

NÉCESSAIRE "5^E RISQUE"

Assurer des ressources stables et pérennes pour les personnes âgées fragilisées passe par la création d'un nouveau champ de protection sociale.

Réaffirmé, en ce début 2010 comme une priorité par le Président Sarkozy ce "5^e risque", auquel nous consacrons notre dossier, est la seule solution possible aux difficultés du secteur :

- Il faut sortir des reprises années après années des crédits de la CNSA et du Jour Férié ;
- Il faut assurer un financement adapté pour les services d'aide à domicile qui doivent créer des emplois qualifiés et non les supprimer ;
- Il faut permettre aux services de soins à domicile d'accompagner correctement les personnes âgées très handicapées avec une tarification adaptée ;
- Il faut que les établissements aient les moyens annoncés dans le Plan Solidarité Grand Âge et qu'on sorte des menaces de convergence à la baisse agitées par Bercy.

■ Les professionnels prennent leurs responsabilités en travaillant dans un secteur qui participe à l'action humanitaire dans la France du XXI^e siècle.

■ L'AD-PA prend ses responsabilités, dans cette période de crise, en acceptant le report du débat sur le 5^e risque, et en proposant une pause dans les créations d'établissements et de services de soins, afin de concentrer les maigres crédits disponibles sur les structures existantes.

■ Aux dirigeants de prendre les leurs en rendant cohérents leurs promesses, leurs engagements et leurs actions.

■ À nous de rester vigilants pour les y inciter, tout en trouvant les réponses managériales et juridiques pour n'être pas les boucs émissaires des promesses non tenues par les autres.

Ce sera le point central de notre colloque de fin mars.

Pascal Champvert
Président de l'AD-PA
Directeur Saint-Maur, Sucy, Bonneuil (94)

COLLOQUE AD-PA

28 au 30 mars 2010

SOMMAIRE



ÉDITORIAL	1
DOSSIER 5 ^E RISQUE	2-6
INFOS – EMPLOI	7
LIVRES	8
ÉVALUATION	9
POSITIONNEMENTS	10
DOMICILE	11
COLLOQUE AD-PA	12

**ENCART
SPÉCIAL "ADHÉRENTS"**

Infos Réseau	I-II
Dimension gestionnaire	III-IV

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

www.ad-pa.fr

*L'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées)
regroupe les Directeurs d'établissements de services à domicile et de coordinations.*

Le collectif Une Société pour tous les Âges, auquel l'AD-PA adhère, a tenu une conférence de presse en février sur le 5^{ème} risque. Dans ce cadre, Catherine Ollivet, Bernard Ennuyer et Jean-Claude Henrard ont présenté leur analyse sur le sujet.

LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

Questions/Réponses

Bernard Ennuyer, sociologue, directeur de service à domicile

1) De plus en plus, les Français contribuent, à titre personnel, aux dépenses de santé (franchises médicales...), doit-on craindre que notre système de santé se libéralise pour réduire son déficit (d'autant plus, que la population vieillit) ?

Oui bien sûr, même s'il faut rappeler que diverses études montrent que les personnes âgées de

60 ans et plus ne contribuent que fort peu à l'accroissement des dépenses de santé (voir les travaux

de l'IRDES) contrairement aux idées reçues.

2) Les Français sont-ils prêts à payer plus d'impôts, c'est-à-dire faire un nouvel effort de solidarité nationale, pour limiter les inégalités dans l'accès aux soins ?

A priori quand on leur pose la question directement, la réponse est clairement non... ce qui n'a rien de surprenant.

Mais on peut penser qu'un véritable débat national autour de la question de la solidarité pourrait sans doute permettre

de dépasser cette réponse négative à condition d'expliquer très clairement où passera l'argent prélevé.

3) Le cinquième risque permettra-t-il véritablement de mieux prendre en charge la dépendance ? Comment faut-il le financer ? L'Etat semble vouloir s'appuyer sur la solidarité nationale tout en faisant appel à la prévoyance individuelle et collective (assurances, mutuelles, institutions de prévoyance). Un partenariat public-privé pourrait être mis en place avec ces organismes. Un partenariat public-privé vous paraît-il envisageable ?

Rappelons tout d'abord, comme le disait le rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie en 2007, que le cinquième risque c'est « un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie avec la création d'un droit universel de compensation pour l'autonomie » et ce sans distinction d'âge. L'objet du cinquième risque est donc de mieux répondre au besoin des personnes de 60 ans et plus, besoin de soins et d'aide résultant de déficiences et d'incapacités dans certains actes de la vie quotidienne, en supprimant la discrimination par l'âge qui prévaut actuellement entre les moins et les plus de 60 ans. Pour ce faire il faut trouver 5 milliards (0,25 point de PIB) d'euros pour doubler l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et l'amener au niveau moyen de la Prestation de Compensation du Handicap. Il semble fondamental de solvabiliser au maximum cette couverture des soins de longue durée par la solidarité nationale (impôts directs, CSG, TVA sociale, droits de succession plus importants pour tout le monde, autres sources à trouver). Ensuite il peut y avoir place pour les entreprises avec des contrats collectifs de prévoyance. Il res-



tera toujours possible aux individus qui le souhaiteront de contracter une assurance "dépendance" individuelle, mais nous ne voulons en aucun cas que cette assurance se trouve en première ligne et qu'elle soit obligatoire, notamment pour les générations les

plus jeunes comme le gouvernement semble le prévoir et comme le préconise le très récent rapport (décembre 2009) de l'Association des professionnels de la Réassurance en France... Nous ne voulons pas non plus du gage sur patrimoine (Mission Marini – Rap-

port Vasselle de juillet 2008) qui pénaliserait doublement ceux qui ont déjà la malchance de mal vieillir. Rappelons aussi pour finir que la mission Marini souhaitait maintenir la discrimination par l'âge... malgré l'article 13 de la loi du 11 février 2005.

4) Le cinquième risque est-il une nouvelle branche de la Sécurité sociale ?

Ce n'est pas tant la question de la gestion de cette nouvelle branche, mais avant tout celle de son financement dont nous souhaitons qu'il reste de type « Sécurité sociale », cela veut dire mutualisa-

tion de ce nouveau champ de protection sociale, quelque soit l'âge, par tous les citoyens et recettes qui s'ajustent aux dépenses et non pas comme pour la CNSA actuellement des dépenses a

priori limitées par une enveloppe fermée qui ne permet pas de s'ajuster au besoin des gens.

5) La crise économique ne remet-elle pas en cause le financement actuelle de la Sécurité sociale ? Doit-on s'inspirer de certains modèles étrangers pour faire évoluer notre système de protection sociale ?

La crise économique ne remet pas en cause le financement de la Sécurité sociale dans son principe mais interroge les choix budgétaires du gouvernement actuel. Faut-il rappeler que le déficit de la Sécurité Sociale est un déficit non de dépenses, mais de re-

cettes à cause de moindres rentrées dues à la crise économique mais surtout du choix du gouvernement de faire des cadeaux fiscaux aux classes supérieures (20 milliards d'euros et aux entreprises (exonérations de charge d'environ 30 milliards d'euros) au lieu

de les affecter à ces moindres rentrées ! Le modèle scandinave dont on pourrait s'inspirer en partie n'a pas fait de tels choix pour sa politique publique de santé et sa politique vieillesse.

Evaluer l'autonomie

6) Que penser de la grille AGGIR? Comment mieux définir les niveaux d'autonomie, notamment en matière d'évaluation psychologique? Par ailleurs, quel type de personne est la mieux adaptée pour remplir cette grille ? (médecins, travailleurs sociaux...)

AGGIR peut éventuellement rester comme outil d'éligibilité à la prestation mais n'est pas le bon outil pour proposer un plan d'aide et allouer des ressources correspondant à ce plan d'aide. La CNSA travaille actuellement sur un Guide d'évaluation ap-

pelé GEVA qui pourrait être plus satisfaisant quand il sera opérationnel, car pour l'instant les Maisons départementales des personnes handicapées le trouvent très lourd et peu maniable. La France ne possède pas de corps d'évaluateurs en santé publique

comme d'autres pays, il faudrait donc soit créer cette spécialité qui n'existe pas actuellement ou juxtaposer plusieurs compétences médicales, psychologiques et sociales à travers des professionnels différents comme le font les MDPH.

L'accompagnement

7) Est-ce que le fait que la prise en charge de l'accompagnement à l'autonomie soit départementale augmente les inégalités entre les personnes âgées ? Ne faut-il pas vivre sa jeunesse dans un département et sa vieillesse dans un autre, en fonction des priorités politiques ?

Il est tout à fait avéré que la gestion départementale de l'APA crée des inégalités importantes, certains départements ont déplafonné l'APA cela veut dire qu'il donne pour les situation les plus lourdes (GIR 1) plus que le pla-

fond de 1224,63, alors que la moyenne des départements français donne en moyenne des sommes inférieures de 29%... à ces plafonds (source Drees, Etudes et Résultats, n°710, nov. 2009). Cette inéquité territoriale des

français devant l'APA due aux moyens financiers inégaux d'un département à l'autre prêche à elle seule pour que le financement soit recentralisé même si la délivrance de la prestation doit rester au niveau local.

8) Quelle place doit-on donner à la famille ? Faut-il encourager l'accompagnement par les aidants-familiaux ?

De fait aujourd'hui l'aide à domicile est assurée massivement par les familles et surtout les femmes (conjoints, filles, belles filles). L'aide des familles

est deux à trois fois supérieure à l'aide professionnelle pour les allocataires de l'APA (Drees, Etudes et Résultats, n° 459, janvier 2006). Il faut bien sur

aider bien plus les familles en doublant la prestation APA (5 milliards à trouver).

Le personnel accompagnant

9) Dans un contexte où l'on parle beaucoup de souffrance au travail, qu'en est-il des travailleurs en gérontologie ? Y a-t-il suffisamment de formation vers ses carrières ?

La réponse est évidente. Il n'y a pas assez d'incitations pour orienter les salariés vers les métiers du "grand âge" malgré les efforts de Valérie Létard. Il faut former davantage, donner de meilleurs salaires, accompagner dans les services à domicile et dans

les hébergements ces professionnels dans leur travail quotidien extrêmement difficile. Il faut aussi leur donner un meilleur statut et aussi des perspectives de carrière tout en changeant l'image du travail auprès des personnes vieillissantes. Cela suppose

fondamentalement que la société française change elle aussi de regard sur le vieillissement et la vieillesse qui loin d'être un handicap représente une chance pour la société française.

LES ORIENTATIONS DE LA FRANCE AU REGARD D'AUTRES PAYS EUROPÉENS TYPE EN MATIÈRE DE POLITIQUE MÉDICO-SOCIALE VIEILLESSE

Jean-Claude Henrard,
Gériatre, Professeur de Santé Publique

La politique de réponse aux situations de handicap est singulière en France car elle élève une barrière d'âge entre les moins de 60 ans et ceux plus âgés. Il en résulte une catégorisation sociale des personnes âgées enfermées dans le ghetto de la dépendance et bénéficiant de prestation spécifique (prestation spécifique dépendance en 1997 ; allocation personnalisée d'autonomie en 2002). Celles-ci sont moins généreuses que celles attribuées aux adultes plus jeunes ayant les mêmes besoins d'aide et de soins. Le dispositif de prise en charge est en outre éclaté entre de multiples décideurs, financeurs, gestionnaires de services et établissements et professionnels de l'aide et du soin. Il s'en est suivi de multiples tentatives de coordination impulsés par l'Etat central qui n'ont jamais pu être généralisées faute de relais locaux. Qu'en est-il de la barrière d'âge et de la fragmentation des dispositifs d'aide et soin dans les autres pays européens ? Aucune barrière d'âge n'existe dans les autres pays quel que soit le système de prise en charge. Celui-ci dépend du régime de protection sociale choisi.

Le régime "social-démocrate" des pays nordiques...

Toute personne quel que soit son âge a droit aux prestations médicales ou sociales nécessaires en raison de maladie ou de handicap. Ces pays ont en outre décentralisé les responsabilités en matière d'organisation, financement et fourniture des services et établissement conférant ces tâches aux municipalités. Elles ont mis à la disposition de leurs administrés toute une gamme d'intervenants de premier recours : services à domicile fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 procurant aide-ménagère, soins à la

personne et soins infirmiers à domicile (les soins techniques sont assurés par une infirmière sous la supervision du médecin de famille) ; aides techniques et adaptation des logements par un département dirigé par un ergothérapeute ; rééducation physique d'entretien très souvent ; activités sociales ; transports pour personnes handicapées ; aides financières. Il s'agit donc d'un véritable système d'aide et de soins intégré. Les soins hospitaliers de deuxième recours sont assurés par les comités. Lorsque des personnes "blo-

quent" des lits pour raisons non médicales, les municipalités ont l'obligation de rembourser les coûts de soins hospitaliers aux comités. Cela constitue une forte incitation au développement des services de soutien à domicile. En matière d'hébergement collectif le Danemark se singularise par l'arrêt de construction de tout nouvel établissement depuis 1987. Des appartements adaptés aux différents handicaps prennent la place, les personnes font appel aux services de soutien à domicile en cas de besoin.

Le régime "conservateur corporatiste" (Allemagne et France)

Des assurances obligatoires fondent la sécurité sociale : les droits sont liés aux cotisations sociales des employés et des employeurs et limités aux risques reconnus : maladie, pension de retraite, etc. ; la gestion est principalement assurée par les partenaires sociaux présents sur le marché du travail d'où un intérêt moindre pour les problèmes des personnes professionnellement inactives (ex. les handicapés). La prise en charge des conséquences de leur handicap est laissée principalement aux familles, l'action sociale des pouvoirs publics est une aide sociale résiduelle car limitée aux pauvres. L'augmentation des handicaps liés aux maladies chroniques invalidantes, du fait notamment de la montée des personnes du grand âge, a conduit les pays ayant ce régime à partir du milieu des années 1980 ont recherché une

solution à leur prise en charge. En Allemagne, un consensus s'est établi entre partenaires politiques et syndicaux pour créer, en 1994, une nouvelle branche – aide et soins de longue durée – de sécurité sociale. L'éligibilité dépend du niveau d'incapacités pour accomplir les activités de soins personnels et d'entretien du ménage du fait de maladie ou de handicap chronique quel que soit l'âge. Les personnes éligibles ont le choix entre prestations en espèces ou en nature en établissement ou au domicile. Cette nouvelle branche d'assurance sociale a rendu de nombreuses personnes solvables (plus de 2 millions de bénéficiaires). Elle a permis à l'Allemagne de combler pour partie son déficit en service et personnels dans le secteur de l'aide à domicile (les personnels ont été multipliés par 2,5 en six ans)

en renforçant les prestataires caritatifs et en développant massivement le secteur privé à visée commerciale (il a plus que triplé en six ans). La séparation du financement des soins curatifs de celui des soins de longue durée ne permet pas d'assurer la continuité des soins et notamment leur dimension préventive par exemple en matière de rééducation. En outre, l'augmentation croissante de la population du grand âge rend le financement difficile et nécessite de nouvelles sources. Le choix en France de la barrière d'âge génère des problèmes d'inégalité dans la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées dites dépendantes. La question de la convergence des prestations entre les deux secteurs est posée, la création d'un risque commun étant un moyen d'y répondre.

Un régime mixte : la Grande-Bretagne

Dans le secteur sanitaire existe un système national (NHS) universel financé par l'impôt qui paye les soins hospitaliers et de ville. Son organisation distingue une gradation des soins : première ligne comprenant médecins de famille, infirmiers et services infirmiers "communautaires" (incluant infirmières visiteuse, auxiliaire etc.). Dans le secteur social, les Autorités locales (AL) qui sont responsables des services ménagers, du portage de repas, de l'adaptation des logements et de l'hébergement collectif de longue durée. L'éligibilité se fait plus sur le montant des ressources que sur les besoins. Un secteur privé offre les mêmes types de prestations. Pour remédier à cette

dichotomie et augmenter l'efficacité des prestations, le gouvernement a entrepris de faciliter l'intégration des soins médicaux et sociaux par deux grands types de mesures. Le premier est l'introduction tentée à lever par voie législative les barrières administratives et financières entre NHS et AL : par exemple financements de services par un "pot" commun, délégations de responsabilités à un leader unique pour la planification et l'achat de services, intégration des services dans une même organisation avec gestion et personnels en commun. Le second est la création de groupements voire de "trusts" de soins de première ligne comprenant tous les médecins géné-

ralistes d'une localité responsables de 100 à 250.000 patients. Ils gèrent un budget unique pour passer contrat avec les établissements hospitaliers locaux et les différents prestataires d'aides et soins de longue durée. Ils font l'objet d'incitations financières pour se coordonner avec les services sociaux des AL afin de développer de nouveaux services à la frontière des deux secteurs : soins intensifs à domicile (correspondant à des soins hospitaliers à domicile), intervention rapide des équipes médico-sociales, services de réadaptation active pour faciliter les sorties rapides lors d'hospitalisation et pour en éviter.

Dans l'ensemble

Les pays du sud de l'Europe ont peu développé le secteur professionnel de soutien à domicile. En dehors de l'aide familiale très dominante, l'aide à domicile est souvent apportée par des aidants non formés provenant de pays extérieurs à l'UE, payés "au noir". Dans certaines régions de l'Italie, de-

puis 1990, des expériences de soutien à domicile intégré coordonnés par des municipalités, regroupent des services avec médecin gériatre, infirmier et travailleur social. Après évaluation de la situation des demandeurs ils établissent un plan d'aide et de soin qui peut comporter une large gamme de

prestations (ex kinésithérapie à domicile) répondant au mieux aux besoins. Dans les faits, il se limite le plus souvent aux seuls services médicaux par manque de coopération entre secteurs sanitaire et social et du fait de différences dans les modalités de financement.

DISCRIMINATION PAR LA MALADIE

Catherine Ollivet, France Alzheimer Seine-S't Denis

Nous sommes habitués à entendre dire, y compris par les politiques « Il n'y a pas de problème, il est bien pris en charge, il est à 100% » sans bien savoir ce que cette expression recouvre exactement comme droits.

Une liste de 30 affections de longue durée appelée "ALD 30", ouvre effectivement le droit à une prise en charge à 100% par l'assurance maladie pour tous les actes médicaux et seulement médicaux : consultations, examens complémentaires, médicaments, hospitalisations de court et moyen séjour, et ce uniquement dans le cadre strict de la maladie déclarée en ALD 30. Par contre la personne malade ne sera pas prise en charge à 100% pour toute autre maladie dont elle pourrait souffrir ponctuellement. Ces maladies de longue durée recouvrent des réalités et des conséquences bien différentes selon les cas : certaines nécessiteront de nombreux examens, des traitements réguliers et onéreux, sans pour cela entraîner ni handicap ni perte d'autonomie. A l'inverse, d'autres pathologies, surtout celles que l'on ne sait pas guérir, ni même vraiment traiter ou compenser, ne nécessitent que peu de dépenses médicales relevant de la prise en charge à 100%, mais entraînent des incapacités rapidement invalidantes dans la vie quotidienne, c'est ainsi le cas de la plus emblématique d'entre elles, la maladie d'Alzheimer, mais aussi de nombreuses autres maladies neuro-dégénératives.

On peut dire qu'en fait les "ALD 30" ne sont pas prises en charge de la même façon selon qu'elles sont très "médica-

lisées" ou qu'elles relèvent plutôt d'une prise en charge "médico-sociale".

À l'heure où l'on parle, pour le déplorer, de l'augmentation du forfait hospitalier, "frais d'hébergement", passant de 16 à 18 € pour les patients hospitalisés, bien peu de personnes savent, hormis celles qui sont déjà concernées, que le forfait hospitalier, reste à charge pour les frais d'hébergement en service hospitalier de longue durée est lui, depuis bien des années, aux environs de 80 € par jour en Ile-de-France, pour des patients dont les atteintes multiples ne leur permettent plus de vivre à domicile compte tenu de leurs importants besoins en soins et aides permanents.

Les choses peuvent aussi se compliquer lorsque la personne souffre de deux pathologies graves, l'une nécessitant de nombreux examens, soins et traitements comme dans le cas de certains cancers ou de pathologies cardiaques, l'autre entraînant de nombreuses incapacités médico-sociales comme la maladie d'Alzheimer : le danger réside alors dans une discrimination où le patient atteint d'une maladie curable "disparaît" derrière sa pathologie Alzheimer et ses nombreux troubles du comportement aggravés lors des hospitalisations. Il peut alors se voir refuser toute prise en charge pour son autre maladie, ou au mieux, de se voir traité à minima, les spé-

cialistes considérant que les contraintes des traitements sont incompatibles avec les symptômes comportementaux de l'Alzheimer.

Entre renoncement aux soins et acharnement thérapeutique, le juste respect des droits du patient est parfois cruellement douloureux à trouver pour les professionnels soignants et pour les familles.



LA POSITION DE L'AD-PA (SUITE AU CONSEIL CNSA DE 2007)

L'AD-PA se réjouit que le rapport sur « le nouveau champ de protection sociale » ait été voté à l'unanimité moins une abstention.

En effet, le texte fixe les sujets essentiels et a permis de dégager des compromis entre Etat, départements, partenaires sociaux, personnes âgées, personnes handicapées et professionnels :

- le vocabulaire doit évoluer ; il s'agit d'aider des personnes à aller vers l'autonomie et non de stigmatiser des "dépendants"

- la prestation de compensation pour l'autonomie doit s'appuyer sur un plan personnalisé quel que soit l'âge de la personne, - de 60 ans ou + de 60 ans

- sont reconnues les nécessités d'augmenter le nombre de professionnels, d'établissements et services et de baisser les coûts supportés par les personnes âgées

- le rôle des départements est maintenu, mais la CNSA doit être garante de l'égalité au plan national

- le risque est inscrit dans la so-

lidarité nationale, mais la spécificité de la CNSA et de sa gouvernance est reconnue

- une démarche assurantielle est possible, mais elle reste complémentaire et soumise aux règles de base de la prestation.

L'AD-PA souhaite désormais que le Gouvernement s'empare de ce travail pour engager une réflexion sur le mode de financement dans le cadre de la Conférence Nationale que l'association appelle de ses vœux depuis plusieurs années.

HARMONISER ET MIEUX FINANCER LES AIDES À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AVVEC a participé au séminaire organisé en juillet 2009 avec les organisations des personnes âgées et personnes handicapées de familles et de professionnels pour faire le point sur le "5^{ème} risque". Voici le document issu de ses travaux.

L'aide à l'autonomie répond à des enjeux éthiques envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, mais aussi économiques car les moyens financiers à dégager seront un puissant facteur de croissance par la création de centaines de milliers d'emplois non délocalisables. Ce choix doit être fondé sur 7 principes qui permettent aux personnes en situation de handicap quel que soit leur âge d'être considérées de plein droit comme des assurés sociaux et des citoyens :

AUTONOMIE

Préférer la notion d'« aide à l'autonomie » à celle de prise en charge de la dépendance.

DIGNITÉ

Mobilisation de moyens réellement nouveaux pour mieux accompagner les personnes âgées et des personnes en situation de handicap quel que soit le lieu de vie, diminuer les prix payés, et soutenir les familles des personnes à domicile et en établissement.

UNIFICATION - CONVERGENCE

Reconnaissance d'un droit universel à compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge (avant et après 60 ans) dans le cadre de la loi du 11 février 2005 (art. 13) prévoyant la convergence des prestations de compensation pour les

personnes en situation de handicap et les personnes âgées à l'horizon 2010.

LIBERTÉ

Respect du choix de lieu de vie entre domicile et établissement.

GOVERNANCE

Renforcement du rôle de la CNSA dans sa structuration actuelle assortie d'une amélioration de la représentation des acteurs autres que l'Etat.

ÉVALUATION

Mise en place, à partir d'une démarche d'évaluation individualisée et multidimensionnelle, d'un plan de compensation prenant en compte la situation, les besoins et le projet de vie de la personne quel que soit son âge et son lieu de vie.

SOLIDARITÉ

Le financement des prestations mettant en œuvre ce nouveau droit universel doit s'inscrire dans les ressources de la protection sociale et de la solidarité ; ces financements excluent tout recours sur succession et toutes conditions de ressources dans l'accès au droit ; la participation des produits d'assurance individuelle ou collective peut être envisagée si elle est encadrée et vient en supplément des financements publics.

REPORT DU 5^E RISQUE : DE LA DÉPENDANCE À L'AUTONOMIE ?

- 15 février

Le Président Sarkozy a annoncé ce matin aux partenaires sociaux que le dossier "5^{ème} risque" en faveur des personnes âgées serait repoussé après le débat sur les retraites et donc probablement à 2011.

Ce nouveau report est contraignant ; pour autant l'AD-PA préfère une bonne réforme dans 8 mois à une mauvaise dans 8 semaines.

Ce délai peut se révéler fructueux s'il est l'occasion de réels échanges s'appuyant sur les attentes des personnes âgées, des familles et des professionnels qui les accompagnent au quotidien.

Par ailleurs, l'AD-PA demande qu'on abandonne définitivement le terme de "dépendance" qui est dévalorisant voire insultant pour les personnes, au profit d'"aide à l'autonomie" qui est positif et indique l'objectif vers lequel notre société doit accompagner chacun de ses membres y compris âgés.

FORMATION AD-PA

**ÉVALUATION EXTERNE...
COMMENT S'EN SORTIR ?**

ATTENTION PIÈGE !

(cf. p.9)

Dès à présent inscrivez-vous pour ces journées de formation décentralisées qui vont se tenir dans toute la France d'ici la fin de l'année. Déjà programmées : **Rennes** le 27 avril, **Lyon** le 4 mai, **Nancy** le 6 mai, **Dijon** le 8 juin, **Paris** le 28 septembre, **Bordeaux** le 14 septembre. Bientôt Toulouse, Montpellier, Marseille, Nantes, et d'autres encore...

Coût de la journée de formation 220€
(180€ pour les adhérents AD-PA)

Renseignements, pré-inscription – Norbert Navarro
norbert.navarro@wanadoo.fr – 04 73 68 02 83

4^e Colloque sur les âges de la vie

La Cause des aînés

< Pour Vieillir autrement... et mieux >

Samedi 12 et
Dimanche 13 Juin 2010



à la Maison de la Chimie à Paris en partenariat avec l'AD-PA

Ce colloque, organisé par Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste et parrainé par Nora Berra, propose un autre regard sur le grand âge. Il réunit 38 intervenants dont les travaux constituent une avancée significative dans leur domaine : gérontologues, gériatres, psychanalystes, psychologues, soignants, directeurs des différents lieux de vie concernés.

Des artistes âgés viendront également témoigner de leur parcours, dévoilant une œuvre qui n'a jamais été si aboutie et vigoureuse qu'avec l'avancée en âge.

Renseignements et inscription – 01 49 10 38 92 – www.cause-des-aines.fr



L'ASSOCIATION LES GENÊTS D'OR RECRUTE

DIRECTEUR(TRICE) pour ses EHPAD (3 établissements du secteur brestois, 209 résidents)
- Formation supérieure acquise idéalement dans le secteur médico-social
- Formation initiale de soignant fortement appréciée
- Expérience de direction sur un poste similaire souhaitée

Dossier de candidature à :
Monsieur le Directeur Général, Association Les Genêts
d'Or, Route de Callac,
BP17942 – 29679 Morlaix Cedex

**L'ASSOCIATION LES GENÊTS D'OR RECRUTE
MÉDECIN COORDONNATEUR** pour son EHPAD
des 4 Moulins à Brest
Poste à 0.4 ETP

Dossier de candidature à adresser à :
Monsieur le Directeur des EHPAD, Association Les Genêts d'Or
Service emploi formation, BP 17942 – 29679 Morlaix Cedex

RECHERCHE DIRECTEUR EHPAD
expérience de 13 ans poste formation
niveau I, étudie toutes propositions

Contact : Lionel Boidin – 06 72 69 64 00
70 Rue des Carrières
94400 Vitry-sur-Seine

■ VIEILLIR... DES PSYCHANALYSTES PARLENT

Dominique Platier-Zeitoun, José Polard et Jacky Azoulai



Est-ce la vie qui nous quitte ou nous qui la laissons ? Dans les derniers temps de l'existence, peut-être est-ce bien la seule question qui vaille, la seule option qui reste.

A Londres, le 1^{er} août 1939, dans un geste décisif d'adieu à la vie, Freud renonce à sa pratique analytique et cesse de rece-

voir des patients. Ayant accepté enfin des antalgiques puissants, il décèdera quelques semaines plus tard, à 83 ans. Lacan reçut également des analgésiques très tard, alors que les signes avant-coureurs d'une pathologie très lente étaient à l'œuvre depuis des années.

Forts nombreux en fait sont les psychanalystes actifs longtemps qui aspirent à « entrer vivant jusque dans la mort », selon la saisissante expression de Winnicott. Comment ne pas être frappé par l'enracinement, la persistance et l'âpreté de ce désir à l'œuvre ?

Érès - 256 p. - 28 €

■ RÉCIPROQUES : HISTOIRES DE FAMILLE OU AFFAIRE D'ÉTAT ?

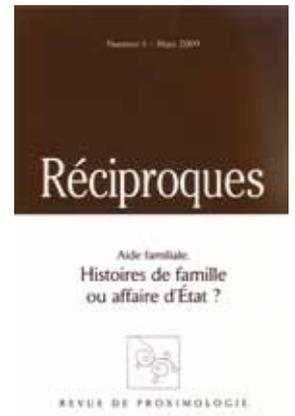
Revue de proximologie

Revue prospective de proximologie, Réciproques souhaite apporter à la fois des données factuelles, issues des nombreux travaux d'enquêtes et d'études auxquels s'associe la Fondation Novartis, et des réflexions dont la richesse traduit la diversité de leurs auteurs et l'ouverture des disciplines. En donnant la parole à un large panel d'acteurs issu du monde médical, politique, social ou associatif, cette publication ouvre un espace de dialogue et de débat qui s'inscrit dans le développement d'une démarche pionnière fondée sur une meilleure connaissance et reconnaissance d'un acteur clé du soin : l'entourage de la personne malade. Soutenu par la Fondation Novartis, Réciproques paraîtra selon une fréquence semestrielle : la revue est disponible gratuitement sur simple demande et en téléchargement sur proximologie.com.

Éditorial : Il est fondamental d'accompagner et de former les aidants familiaux, Patrice Zagamé *Rencontre avec Valérie Létyard*, le développement de la protection sociale favorise les solidarités de proximité.

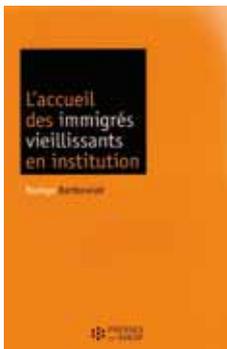
...

Proximologie.com - 141 p. -
Gratuit, téléchargeable ou inscription
sur site



■ L'ACCUEIL DES IMMIGRÉS VIEILLISSANTS EN INSTITUTION

Nadège Bartkowiak



Les immigrés vieillissent aussi. Le vieillissement de la population immigrée est aujourd'hui en France une réalité sociale avérée. Surreprésentés chez les personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population, les immigrés restent pourtant sous-représentés en institution. La question des immigrés âgés interroge ainsi notre contrat social au plus profond, et met en lumière une société pluriel-le et diversifiée. Le défi lancé par

l'accueil des immigrés âgés en maison de retraite est celui de l'ouverture à l'interculturel, de l'alliance de l'égalité et de la différence dans une prestation de qualité. Apprivoiser la différence culturelle et l'intégrer au quotidien tout en préservant la singularité des individus : tel est l'objectif des actions concrètes proposées dans cet ouvrage. Car l'individualité reste le maître-mot. En ce sens, les améliorations préconisées par Nadège Bartkowiak sont susceptibles de bénéficier à tous les résidents des établissements pour personnes âgées.

Presses de l'EHESS - 128 p. - 19 €

■ CONTRE LA MALTRAITANCE EN EHPAD

Propositions concrètes pour sécuriser le fonctionnement des EHPAD - Gérard Brami

Fortement médiatisée, la question de la maltraitance est au centre du débat actuel concernant le fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'institution y est souvent présentée comme responsable et coupable. De nombreux facteurs interviennent pour déstabiliser l'établissement, par exemple le numéro national d'appel lancé récemment, la multiplication des plaintes auprès des autorités de tarification et le développement de la médiatisation du sujet. La proposition de mise en place d'une méthode, dénommée "FORCE", permet de répondre à l'essentiel de toute démarche contre la maltraitance, fondée sur des formations professionnelles adaptées, une organisation spécifique pour l'expression des droits des usagers, le développement strict de la notion de

respect appliquée aux personnes accueillies mais également aux personnels, la mise en place d'un comité local de vigilance et des enquêtes de satisfaction spécifiques. La mise en place, partielle ou totale, de la méthode que nous conseillons dans cet ouvrage, qui a été appliquée dans nos établissements, assure protection et sécurité à l'ensemble des acteurs institutionnels.

Les Études Hospitalières coll. Pratiques professionnelles - 244 p. - 50 €



ÉVALUATION EXTERNE : ATTENTION PIÈGE !

Le rendez-vous à ne pas manquer...

Norbert Navarro,
vice-président de l'AD-PA,
membre de l'ANESM

Les Grandes Manœuvres ont commencé... L'ANESM a commencé à publier la liste des organismes habilités à réaliser les évaluations externes. Déjà près de quatre cent cinquante organismes. Les vannes sont grandes ouvertes, et depuis, à chaque arrivée du courrier, chacun peut s'en rendre compte tant sont nombreuses les multiples sollicitations de cabinets aussi divers que variés, mais toujours "experts" qui nous veulent tous du bien et surtout par la même occasion, récupérer quelques finances.

Attention ! L'habilitation ANESM n'est en aucun cas une garantie de la qualité de l'organisme habilité et, surtout pas, de sa capacité réelle à réaliser

une évaluation externe. L'habilitation ANESM, c'est juste et uniquement le constat de l'engagement "a priori" de l'organisme de respecter un cahier

des charges aussi succinct que non contraignant (directive européenne sur les services oblige...).

■ Experts, vous avez dit experts ?

Pour le fun, sachez que plusieurs de ces "experts" tout à fait régulièrement habilités, ont pris contact avec le CNEH, pour être formés à la connaissance du secteur gériatrique et à la réalisation des évaluations externes auprès des établissements et services du secteur des personnes âgées... Non, non ce n'est pas une blague ! Donc, soyons clairs, globalement, la procédure d'habilitation, telle qu'elle a été mise en œuvre par l'ANESM, en conformité avec les exigences de la directive européenne, vient d'ouvrir

la porte à toutes sortes d'organismes, des bons bien sûr, et il faut espérer que ce sera les plus nombreux, mais également à d'autres, vraisemblablement moins bons, dont la seule compétence en matière de médico-social et de gérontologie est leur attirance pour ce que ces chers, si chers, banquiers nomment si poétiquement "l'or gris". Et c'est là que s'amorce le piège pour les directeurs : le rapport d'évaluation externe prend une fantastique importance, puisque, de fait, il sera le seul document pouvant être consi-

déré, a priori, comme impartial par les autorités délivrant cette autorisation, dans le dossier de demande de renouvellement de l'autorisation d'exercer (date limite : 31 décembre 2016). Il est évident qu'il sera impossible pour ces mêmes autorités de réellement tout reprendre à zéro et de mettre en œuvre une procédure approfondie pour plus de 50.000 établissements médico-sociaux et quelques milliers de services à domicile.

■ Une procédure "allégée" des renouvellements ?

Par conséquent, le principe devrait être une reconduction quasi automatique pour la plus grande partie des établissements, dans le cadre d'une procédure allégée, ce qui permettra aux services de l'Etat et des Conseils généraux de se consacrer à l'examen et aux contrôles éventuels sur les établissements qui apparaîtront problématiques. Pour ceux-là, pour leurs gestionnaires, pas de procédure allégée. Il leur faudra constituer et produire l'intégralité du dossier de demande d'autorisation,

comme pour une première fois. Et devinez comment cette sélection des établissements potentiellement problématiques s'effectuera ? Gagné ! Le rapport de l'évaluation externe sera le document prépondérant sur lequel se baser. Donc, vous ne pouvez vous permettre de rater cette évaluation externe, que ce soit parce que vous avez fait le mauvais choix pour l'organisme évaluateur, ou si le résultat de l'évaluation externe sera "moyenne", voire pas bonne. Et ce d'autant plus qu'il y en aura qu'une, comme cela a été acté

dans la loi 2010 de financement de la sécurité sociale, et il n'y aura donc pas de nouvelle chance. Globalement cette évaluation externe, ça se prépare, et surtout ça s'inscrit dans le temps et dans un cursus évaluatif bien identifié qui commence par les évaluations internes. Et même s'il n'y a pas urgence il est préférable de ne pas trop attendre pour se préparer, car dès 2013, il risque d'y avoir encombrement, la date limite de réalisation étant fixée au 31 décembre 2014.

■ L'AD-PA vous accompagne

L'AD-PA s'est toujours impliquée dans la promotion de la qualité, comme elle s'est investie dans la réalisation des référentiels les plus usités du secteur gérontologique et dans leur diffusion (AFNOR, EVA, QUALICERT...). Représentée à l'ANESM, elle participe activement à la réalisation des Recommandations diffusées par l'Agence. L'AD-PA a donc toute légitimité pour vous proposer, si vous le souhaitez, de vous accompagner dans cette dé-

marche au long cours semée d'embûches... Savez-vous par exemple que c'est près de 100 documents divers et variés que vous devez présenter pour l'évaluation ? Et une centaine de documents réévalués ça demande du temps à réunir, surtout quand ils sont entièrement à faire ou à refaire. Ainsi, dès cette année, dans le cadre de ses formations **L'AD-PA proposera des journées décentralisées**, pour vous permettre de faire le point sur

les contraintes et les pièges possibles de la mise en œuvre de l'évaluation externe. Nous vous proposons également l'intervention d'experts formés à la démarche qualité et à l'évaluation externe, pour vous accompagner dans la préparation de l'évaluation externe (conduite de l'auto-évaluation, démarche qualité...), mais, également, après celle-ci pour vous aider à mettre en œuvre les préconisations de l'organisme évaluateur (cf. p.7).

ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES : LA TRANSPARENCE DANS L'ANALYSE IMPOSE LA TRANSPARENCE DANS LES SOLUTIONS

- 2 mars

80% des établissements pour personnes âgées ont répondu au questionnaire des Pouvoirs Publics sur leur fonctionnement, en lien avec les représentants des familles preuve qu'ils sont prêts à la plus totale transparence.

On note que les structures assurent efficacement les soins de base (évaluation des besoins de soins, état de santé, continuité des soins, partenariats avec les structures sanitaires...).

Au-delà, apparaissent toutes les difficultés liées au manque de temps de l'encadrement et du personnel. En effet, les professionnels courent en permanence alors qu'il leur faudrait plus de temps pour :

- mieux écouter les personnes

âgées et leurs familles

- développer les animations auprès des résidents
- organiser des réunions sur les pratiques professionnelles
- recueillir l'information et les plaintes, les traiter et apporter des solutions
- prendre du recul et accompagner les nouveaux professionnels
- participer à des formations...

99% des directeurs et des personnels souhaitent la mise en œuvre de ce type d'actions. Pour cela, le Plan Solidarité Grand Âge annoncé par l'Etat prévoit de passer de 5 professionnels pour 10 personnes âgées à 8 professionnels, ce qui est en cohérence avec le rapport de la Cour des Comptes de 2005 qui rappe-

lait que les besoins des personnes âgées ne sont couverts qu'à moitié. Dans l'attente de la création d'un 5^{ème} risque, l'AD-PA demande à très court terme la réunion d'une table ronde avec les Ministres concernés (Aînés-Affaires Sociales et Budget) pour étudier les solutions budgétaires à apporter de façon transparente.

Dans un secteur reconnu comme sous doté par tous les acteurs, l'Etat ne peut être crédible dans sa volonté de mieux accompagner les personnes âgées que s'il s'engage financièrement au-delà des déclarations de principe et des injonctions inapplicables.

LUNDI DE PENTECÔTE : L'AD-PA REÇUE PAR LA MISSION PARLEMENTAIRE

- 14 janvier

Une nouvelle association d'aide à domicile pour les personnes âgées (Codapa – Eure-et-Loir) vient d'être placée en liquidation judiciaire ; une situation qui conforte malheureusement le constat d'un système obsolète nécessitant une refonte globale afin de pouvoir offrir aux personnes âgées fragilisées les soins et l'attention qu'elles sont en droit d'attendre et de permettre de sauvegarder, voire de créer, des emplois stables. A court terme, l'AD-PA rappelle qu'elle attend avec les Fédérations d'employeurs et les syndicats de salariés la mise en place d'un fond d'urgence pour aider les associations au bord de la cessation d'activité.

L'AD-PA EST PRÊTE À ACCEPTER UNE PAUSE DANS LES CRÉATIONS

- 11 février

Au cours de la rencontre organisée ce jeudi par Nora BERRA, Secrétaire d'Etat aux Aînés, et ses collaborateurs, l'AD-PA a rappelé ses différentes attentes.

Consciente de la période de crise actuelle, l'association a proposé une pause dans la création d'établissement ou services à domicile nouveaux (à l'exception des structures innovantes) afin de concentrer les moyens sur les structures existantes.

En contrepartie, l'AD-PA maintient ses autres positions :

- Un plan d'urgence en faveur des services d'aide à domicile en cessation de paiement.
- Une réforme des services de soins infirmiers à domicile qui permette d'accompagner les personnes très fragilisées qui souhaitent rester à domicile.
- L'opposition radicale à toute réforme de la tarification des établissements qui conduirait à licencier des personnels dans un secteur unanimement reconnu comme sous doté.

AIDE À DOMICILE : L'AD-PA TIRE LA SONNETTE D'ALARME

- 20 janvier

Une nouvelle association d'aide à domicile pour les personnes âgées (Codapa – Eure-et-Loir) vient d'être placée en liquidation judiciaire ; une situation qui conforte malheureusement le constat d'un système obsolète nécessitant une refonte globale afin de pouvoir offrir aux personnes âgées fragilisées les soins et l'attention qu'elles

sont en droit d'attendre et de permettre de sauvegarder, voire de créer, des emplois stables.

A court terme, l'AD-PA rappelle qu'elle attend avec les Fédérations d'employeurs et les syndicats de salariés la mise en place d'un fond d'urgence pour aider les associations au bord de la cessation d'activité.

FINANCEMENT DE L'AIDE À DOMICILE

COMMUNIQUÉ COMMUN
8 mars

Urgence dans l'aide et les soins à domicile : aucun oxygène de la part des pouvoirs publics pour ce secteur à bout de souffle.

Lors de la table-ronde du 22 décembre 2009 sur le financement de l'aide et des soins à domicile organisée par la DGAS* (nouvellement DGCS*), 16 organisations représentant les professionnels et les usagers du secteur avaient demandé un travail autour de la refonte globale du système ainsi que la création d'un fonds d'urgence pour aider les structures connaissant de graves difficultés financières. En ce début mars, ces mêmes organisations sont consternées de constater qu'aucune décision n'a été prise au sujet du fonds d'urgence, alors même qu'il est plus que jamais d'actualité. Le nombre de structures en difficulté augmente ; les conséquences sur les familles et l'emploi également.

Par ailleurs, si ces mêmes organisations saluent l'annonce de la tenue de réunions de travail autour des enjeux du secteur, elles s'inquiètent des délais. Alors que les rapports sont annoncés à fin juin, aucune réunion de concertation n'est prévue pour le moment.

L'analyse consensuelle partagée par la quarantaine d'organisations présentes lors de la table ronde du 22 décembre 2009 sur l'extrême gravité

de la situation des structures d'aide et de soins à domicile n'a manifestement pas suffi aux pouvoirs publics pour prendre la mesure de l'urgence et des répercussions dramatiques auprès des personnes handicapées, âgées, des familles en difficulté ainsi que de leur entourage.

■ Concernant le déblocage du fonds d'urgence, aucune décision ou piste de travail n'a été annoncée par les pouvoirs publics, afin de permettre aux structures les plus en difficulté de reconstituer leur trésorerie et de poursuivre ainsi leurs missions au quotidien auprès des personnes fragiles. L'échéance à fin février est d'ores et déjà dépassée. Mais les organisations réitèrent leur demande plus que jamais nécessaire, la situation des structures s'aggravant de semaine en semaine.

■ Quant à la nécessité d'une refonte complète du système de l'aide à domicile, le Gouvernement a bien annoncé la mise en œuvre de travaux sur différents axes, que ce soit avec la DGCS*, la CNSA*, la mission de l'IGAS* et de l'IGF* ou encore, de manière plus indirecte, au travers du plan *Vivre chez soi* présenté récemment par Nora Berra,

Secrétaire d'Etat en charge des Aînés. Les organisations réaffirment leur volonté de contribuer activement à ces travaux.

Toutefois, elles sont inquiètes à double titre : comment ces travaux, qui ne sont ni commencés ni même planifiés, pourront-ils aboutir fin juin ? Quid de la coordination de ces travaux engagés par différentes autorités, pour répondre à un même sujet, a fortiori dans des délais aussi courts ?

Alors que la table ronde du 22 décembre 2009 semblait amorcer une prise de conscience de la part des pouvoirs publics, les organisations signataires sont aujourd'hui profondément déçues devant l'absence d'effectivité et ne peuvent que déplorer ce manque de mobilisation de la part des autorités de contrôle.

Combien de temps sera-t-il encore nécessaire de rappeler les enjeux de société auxquels nous devons faire face ? Puisque cela semble indispensable, rappelons qu'aujourd'hui 60.000 personnes fragiles – des personnes âgées, handicapées ainsi que des familles en difficulté – sont menacées de n'avoir plus d'aide, et 10.000 salariés risquent de perdre leur emploi. Enfin, faute de financement suffisant, les structures se trouveront bientôt dans l'incapacité d'assurer les missions d'intérêt général sur l'ensemble des territoires comme elles le font depuis de nombreuses décennies.

Au-delà des effets d'annonce, il est grand temps que le Gouvernement prenne la mesure de l'urgence en proposant des avancées concrètes et un travail effectif. Les organisations continueront à se mobiliser en ce sens.

AD-PA - Adessa - A Domicile
ADMR - APF - CNPSAA
CNRPA - Croix-Rouge
française - Familles rurales
FNAAFP - CSF - FNAQPA
UNA - UNCCAS - Uniopss
USB-Domicile



