

EDITORIAL

2003
NON A
L'OUBLI

2008, TOUT EST POSSIBLE ?

Faire de la prédiction est toujours aventureux, mais évoquer des futurs possibles (des futuribles) à partir de l'analyse des mouvements du présent paraît raisonnable et surtout efficace pour dégager des stratégies d'action individuelles et collectives. Apparaissent alors des éléments positifs sur lesquels on peut s'appuyer et d'autres négatifs qu'il faut dénoncer ou combattre.

Les tendances positives

Tout d'abord l'implication du Président de la République dans notre secteur. Que ce soit sur le « 5ème risque » ou sur le plan Alzheimer, son engagement (le premier d'un Président doit-on le rappeler) permet de lancer une dynamique qui place nos préoccupations sur la liste des dossiers à suivre. Ainsi son discours du 1er février insiste-t-il à juste titre sur les efforts de recherche, la coordination des politiques publiques et (point important pour l'AD-PA) le nécessaire consentement de la personne quel que soit son handicap. De même, l'initiative présidentielle a conduit la CNSA à rédiger son rapport sur un nouveau champ de protection sociale et a relancé la réflexion de tous les acteurs.

La réactivité du secteur et l'attention des médias se sont révélées par ailleurs efficaces pour mettre en échec la tentative sénatoriale d'instauration d'un recours sur successions pour l'APA (cf p.4)

Les inquiétudes

Parallèlement les arbitrages financiers restent toujours insuffisants : évocation d'un 5ème risque limité aux assurances privées, plan Alzheimer sous doté reprenant pour l'essentiel des annonces déjà faites, ONDAM sous dimensionné, tarification punitive inacceptable, diminution des emplois aidés... sont le lot quotidien alors que la communication des Pouvoirs publics ne cesse d'accroître la pression sur les professionnels du domicile et des établissements à travers des annonces "anti maltraitance" qui cachent de plus en plus mal l'absence de pensée globale sur un système couvrant les besoins à moitié, comme le dit la Cour des Comptes.

L'action

Face à cette situation, il nous faut être collectivement vigilants et réagir fortement comme l'a montré l'affaire du recours sur successions ; individuellement dans chaque service et dans chaque établissement nous devons renvoyer les Pouvoirs publics locaux à leurs responsabilités et demander les moyens indispensables (fut-ce par des recours tarifaires) tout en assumant nos responsabilités par le développement de politiques de qualité en lien avec les personnes âgées et leurs familles.

C'est de tout cela dont nous reparlerons lors de notre prochain colloque ! A bientôt

Pascal CHAMPVERT

Président de l'AD-PA

Directeur Saint-Maur, Sucy, Bonneuil (94)

COLLOQUE AD-PA
2ème Congrès Francophone
des Directeurs d'Établissements

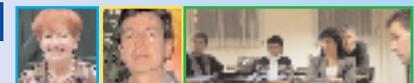
www.directeurs2008.com

Palais des Congrès de Paris

30 mars au 1^{er} avril

L'ADEHPA qui regroupait jusqu'à présent plus de 1800 directeurs d'établissements pour personnes âgées est devenue l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées) et accueille désormais les Directeurs de services à domicile et de coordinations.

SOMMAIRE



| | |
|--------------------------------|---------|
| ÉDITO | 1. |
| INVITÉS : C. EYNARD - D. SALON | 2. 4. |
| Menaces sur l'A.P.A. | 4. 5. |
| Conférence presse A.V.V.E.C. | 7.- 9. |
| Juridique : soins palliatifs | 10. 11. |
| Colloque AD-PA | 12. |

ENCART SPECIAL " ADHERENTS

| | |
|------------------------|----------|
| Infos AD-PA | I. |
| Vous agissez | II. III. |
| Point sur l'ANESM 2008 | III. IV. |

L'encart spécial est adressé
uniquement aux adhérents AD-PA

SITE www.ad-pa.fr

L'ETABLISSEMENT SE RÉDUIT-IL À L'ÉQUATION : FONCTIONS + DÉCOR ?

Les invités de ce numéro sont **Colette EYNARD** et **Didier SALON**, unissant à travers leur réflexion la **gérontologie sociale** et l'**architecture**.



C. EYNARD travaille dans le domaine de la gérontologie sociale depuis les années 80. Elle est membre du Réseau de Consultants en Gérontologie depuis sa création.

D. SALON est spécialisé dans l'habitat des personnes âgées depuis les années 90. Il met ses compétences d'architecte au service des maîtres d'ouvrages en privilégiant une démarche d'expertise partagée.

Ils ont publié en 2006 aux Editions de l'Harmattan « Architecture et gérontologie : peut-on habiter une maison de retraite ? » et développent ici leurs réflexions sur

la notion "d'habiter en maison de retraite" en croisant leur regard de gérontologue et d'architecte.



LE CADRE DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

La question du cadre de vie des personnes âgées se pose avec acuité quand celles-ci ne peuvent plus vivre à leur domicile. Or, au cours des dernières décennies, cette question a d'abord été abordée sous l'angle technique et financier, comme si l'entreprise délicate qui consiste à proposer à une personne vieillissante un domicile de substitution qui ne soit pas seulement un lieu de soins allait de soi. Ainsi, avec l'humanisation des hospices, l'émergence des modèles V80, V120, ou de plus grande capacité encore, dans les années 70, a contribué à faire croire que la question pouvait être réglée en adjoignant une infirmerie à une série de chambres distribuées de part et d'autre d'un long couloir.

En réaction à cette politique réductrice, des promoteurs, souvent associatifs, ont voulu croire qu'on pouvait retrouver une maison dans un espace institutionnel, en mettant en œuvre ce qu'on a appelé les petites unités de vie, cantous et autres domiciles collectifs. Ces deux tendances contradictoires ont souvent abouti à un mixage hasardeux des modèles hospitalier, hôtelier et domestique, propres à semer la confusion dans l'esprit de leurs utilisateurs, qui ne savent plus s'ils vivent dans un lieu de soin ou s'ils sont soignés dans un lieu de vie, et qui savent bien en tout cas qu'ils ne sont pas dans leur domicile.

Construire un projet social ?

Cette confusion pose la question du projet architectural et de la commande sociale. Depuis plusieurs années, nous accompagnons des projets de construction ou de restructuration d'établissements en aidant des directeurs, des élus ou des responsables associatifs à les mettre en forme, tant au point de vue de leurs intentions que de leur conception architecturale. Nous avons constaté que les projets se résument trop souvent à un ensemble de commandes techniques et d'obligations normatives, que chapeaute une commande politique assez vague, par exemple 80 places à tel endroit du département dont 15 places dites « Alzheimer », sans plus d'indications sur les valeurs et le contenu. S'agit-il là de répondre à une série d'obligations ou de construire un projet social ?

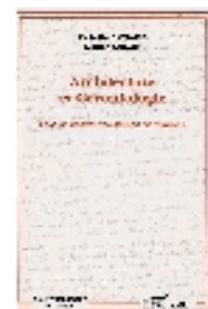
Or l'évolution des publics et les adaptations des établissements, la diversité des projets de vie et des bâtiments demandent une réflexion architecturale plus fine que la mise au point de la seule fonctionnalité. Réaliser une "économie spatiale", en effet, c'est écrire dans l'espace les aspects qualitatifs des attentes, formaliser de façon visible les pratiques et les usages, rendre plus signifiants les aspirations des résidents et

leurs modes de vie. Encore faut-il pouvoir repérer et reconnaître ces aspirations, imaginer un mode de vie qui permette l'expression personnelle, en un mot, ne pas tout mesurer à l'aune de la dépendance.

Avant « d'être GIR 1 ou 2 », selon une terminologie particulièrement détestable, tout résident, sinon habitant, est une personne qui, sauf exception, a vécu 80 ou 85 ans de sa vie hors institution, menant sa vie plus ou moins bien, mais à sa manière.

Pourquoi serait-elle obligée, sous prétexte qu'elle ne peut plus tout assumer, de se conformer au modèle implicite du « vieux en institution », docile et reconnaissant, se soumettant sans discussion à une organisation pensée en dehors de lui ? Pourquoi, en un mot, serait-elle contrainte de vivre dans le lieu de travail du personnel ?

Dans ce contexte, où les obligations de l'institution peuvent se conjuguer avec la culture pseudo hospitalière pour aboutir dans le pire des cas à un espace dés-humanisé, l'introduction de la gérontologie sociale ne nous paraît pas un luxe.



■ L'UTILITE DE LA GERONTOLOGIE SOCIALE

Loin d'être une discipline qui serait le domaine réservé de gérontologues experts, la gérontologie sociale peut être considérée comme une valeur ajoutée à de nombreuses disciplines ou champs d'intervention : le vieillissement dans ses multiples aspects, tant individuels que collectifs, interpelle en effet les professionnels de santé, les responsables d'établissements, les élus, les psychologues, les sociologues, les urbanistes, et naturellement les architectes.

L'intervention du gérontologue dans un processus de projet architectural ou de réflexion sur ce processus peut donc se situer à plusieurs niveaux :

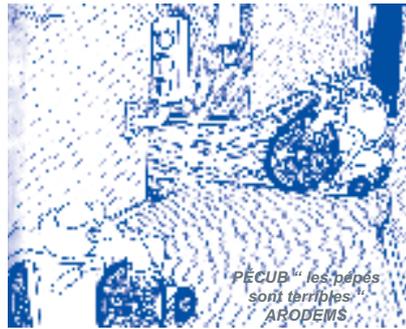
- celui de la réflexion sur les valeurs, les missions et la culture de l'établissement, ainsi que sur la manière dont ces éléments peuvent se traduire dans l'espace, en lien avec l'image de la vieillesse que les différents acteurs souhaitent promouvoir :

- celui de la mise en évidence des diverses représentations que suscitent certaines notions gérontologiques fondamentales ;

- celui de l'observation partagée de la place des différents acteurs dans l'espace de la maison de retraite, ainsi que des interactions voulues ou subies qui s'y nouent ;

- celui de la validation des intentions gérontologiques du projet de vie et de leur traduction dans l'espace, dans la perspective de passer d'un projet idéalisé à un projet réalisable et vivable.

C'est dire si ce travail ne peut pas se réduire à un travail d'expert, mais qu'il est un moyen d'associer tous les acteurs, et pas seulement les professionnels, à l'élaboration



du projet. Les acteurs deviennent alors les experts, à condition que le témoignage et l'expérience de l'homme d'entretien ou de la secrétaire aient autant de valeur que celui de l'infirmière ou de l'aide-soignante. Dans cette entreprise en effet, il n'y a pas de plus grand déficit et de plus grand besoin que celui des points de vue

“ L'architecture représente la mise en perspective d'un projet social dans un projet d'habitation ”

Elle n'est pas une simple affaire d'image, de technique, de règles et de besoins. Elle est avant tout une construction mentale faite d'intentions, d'aspirations, de propositions, de contraintes, de réalités accessibles ou de désirs possibles dans l'espace social, légal, économique et réglementaire.

Pour traduire architecturalement un projet gérontologique, dégager des solutions d'aménagements, améliorer le fonctionnement d'un établissement, adapter le bâtiment, planifier un programme de travaux, préparer ou accompagner une mise aux normes, il est nécessaire de mesurer l'impact des aménagements, de rendre visibles les interactions entre la vie sociale, la gestion, la sécurité et les coûts, les différents espaces n'étant pas seulement considérés sous l'angle de leurs fonctions, mais comme le lieu des relations entre des personnes, habitants ou professionnels.

des acteurs.

L'architecture est habitable lorsqu'elle donne la place à ses habitants, qu'elle fait de l'habitat un lieu à la mesure de sa propre envie de vivre.

L'architecture doit prendre soin des particularités de ses habitants, ne pas figer l'habitat dans un carcan modèle, univoque, fonctionnel ou seulement confortable. Selon la façon dont elle est conçue et réalisée, elle peut être un obstacle ou une incitation. Elle peut préserver l'intimité, développer la vie sociale et la cohabitation ou au contraire transformer les espaces privés en annexes de l'institution, les espaces collectifs en cours surveillées, les lieux de travail en territoires retranchés.

En un mot, il est d'autant plus nécessaire de ne pas oublier les hommes que le langage technocratique, en inventant l'EHPAD, ce sigle omniprésent, symbole de la distance à maintenir à tout prix avec l'humain, le banal, le familier, et enfin la mort, a réussi à transformer une réalité familière, quoique difficile à appréhender, en domaine réservé des professionnels et de l'administration.

Un assez cynique paradoxe vient alors des textes officiels qui, dans le même temps, nous enjoignent de considérer l'espace privatif « comme la transposition en établissement du domicile du résident ».

Quand les injonctions sont contradictoires, il est d'autant plus nécessaire que les porteurs de projet et ceux qui les accompagnent soient clairs sur leurs intentions.

Colette EYNARD - Didier SALON

Conseils d'administration : PERSONNES QUALIFIEES

Dans le public, une (ou plusieurs) de ces personnes doit être choisie au sein des associations siégeant au Conseil de la CNSA (art.R.315.8) au titre des associations oeuvrant pour les personnes âgées. C'est le cas de l'AD-PA.

Si vous souhaitez qu'un collègue siège à votre Conseil, proposez-le à votre CA et contactez-nous : ad-pa.com@wanadoo.fr

MENACE SUR L'APA, LA VIGILANCE S'IMPOSE...

La tentative de récupération de l'APA sur les successions était inacceptable. L'ensemble des professionnels et des associations de familles et de retraités ont agi avec efficacité pour que cet amendement soit retiré. Cependant au regard des extraits des débats concernant la discussion de l'amendement MARINI, ARTHUIS et CHARASSE, la vigilance s'impose pour que de telles dispositions ne reviennent pas en catimini en 2008 ou 2009. Les débats sont explicites. Non les titulaires de l'APA et leurs familles ne sont pas des nantis. Ils méritent au contraire respect et solidarité.

...EXTRAITS DES DEBATS AU SENAT...

M. Philippe MARINI, Rapporteur général

Lorsque l'actif net successoral excède ce montant, les sommes servies au titre de l'APA feront l'objet d'une récupération sur succession. Avec cet amendement, la commission souhaite insister sur la solidarité entre les générations : la société a besoin de solidarité, en particulier entre les générations. On ne peut pas considérer que le sort des vieux parents, grands-parents ou arrière-grands-parents est entièrement assumé par la collectivité. Il est des devoirs qui s'imposent à toute époque, sous toutes les législations.

M. Michel CHARASSE

Lorsque l'APA a été instituée, le projet de loi prévoyait, à l'origine, la récupération sur succession, comme c'était le cas pour la prestation spécifique dépendance, la PSD. À la suite d'un dialogue entre le gouvernement de M. Lionel Jospin et le groupe communiste à l'Assemblée nationale, la récupération sur succession a disparu. Ce ne fut pas une décision des plus heureuses. En effet, aujourd'hui, des gens qui n'ont aucun bien payent des impôts pour permettre à des enfants qui attendent tranquillement la mort de leur ascendant de passer à la caisse sans avoir eu, à aucun moment, quoi que ce soit à payer. C'est parfaitement immoral !

J'ai été très heureux d'entendre le Président de la République, s'adressant au Sénat à la presse sociale voilà quelques semaines, déclarer que pour financer la dépendance il faudrait faire appel au patrimoine. Nous sommes au coeur du sujet. Il n'est pas normal que l'APA ne donne pas lieu à récupération

sur succession alors que, les conseillers généraux présents dans cet hémicycle le savent bien, cette pratique est courante et ne soulève pas de difficulté en matière d'aide sociale départementale.

M. Philippe MARINI

En ce qui concerne le montant minimal de la succession soumise à récupération, nous préférons en rester à 100 000 euros, car ce seuil - je ne sais pas si c'est un très bon argument, mais il est souvent utilisé - correspond au patrimoine médian et, surtout, il est bien lisible. En ce qui concerne le second élément de ce sous-amendement, (...) sur le plan politique, une bonne partie de l'année 2008 sera consacrée à l'émergence du cinquième risque. Ne serait-il pas préférable de maintenir la rédaction initiale de la commission, qui fait référence au 1er janvier 2009, car, à cette date, toute la législation relative au cinquième risque aura été mise en place ? (...) Le fait d'afficher le 1er janvier 2009 s'inscrit mieux dans un continuum de réformes. Depuis le début de l'après-midi, nous nous efforçons, monsieur le ministre, de contribuer à la démarche réformatrice du Gouvernement. Mais il faut laisser aux choses le temps d'évoluer (...) le fait d'afficher la date du 1er janvier 2008 me semble en contradiction par rapport aux évolutions attendues au cours du premier semestre 2008.

M. Jean ARTHUIS, président de la commission des finances

L'idée de substituer aux successions ouvertes la notion d'allocation attribuée est bonne, car elle écarte tout risque de

rétroactivité. Je m'y rallie donc volontiers. En revanche, je crois qu'il faut spécifier : « aux allocations attribuées pour la première fois à leur bénéficiaire ». En effet, les attributions sont constamment révisées et nous risquerions de créer une ambiguïté.

M. Éric WOERTH, ministre du budget

Le Gouvernement n'est pas favorable à l'amendement n° II-165, pour des raisons non pas de fond, mais de calendrier. Le Président de la République s'est prononcé en septembre, vous l'avez dit, pour une meilleure prise en compte des capacités contributives des personnes ainsi que de leur patrimoine. L'orientation a donc été donnée. Par ailleurs, Xavier BERTRAND réfléchit, en liaison avec le ministère du budget et des comptes publics, à la mise en place d'une cinquième branche. Nous risquerions de porter préjudice à l'équilibre financier de la branche à créer en anticipant, avec l'adoption de cet amendement, sur la discussion de fond à laquelle les parlementaires seront associés. Vous avez du reste fait référence à la mission commune d'information qui doit avoir lieu à cet égard. Ce sujet va venir en discussion dans les mois qui viennent ; il sera envisagé dans une perspective beaucoup plus large que la seule récupération sur succession, à l'encontre de laquelle le Gouvernement ne soulève pas d'objection de principe, conformément aux déclarations du Président de la République. Pour cette raison, et afin de laisser toute sa place au débat, je souhaite son retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

■ APA : L'AD-PA se réjouit de l'échec de l'amendement du Sénat

L'AD-PA se réjouit que l'amendement du Sénat prévoyant de récupérer l'APA sur succession ait été rejeté après les nombreuses protestations des organisations de personnes âgées, de familles et de professionnels et l'intervention de V. LETARD et X. BERTRAND.

Pour autant, l'association restera très

vigilante dans les mois à venir pour s'opposer aux attaques dont les personnes âgées et leurs familles pourraient être à nouveau les victimes, et ce d'autant plus que Philippe MARINI, co-auteur de l'amendement, vient d'être élu Président de la mission sénatoriale sur le 5ème risque.

L'AD-PA rappelle la nécessité de mett-

re en place une nouvelle branche de protection sociale assise sur des financements équitables et permettant de rattraper les retards accumulés depuis 30 ans en matière d'aide aux personnes âgées de notre pays.

Dans l'immédiat, l'AD-PA continue à dénoncer la faiblesse du budget personnes âgées 2008.

■ ALZHEIMER : dégager des financements nouveaux reste l'essentiel

La Commission présidée par le Pr. MENARD a remis son rapport hier au Président de la République. A moyen terme, l'AD-PA est en accord avec la nécessité d'accroître l'effort de recherche et d'améliorer la coordination entre chercheurs. A court terme, l'AD-PA soutient la nécessaire reconnaissance des personnes concernées comme des citoyens à part entière, qui passe notamment par l'abandon du terme dévalorisant de « dépendant » à l'instar du récent rapport de la CNSA. L'association soutient aussi la notion de

libre choix entre établissement et domicile, est favorable à toute amélioration de la formation des personnels, et elle est satisfaite que le rapport demande la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie ; cependant, l'AD-PA rappelle avec force que rien de sérieux ne pourra être fait dans ces domaines si l'on ne double pas le nombre des professionnels accompagnant les personnes et leurs familles à domicile ou en établissement. La Commission indique d'ailleurs clairement cette nécessité, mais reste ambiguë quand elle ajoute que « le suc-

cès du Plan ne saurait se mesurer aux seuls efforts financiers qui seront engagés ». L'aide aux personnes atteintes de pathologie de type ALZHEIMER, comme à l'ensemble des personnes âgées fragilisées impose à notre pays de rattraper son retard. L'AD-PA rappelle sa grande inquiétude à un moment où l'Etat a décidé pour 2008 de limiter les moyens des établissements et services à domicile avec des financements ne permettant pas d'assurer la hausse des salaires et des prix, et pire, gelant les budgets de certaines structures.

■ POLÉMIQUE AVEC LE MINISTÈRE : A.V.V.E.C maintient que l'état veut diminuer les moyens de certains établissements pour personnes âgées

Dans France Soir de ce jour, un représentant du Secrétariat d'Etat à la Solidarité indique « qu'amputer les crédits des établissements pour personnes âgées est impossible » et « qu'aucune instruction n'a été donnée pour une baisse des budgets ».

AVVEC affirme que ces propos sont inexacts :

- AVVEC tient à disposition l'article de la Loi de Finances de la Sécurité

Sociale 2008 ainsi que les circulaires du 17 octobre 2006 et du 6 avril 2007 qui organisent ces baisses de moyens.

- AVVEC maintient que les représentants de l'État et de certains départements imposent effectivement ces baisses de moyens.

- AVVEC maintient que les représentants de l'État et de certains départements exercent des pressions inacceptables sur des directeurs pour qu'ils

acceptent ces baisses, en allant jusqu'à leur demander de ne pas appliquer les conventions collectives des personnels.

- AVVEC note que le représentant du Ministère reconnaît lui-même dans France Soir que les budgets peuvent « rester stables » ce qui, compte tenu de l'augmentation des salaires et des prix, revient à une diminution des moyens donc une atteinte à la qualité de vie des résidents.

Si j'étais banquier

je faciliterais la vie
des personnes âgées

**Le Crédit Mutuel
est partenaire de l'AD-PA
et accompagne les professionnels
dans leurs actions auprès
des personnes âgées
et de leur famille.**

Crédit Mutuel
LA banque à qui parler



Propose

La démarche d'accompagnement Qualité

se référant à l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 qui prévoit l'obligation d'une évaluation interne de la qualité des prestations.

Cette démarche est conduite dans les principes déontologiques et éthiques avec objectif de répondre aux attentes de chacun et d'apporter dans l'organisation des établissements, une prise en charge des résidents dans les conditions de sécurité et de qualité optimales et de développer l'amélioration continue de la Qualité de l'ensemble des prestations.

Prest'im a défini une structure cohérente de traçabilité de l'ensemble des documents afin d'assurer la mise en place des procédures « QUALITE » et le suivi des prestations de Bio nettoyage des équipes d'agents Hospitaliers et d'hébergements.

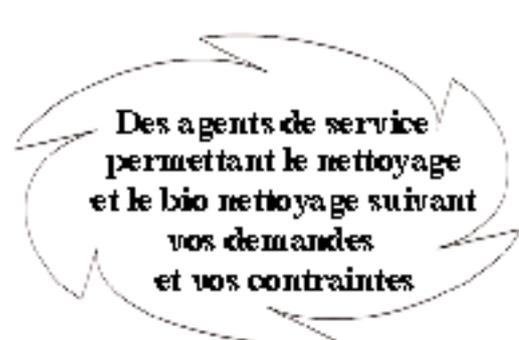
Démarche qualité



- Evaluation de votre site
 - Mise en place des procédures (traçabilité et maîtrise des risques).
 - Protocoles et autocontrôles en bio nettoyage et HACCP.
 - Formation des équipes ASH et contrôle des connaissances.
 - Evaluation de l'observance des bonnes pratiques.
 - Suivi et assistance technique des équipes
-
- Gestion des plannings avec suivi mensuel de l'absentéisme
 - Compte-rendu et rapport sur la mission (objectifs réalisés).

Formateur n° 11770401377 auprès de la direction générale du travail et de la formation professionnelle.

Prest'im rationalise l'ensemble des techniques de nettoyage et de désinfection. Son concept « colonimétrique » de Bio Nettoyage permet d'éviter les contaminations croisées et lutter contre les infections nosocomiales. Les produits d'hygiène et matériels d'entretien sont sélectionnés en conformité avec les Normes « QUALITE »



Des agents de service permettant le nettoyage et le bio nettoyage suivant vos demandes et vos contraintes



Assistance technique pour la mise en place de la DEMARCHE QUALITE ETLA MAITRISE DES RISQUES



Des gouvernantes responsables de vos équipes ASH

Sarl Prest'im

16 bis rue des pendants
de la Queue en brie
77340 Pontault Combault
Tel: 01.60.29.57.23
Fax: 01.60.29.13.05
email: prestim77@wanadoo.fr

Madame Martine Le Moigne
Directrice générale

Plaquette d'information
ou rendez-vous sur demande

ATTAQUES CONTRE LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILISÉES

BAISSE DES MOYENS ET RECOURS SUR SUCCESSION

L. PEDELABORDE

J. LE GALL

P. CHAMPVERT

M. LACOSTE

M. RAYBAUD



CONFERENCE DE PRESSE - DÉC. 2007

Le 18 déc. 2007, AVVEC organisait une conférence de presse sur la base du document suivant

AVVEC

DES MOYENS INSUFFISANTS ET DES ENGAGEMENTS AMBITIEUX...

1. Un constat unanime :

Le manque de moyens pour aider les personnes âgées à domicile et en établissement est reconnu par tous.

2. Des engagements ambitieux...

3...mais le refus d'arbitrages économiques conséquents.

DES RESTRICTIONS BUDGETAIRES...

1. Des textes organisant les restrictions :

Circulaire aux DDASS 17 oct. 2006

(Dans certains cas) « Il vous est demandé de revoir à la baisse la dotation de l'établissement dans un délai de 3 ans ».

Circulaire aux DDASS 6 avril 2007

« Il convient que la convention prévoise que l'établissement procède progressivement, dans un délai qu'elle devra préciser, à l'accueil de personnes requérant des soins médicaux plus importants ».

AVVEC a engagé 2 recours devant le Conseil d'Etat contre ces textes.

Pour pérenniser ces intentions dans la plus grande discrétion, l'Etat vient d'introduire dans la Loi de Finances pour 2008 la possibilité « de fixer des plafonds pour les établissements médico-sociaux par arrêté ».

2. Des augmentations des budgets insuffisantes

Déjà en 2007 les budgets de la plupart des établissements et services ont augmenté de 1,6 % soit moins que la hausse des salaires et des prix.

Seule solution pour tenir dans les crédits

accordés : diminuer le nombre d'emplois donc la qualité de l'accompagnement à domicile ou en établissement.

Ainsi, il n'est pas rare d'entendre des

inspecteurs de l'Etat ou des Départements contester les augmentations de salaires des personnels et critiquer l'application de conventions collectives (pourtant agréées par l'Etat).

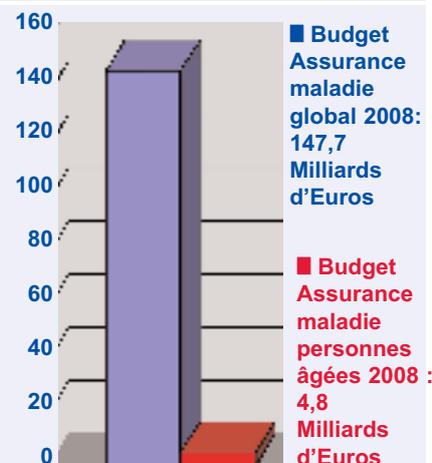
2008 : LE SCANDALE : LA BAISSSE ORGANISEE DES CREDITS DANS DE NOMBREUSES STRUCTURES...

L'augmentation du budget de l'Assurance Maladie (ONDAM) pour les personnes âgées sera en 2008 de + 8 % contre 13 % en 2007.

L'Etat annonce une augmentation de 11 % qui est purement fictive puisqu'elle est basée sur la reprise (à hauteur de 3 %) de crédits antérieurs dont il a empêché l'utilisation. Même à 11% ce serait l'augmentation la plus basse depuis le drame de la canicule en 2003. Ces chiffres peuvent paraître importants au regard du taux d'augmentation global de l'Assurance Maladie (2,8 %), mais sont en fait ridiculement faibles car :

1) le secteur de l'aide aux personnes âgées est le seul dont le retard est très important et unanimement reconnu.

2) les taux d'augmentation s'appliquent sur des sommes très faibles.



3) en outre, ces crédits incluent les créations nouvelles d'établissements et de services à domicile ; la plupart des structures existantes vont donc se trouver en difficultés.

■ LE GEL DES TARIFS DE NOMBREUX ETABLISSEMENTS...

Les conventions tripartites

Entre 2001 et 2005 les 10 000 établissements devaient signer une convention avec l'Etat et le Département accordant des moyens supplémentaires pour la qualité de l'aide aux personnes âgées. Compte tenu de l'insuffisance de moyens financiers, il a été décidé d'exclure de la réforme les 3 000 logements-foyers qui accueillent les personnes âgées les plus valides. Puis de repousser 2 fois les délais de signatures à fin 2006, puis fin 2007.

En 2008 l'Etat a décidé de geler les crédits des 2000 établissements qui n'ont pas signé.

Les établissements indignes doivent être fermés.

Ils n'ont ni projet global, ni projet d'accompagnement pour les résidents et leurs locaux sont inadaptés, souvent vétustes, avec des chambres de très petite taille (13,14 m2, parfois moins !)

La convention n'a pas été signée car les DDASS et les Départements ne l'ont pas voulu, compte tenu de leur inadaptation et du fait qu'ils n'ont fait aucun effort de restructuration. Ils devraient donc être fermés, comme le réclame l'AD-PA depuis de nombreuses années. Mais les Pouvoirs Publics n'y sont pas

favorables, car le manque de structures est tel qu'on préfère maintenir des établissements qui dysfonctionnent, plutôt que de mobiliser les crédits pour en créer de nouveaux.

Alors qu'ils tiennent de grands discours sur la lutte contre la maltraitance, les Pouvoirs Publics ne veulent pas traiter sérieusement la question de ces structures, qui concentrent l'essentiel des cas de maltraitance en établissement (1) : le refus d'approfondir la question est tel qu'il n'y a aucune évaluation officielle du nombre de ces établissements.

L'AD-PA pour sa part les évalue à 5 % des 7 000 établissements (hors logements-foyers) soit à peu près 300 structures.

AVVEC demande la création de Commissions Départementales indépendantes des Pouvoirs Publics sur le suivi des établissements qui dysfonctionnent.

Ces Commissions doivent être composées de représentants des retraités et personnes âgées, familles, consommateurs et professionnels.

L'Etat et les Départements doivent transmettre les listes des établissements avec lesquels ils ne veulent pas conventionner, en indiquant les raisons des dysfonctionnements et les mesures envisagées, dont la fermeture, chaque fois que nécessaire.

Les autres établissements doivent être aidés

Si beaucoup ont été contraints de signer des conventions très restrictives du fait des pressions et des chantages des Pouvoirs Publics, ils sont près de 1 700 à ne l'avoir pas fait, alors qu'ils n'ont aucune raison d'être fermés.

* dans quelques cas un accord est possible avec l'Etat, mais le Département ne veut pas augmenter les crédits.

* Pour les unités de soins de longue durée qui accueillent les personnes âgées les plus fragiles et les plus malades, les procédures bureaucratiques imposées par l'Etat sont telles que beaucoup d'entre elles n'ont pas signé ; contradiction majeure : on leur demande de signer la convention fin 2007, alors qu'elles ont jusqu'à 2009 pour mettre en place des choix d'organisation préalable à cette signature !

*Pour beaucoup d'établissements, type maisons de retraite, la signature entraînerait une **diminution des crédits de l'Assurance Maladie.**

(1) Selon l'Association Alma (Allo Maltraitance) 70 % des maltraitances envers les personnes âgées ont lieu à domicile, 30 % en établissement ; l'essentiel de ces dernières ont lieu dans ce type de structures.

■ LES AUTRES MESURES : Ces mesures vont accroître en 2008 les difficultés des établissements et services à domicile

La suppression des Zones de Revitalisation Rurale

Dans les zones rurales, les employeurs bénéficiaient d'allègement des charges sociales.

Leur suppression va entraîner des dépenses nouvelles sans aucune compensation pour les établissements et les services à domicile concernés.

La non prise en compte des revalorisations salariales

Déjà en 2007 les augmentations des salaires et des prix n'étaient pas couverts par les augmentations budgétaires.

En 2008 les établissements publics appliqueront un protocole d'accord signé entre les syndicats de salariés et l'Etat et conduisant à des augmentations des budgets de l'ordre de 4%.

- La diminution des emplois aidés

La diminution des crédits concernant les emplois aidés entraîne déjà le non renouvellement de nombre d'entre eux. AVVEC demande avant tout des moyens pour recruter des personnels à contrats durables (CDI ou titulaires) à domicile comme en établissement. Mais dans l'attente d'une véritable prise en compte des besoins des personnes âgées, les emplois aidés, souvent affectés à des fonctions de ménage ou de restauration permettent de desserrer l'étau budgétaire et de moins mal accompagner les personnes âgées.

■ LES CONSÉQUENCES : Deux conséquences pour beaucoup de structures

La baisse de la qualité

Pour absorber ces baisses de moyens, la seule variable d'ajustement va consister à diminuer le nombre des personnels.

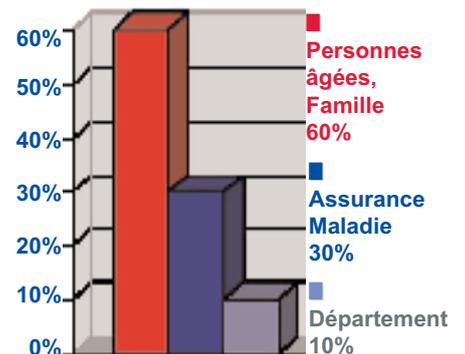
On imagine les conséquences quand une personne est aidée à la toilette en 10 minutes en établissement, quand il y a 1 personne la nuit pour 70 personnes âgées, ou quand une personne n'a aucune visite à son domicile 23 h sur 24

L'augmentation des prix payés par les personnes âgées et leurs familles

Les personnes âgées et leurs familles payent 60 % du coût de fonctionnement d'un établissement. Un tel effort est insupportable puisque la retraite moyenne est de 1000 € par mois et le coût moyen d'un établissement de 1 700 €. (le coût peut aller jusqu'à 2000 ou 3000 euros.

Dans certaines structures, l'insuffisance des crédits de l'Assurance Maladie et les charges indues conduisent à des augmentations de 5 à 7 % par an soit un doublement des prix tous les 12 ans.

Qui paye le fonctionnement d'un établissement ?



■ POURTANT DES CREDITS EXISTENT...

A moyen terme, il faut dégager des crédits nouveaux (cf. fiche suivante).

Mais à court terme, le comble de l'absurde c'est que des crédits existent :

L'Etat a accumulé des excédents dans les Caisses de la CNSA

En effet, les politiques malthusiennes de

saupoudrage et les procédures bureaucratiques imposées par l'Etat ont conduit à des excédents que la CNSA ne peut dépenser sans l'accord des Pouvoirs Publics. Ils sont de 450 millions en 2006. ils peuvent être évalués à 600 millions sur 2007.

200 millions sont utilisés sur l'exercice 2008 pour faire des économies à

l'Assurance Maladie, ce qui n'est pas acceptable. (c'est ce qui permet d'afficher un taux d'augmentation de 11% alors qu'il n'est que de 8 % en réalité).

Les crédits déjà maigres votés antérieurement par le Parlement, doivent être entièrement consacrés à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées.

■ LES DEMANDES D'AVEC...

1. Ne pas appliquer le gel des budgets.

Accorder des budgets en fonction des besoins des personnes âgées conformément aux engagements du Plan Solidarité Grand Age de D. de VILLEPIN (1 personnel pour 1 personne âgée très handicapée).

Les engagements du Premier Ministre précédent doivent être financés.

2. Abroger les textes organisant la baisse des moyens en établissement.

3. Maintenir le nombre d'emplois aidés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées (établissements - domicile) dans l'attente des dotations nécessaires pour recruter des personnels statutaires.

4. Compenser intégralement les charges nouvelles imposées (établissements - domicile) :

revalorisation salariales, suppression des Zones de Revitalisation Rurales, dispositifs médicaux...

5. Utiliser entièrement, dès début 2008, les excédents accumulés à la CNSA pour financer l'aide aux personnes âgées en établissement et à domicile.

6. Fermer les établissements indignes

Analyser la situation de ces structures dans le cadre de Commissions de transparence indépendantes des Pouvoirs Publics.

Pour chaque fermeture affecter les cré-

ditions de ces structures à la création des nouvelles et à l'amélioration de l'existant.

7. Concrétiser les promesses du Président de la République.

Réunir une grande Conférence Nationale avec les Pouvoirs Publics, les Partenaires Sociaux et les Acteurs concernés pour mettre en place une nouvelle branche de Protection Sociale en faveur des personnes âgées. Il s'agira de dégager des pistes de financement
- augmenter le nombre de professionnels à domicile et en établissement
- augmenter le nombre de services à domicile et d'établissements
- diminuer le coût payé par les personnes âgées et leurs familles en établissement.
Le Plan Alzheimer devra être financé dans ce cadre.



Des formations pour vos médecins coordonnateurs en EHPAD :

SÉMINAIRES DE DEUX JOURS, CONFORMES AU PROGRAMME DU DÉCRET DU 27 MAI 2005.

Quatre séminaires obligatoires :

- Evaluation gérontologique,
- Coordination des soins à la personne âgée en EHPAD,
- Facteurs de risque de la personne âgée (fragilité)
- Détérioration mentale chez la personne âgée.

Deux séminaires à choisir dans la liste suivante :

- Maintien de l'autonomie de la personne âgée : du possible au raisonnable
- Soigner les patients en fin de vie,
- Médicaments et personnes âgées,
- Nutrition et personnes âgées,
- Management d'une équipe pluridisciplinaire.

Ces formations ont toutes été validées par la commission scientifique de la Formation Professionnelle Continue.

Le cycle est complété par [vingt demi-journées de stage](#).

Certaines de ces formations sont financées par l'OGC pour les libéraux conventionnés et d'autres donnent lieu à la perception d'une **participation des établissements** dans le cadre de leurs obligations de financement de la formation professionnelle continue.

A l'issue du cycle est délivrée une attestation de formation permettant l'exercice de la fonction de coordonnateur.

Il est possible d'organiser des formations au management ouvertes à l'ensemble des équipes d'encadrement.

S'adresser à MG FORM 13, rue F. LEGER 75020 PARIS, tél. : 01 43 13 13 28 et visitez le site www.mgform.org pour connaître les dates et lieux des formations qui ont lieu dans toutes les régions. Ou au responsable du cycle docteur Louis LEVY : llevy@mg-france.fr



CHRONIQUE JURIDIQUE

ETAT DES LIEUX DES SOINS PALLIATIFS EN ETABLISSEMENTS

“Tout le monde a le droit d’être soigné et de mourir avec dignité. Le soulagement de la douleur, qu’elle soit physique, psychologique, spirituelle ou sociale, est un droit de l’homme.” (Dr Catherine Le Galès-Camus, Directrice adjointe de l’OMS pour les maladies non-transmissibles et la santé mentale).



Alors que nous nous approchons du troisième anniversaire de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, l’actualité en matière de soins palliatifs en établissements est particulièrement riche. En effet, la journée mondiale sur les soins palliatifs tenue le 6 octobre dernier, a été suivie de très près par la remise du rapport annuel du Comité national de suivi des soins palliatifs et de la parution d’un guide élaboré par l’OMS sur l’administration des soins palliatifs aux malades souffrant de cancers avancés. La place des EHPA et des EHPAD

dans ce dispositif a été consacrée par l’article 13 de la loi du 25 avril 2005 précitée, modifiant l’article L. 311-8 du Code de l’action sociale et des familles. Ainsi, désormais, le projet d’établissement doit identifier les services de l’établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et préciser les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles tripartites.

Essentielle, cette place a été maintes fois rappelée, notamment par la

Société Française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), laquelle en collaboration avec la Société Française d’accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), a élaboré en 2005 un outil destiné à faciliter la démarche de formation aux soins palliatifs à l’attention de ces établissements.

L’occasion nous été donc donnée de rappeler les fondements (1) et les enjeux (2) d’une politique de développement des soins palliatifs avant de présenter les actions à mener identifiées par le comité national de suivi des soins palliatifs (3).

1 – LES FONDEMENTS D’UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

En fin de vie, le traitement anti douleur constitue l’un des moyens permettant de préserver la dignité de la personne. La mise en œuvre du droit aux soins concrétise l’application du droit à la protection de la santé énoncé par L. 1110-1 du Code de la santé publique. Il se traduit notamment par le droit pour le patient à recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé et, le cas échéant, à bénéficier de la mise en œuvre de soins palliatifs.

L’accès aux soins des patients en fin de vie a vu ses modalités apparaître en France pour la première fois en 1986 dans le cadre d’une circulaire de la Direction Générale de la Santé du 26 août 1986. Ce texte soulignait l’intérêt de créer dans les établissements de santé des unités de soins palliatifs « *structures multidisciplinaires prenant en charge les malades en phase terminale et destinées en particulier à soulager leurs souffrances et à les accompagner* ».

Une loi de juin 1999 consacra ensuite le droit de toute personne malade dont l’état le requiert, d’accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Ce droit s’est trouvé réaffirmé par la loi du 4 mars 2002. Mais c’est la loi du 22 avril 2005 qui est venue préciser le dispositif. Ce texte, en consacrant le droit aux soins des malades en fin de vie, a conduit à la création d’une section spécifique à l’expression de la volonté des

malades en fin de vie dans le Code de la Santé Publique, insérant les nouveaux articles L. 1111-10 à L. 1111-13.

Aujourd’hui, l’organisation de soins palliatifs constitue notamment l’une des missions des établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l’article L. 6112-2 du Code de la Santé Publique.

Les soins palliatifs et les soins de fin de vie forment un continuum. Les soins palliatifs reconnaissent le caractère inévitable de la mort, mais s’efforcent d’assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients et à leur famille. Ils s’inscrivent dans une perspective d’affirmation de la vie et cherchent à créer un espace donnant aux patients la possibilité de vivre, les encourageant à vivre réellement, jusqu’au terme de leur vie.

Désormais, c’est donc un texte de loi qui aborde les questions liées à la fin de vie et rend licite la pratique d’abstention thérapeutique ou d’interruption de traitement lorsque les actes de prévention, d’investigation ou de soins apparaissent inutiles, ou disproportionnés ou n’ayant pas d’autre effet que le maintien artificiel de la vie. En d’autres termes, de tels actes peuvent être suspendus ou non entrepris de manière à assurer la dignité du mourant tout en offrant au praticien un cadre législatif le dispensant de recourir à l’inutile. Les princi-

pales dispositions de la loi du 22 avril 2005 sont consacrées aux domaines de la limitation ou de l’arrêt de traitement, des directives anticipées et du rôle de la personne de confiance lors de la fin de vie de l’usager.

- Limite ou arrêt de traitement

La loi encadre la possibilité pour le patient en fin de vie d’obtenir la limitation ou l’arrêt de son traitement.

Lorsque le patient est en mesure d’exprimer sa volonté, le droit à la prise de décision sur la limitation ou l’arrêt de traitement est consacré donnant la priorité au respect de la volonté du malade.

La mise en œuvre de ce droit suppose que : - l’affection soit grave et incurable, - l’évolution de la maladie soit en phase avancée ou terminale. Si le patient n’est pas en état d’exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d’arrêt d’un traitement inutile est également possible à la condition que la traitement médical soit inutile, disproportionné ou n’ait pour d’autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie du patient. En outre, la mise en œuvre de ce droit est subordonnée au respect des mêmes conditions.

Le texte reste toutefois silencieux sur le cas des patients qui ne sont pas en fin de vie mais dont l’état de santé pose le problème de l’administration médicalisée de la mort.

- Directives anticipées

La loi d'avril 2005 reconnaît à toute personne la possibilité de rédiger des directives anticipées ou en d'autres termes, la possibilité d'exprimer sa volonté quant aux actes ou aux soins de fin de vie à venir (Code de la Santé Publique, article L. 1111-11).

Ces directives doivent porter sur la volonté de la personne quant à la limitation ou à l'arrêt de traitement et sont

révocables à tout moment. Elles doivent dater de moins de trois ans et, le cas échéant, être portées à la connaissance du praticien. Leur rédaction, leur contenu et leur forme sont précisés par le décret n° 2006-119 du 6 février 2006.

Leur portée reste toutefois limitée dans la mesure où ce dernier ne sera pas tenu par les directives anticipées mais devra simplement en tenir compte.

- Personne de confiance et fin de vie

Dans le cadre de la réglementation propre à la fin de vie, le rôle de la personne de confiance est renforcé. L'article L. 1111-12 du Code de la Santé Publique établit une hiérarchie entre les proches du patient en donnant la priorité aux éléments donnés par la personne de confiance.

Seules les directives anticipées du patient prévalent sur l'avis de cette personne.

2 – LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

Dans le cadre de son rapport annuel déposé auprès du Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports le 9 octobre dernier, le Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement identifie des enjeux qui recouvrent quatre axes majeurs :

⇒ **des enjeux de santé publique** : liés aux progrès de la médecine générant une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité mais s'accompagnant également d'une augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie. Ils constituent par ailleurs un champ d'observation pour l'organisation du système de santé dans la mesure où le développement des soins palliatifs nécessite une approche transversale de disciplines médicales, des différents lieux de soins et de vie ainsi qu'une organisation du travail en réseau et coopérations.

⇒ **des enjeux éthiques** : augmentation des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : finalité et qualité de vie par la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'auto-détermination)

⇒ **des enjeux économiques** : augmentation des coûts de la santé (coûts de la dépendance générée, de la durée de vie avec une maladie ou une perte d'autonomie), augmentation des dépenses de santé et augmentation du nombre de requérants

⇒ **des enjeux citoyens** : nécessaire prise en compte par les professionnels des droits des patients et émergence de la notion de démocratie sanitaire, nécessaire développement

de nouvelles formes de solidarité pour les personnes les plus vulnérables. C'est à la lumière de ces enjeux identifiés que le Comité entend assurer sa mission qui consiste notamment à proposer une politique nationale de développement des soins palliatifs en tendant vers l'objectif ambitieux de la

3 – LES ACTIONS À MENER, IDENTIFIÉES PAR LE COMITÉ NATIONAL DE SUIVI DES SOINS PALLIATIFS

Les actions à mener sont déclinées autour de trois axes : l'organisation des soins palliatifs au sein des établissements et des réseaux de santé, la formation des professionnels de santé et, la formation et l'information des aidants et du public. Le rapport préconise en premier lieu l'élaboration d'un référentiel national qui décrit les différents types de prise en charge et mette l'accent sur la nécessité de maintenir une pluralité de prise en charge pour répondre aux besoins des patients, qu'ils relèvent de l'hôpital, du domicile ou du secteur médico-social.

Ainsi, si les unités de soins palliatifs et les lits identifiés sont nécessaires, les équipes mobiles doivent permettre une prise en charge palliative de tous les patients qui le nécessitent. De plus, ces équipes mobiles jouent un rôle important de formation des équipes médicales et doivent aussi pouvoir intervenir dans les établissements hospitaliers pour personnes âgées (EHPA) et médico-sociaux. Pour Monsieur AUBRY, président du comité, il est en effet essentiel de mettre l'accent sur la formation de tous les professionnels médicaux et paramédicaux concernés par les situations de fin de vie.

Cette formation, principalement centrée sur l'éthique et l'accompagnement des patients, gagnerait à être

création en France d'une culture de soins palliatifs et de l'accompagnement chez les professionnels comme chez tout citoyen.

De l'identification de ces enjeux, le comité a défini un certain nombre d'actions à mener.

organisée en interdisciplinarité, aussi bien pour la formation continue que pour la formation initiale. La rencontre de professionnels différents et l'échange d'expériences et de réflexions constituent en effet une partie intégrante de la formation.

Le rapport préconise enfin un accompagnement des proches et une formation du public. Dans nos sociétés développées qui ont fait reculer l'âge de la vieillesse, le déni de la mort peut conduire à une souffrance trop souvent vécue dans la solitude.

Ainsi, le comité national propose que soit mis en place un congé d'accompagnement rémunéré, d'une durée de deux semaines, pour les personnes qui souhaiteraient accompagner un proche dans sa fin de vie. Cette mesure favoriserait le maintien à domicile, dans les meilleures conditions, de la personne en fin de vie.

Pour le bénéficiaire, le congé d'accompagnement permettrait une réalisation plus progressive du deuil et exercerait un rôle de prévention des dépressions profondes qui surviennent parfois quand l'accompagnement n'a pu se vivre.

Affaire à suivre ...

Marie Eve BANQ
Avocat Montpellier

2ème Congrès Francophone des Directeurs d'Établissements pour Personnes Âgées

Inscription et paiement en ligne : www.directeurs2008.com

30 mars au 1^{er} avril

Palais des Congrès de Paris

**Dans le cadre
du 7^e Congrès National
des Professionnels
de la Gériatrie**



AD-PA

Dimanche 30 mars

13h00 - 15h00 : ACCUEIL
 15h00 - 16h00 : **HUMANITUDE** : Conférence J. PELLISSIER
 16h00 - 18h00 : **QUOI DE NEUF EN GERIATRIE ET GERONTOLOGIE EN 2008 ?** (Table ronde commune)
 16h00 Actualités des médecins coordonnateurs : M. NICOLINI
 16h20 Actualités des directeurs : P. CHAMPVERT
 16h40 Actualités médicales : J. ANKRI
 17h00 Actualités infirmières : A. FUMERY
 18h00 : COCKTAIL de bienvenue

Lundi 31 mars

9h00 : ACCUEIL
 10h15 - 12h00 : **QUELS MOYENS ET OBJECTIFS ?** (plénière)
 12h00 - 14h30 : Déjeuner et Conférences déjeuner
 14h30 - 16h00 : **MIEUX SE CONNAÎTRE POUR MIEUX TRAVAILLER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**
 Table ronde : P. METAIS - A. FUMERY - M. TROUVÉ
 P. CRÔNE
 16h15 - 17h30 : **PEUT-ON CHANGER L'IMAGE DES ÉTABLISSEMENTS** (plénière)
 18h00 - 19h00 : **LA COUPE PATHOS** : et après ?
 Questions/réponses : J.M. VETEL
 Modérateurs : X. CNOCKAERT - G. JOUBERT (AD-PA)
 20h00 : DÎNER DE GALA

Mardi 1er avril

8h00 : ACCUEIL - 9h00 : **ATELIERS**
 Atelier 7 - Motiver et dynamiser son équipe soignante : M.P. PANCRASZI
 Atelier 8 - Toucher tendresse : Y. GINESTE
 Atelier 9 - Architecture et Établissement : Cab. ARODIE DAMIAN - X. CNOCKAERT
 Atelier 10 - Appliquer la charte de la personne âgée : utopie ou réalité ? : A. CASAGRANDE - S. GUNST (AD-PA)
 Atelier 11 - Le Conseil de Vie Sociale : P. MOREAU C. ZINETTI LETELLIER - C. LOUCHET - J.M. LABEL
 Atelier 12 - Les relations familles
 Atelier 13 - Gestion des conflits sociaux
 Atelier 14 - Comment rester citoyen en EHPAD ? : F. PRONO (AD-PA) - J. LE GALL (AVVEC)
 11h00 - 12h30 : **DIVERSIFICATION DE L'OFFRE** (plénière)
 12h00 - 14h30 : Déjeuner et Conférences déjeuner
 14h30 - 16h00 : **SEXUALITE DE LA PERSONNE ÂGÉE** (plénière)
 14h30 : Sexualité et société : C.H. RAPIN
 14h55 : Affectivité et sexualité des PA : V. LEFEBVRE DES NOETTES
 16h00 : CLÔTURE

BULLETIN À remplir en lettres majuscules et À ADRESSER AVEC LE RÉGLEMENT avant le 20 mars 2008 à MF CONGRÈS/CIG2008 - 8, RUE TRONCHET - 75008 PARIS. Tél.: +33 1 40 07 11 21 - FAX: +33 1 40 07 10 94

Mme/Melle/M./Dr/Pr - NOM :

Prénom :

Établissement :

Adresse (Préciser si professionnelle ou personnelle) :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Fonction :

Secteur : Public

Privé

Associatif

PASS 3 JOURS :

- Directeurs, médecins, cadres de santé
 - Étudiant(es) (sur justificatif)

Avant le 20-03-2008 / Après sur place

250 TTC
 145 TTC

300 TTC
 160 TTC

PASS A - 30 MARS, 31 MARS

- Directeurs, médecins, cadres de santé
 - Étudiant(es) (sur justificatif)

175 TTC
 100 TTC

200 TTC
 130 TTC

PASS B - 1er AVRIL

- Directeurs, médecins, cadres de santé

150 TTC
 110 TTC

180 TTC
 140 TTC

DÎNER DE GALA - LUNDI 31 MARS

80 € TTC

**CHOIX ATELIER : Mardi 9h
en fonction des places disponibles**

1er choix : Atelier n°

2è choix : Atelier n°

3è choix : Atelier n°

TOTAL =€ TTC

Paiement par chèque à l'ordre de MF CONGRÈS

Paiement par virement bancaire libellé au compte MF CONGRÈS

BANQUE : CIC -11 rue d'Aguesseau, 75008 Paris - France CODE BANQUE : 30066 - CODE GUICHET : 10934
 No DE COMPTE : 00010457101 - CLE RIB : 34 - DOM : PARIS ST HONORÉ ENTREPRISE

Paiement Carte Bleue : Master Card Visa Am. ex.

N° : Expiration :

Signature :

ANNULATION: Toute annulation doit être signifiée par écrit au secrétariat du congrès avant le 15/03/08 : il sera remboursé 75 % des frais de participation. Les remboursements seront effectués après le congrès. À partir du 15/03/08, aucun remboursement ne sera effectué.