stabilisés et pérennisés. Les incertitudes pesant aujourd'hui sur la reconduction de l'engagement financier de l'Etat, freinent considérablement les initiatives, et découragent les autres partenariats financiers qui pourraient se nouer. Il est par ailleurs indispensable que le dispositif CLIC soit harmonisé avec celui des réseaux de santé à vocation gérontologique. Les réseaux de santé de statut sanitaire se développent parfois sur les mêmes territoires que les CLIC, en poursuivant des buts assez analogues, et en impliquant les mêmes acteurs.

Le décroisement entre le sanitaire et le social, doit se vivre très quotidiennement au niveau des territoires ; compte tenue de la pénurie de moyens qui frappe ce secteur et des difficultés d'orientation dans le dispositif dont souffrent les personnes âgées et les familles, il ne peut être envisagé de superposer sur un même territoire plusieurs niveaux d'évaluation et d'orientation des personnes âgées en situation complexe.

4. Quelle place ont pris les familles dans les établissements pendant la canicule ?

Contrairement au discours dominant durant toute cette période, les familles lorsque les résidents en disposent ne se sont pas montrées aussi abandonniques que certains propos voulaient le laisser entendre. Certes, des familles étaient parties en vacances, mais d'autres étaient présentes et se sont relayées aux côtés des résidents dans un bel élan de solidarité. Une enquête récente de l'INSEE atteste que neuf résidents sur dix qui ont des enfants ont gardé des contacts avec eux¹.

5. Que pensez-vous des 40 M€ débloqués par M. FILLON pour couvrir en urgence les frais de remplacement de congés et d'heures supplémentaires engagés par les établissements et assurer les prises en charge à domicile pour le retour d'hospitalisation ?

Ces 40 M€ sont très en dessous de ce que nous escomptions (trois fois moins). Il est vrai que la méthode retenue par le Ministère des Affaires Sociales pour évaluer ces dépenses supplémentaires s'est révélée particulièrement inefficace.

¹ Source : Handicap Incapacité Dépendance « institutions » INSEE, DRESS, INED 1998

Envoyer des questionnaires fin août aux établissements pour les prier de répondre dans les trois heures qui suivent par fax, a de quoi surprendre et ne pouvait pas produire de données très fiables. Ainsi d'autres dépenses n'ont pas été recensées, telles que les équipements, et matériels divers concourant à la réhydratation et à la ventilation des résidents.

La modicité de ce chiffre augure mal en tout cas des mesures qui doivent être annoncées le 1^{er} octobre prochain dans le cadre du plan « Vieillesse et solidarités » pour permettre le financement de postes de personnels soignants dans les établissements dès le mois d'octobre 2003. Nous attendons à cet effet une enveloppe de crédit d'assurance maladie au moins équivalente au 103 M€ non programmés sur la réforme de la tarification des EHPAD pour 2003.

Nous attendons également, à réglementation constante, que des mesures d'allègement et de simplification des procédures de négociation des conventions tripartites favorisent la signature rapide des conventions en souffrance dans les DDASS et la délégation de crédits sans délai afin de permettre les embauches dès cette fin d'année. Pour les établissements c'est au niveau des recrutements que réside la véritable urgence !!

Alain Villez
Conseiller technique
Uniopss