

**DISCOURS D'INTRODUCTION DU
PREFET DE SEINE-ET-MARNE,
M. CYRILLE SCHOTT**

Mesdames, Messieurs

Quelques jours après le colloque melunais " Un jour, nous aurons 100 ans ", cette journée du CODERPA me paraît en être un prolongement, car vous allez traiter tous les grands thèmes d'actualité concernant les personnes âgées.

Si jeudi dernier, j'évoquais effectivement le fait que si nous vivons de plus en plus âgés et épargnés par les maladies et la perte d'autonomie, nous ne vivons pas forcément mieux du fait de l'isolement, du manque de relations familiales et sociales, du manque de considération, je peux ajouter que le CODERPA, s'efforce par son action d'information de coordination de faire entendre auprès des pouvoirs publics la voix et les préoccupations qui sont les vôtres.

Depuis quelques années, de nombreuses réformes ont pour objet d'améliorer le bien-être des personnes âgées. Tout d'abord la prestation spécifique dépendance qui va être remplacée au 1er janvier prochain par l'allocation personnalisée d'autonomie qui constitue une réforme ambitieuse et dont le coût est estimé entre 15 et 17 milliards de francs pour les deux premières années 2002 et 2003, son financement étant partagé entre la solidarité sociale et la solidarité nationale.

Cette allocation a pour but de hisser la qualité de vie des personnes âgées à la hauteur des possibilités qu'offre la médecine. N'oublions pas en effet, que 524 000 personnes âgées présentant une dépendance lourde continuent de vivre à leur domicile.

La mise en place de cette allocation devrait aussi avoir un retentissement sur l'emploi puisque pour aider les personnes âgées à domicile de nombreux emplois diplômés devraient être créés.

Toujours au 1er janvier 2002 doit aussi être effective la réforme de la tarification pour personnes âgées, puisque l'actuelle tarification binaire : hébergement, soins, va se transformer en tarification ternaire, hébergement, soins, dépendance, l'objectif étant là encore une meilleure qualité de prise en charge, puisque pour rentrer dans la réforme, comme Monsieur BRUNETIERE vous l'exposera tout à l'heure, les établissements devront avoir passé une convention avec le Département et l'Etat et remplir un certain nombre de conditions de fonctionnement.

Mais bien souvent avant d'avoir recours à une prestation ou une aide il manque l'information, c'est pourquoi un plan pluriannuel 2001-2005 a-t-il prévu la mise en place d'un réseau national d'un millier de C.L.I.C., c'est à dire Centres Locaux d'Information et de Coordination.

Je rappellerai simplement que ceux-ci trouvent un peu leur origine lors de l'année internationale des personnes âgées.

Celle-ci, en effet, a été l'occasion d'affirmer le soutien à domicile comme l'axe prioritaire de la politique en direction des personnes âgées, de souligner la nécessité d'en repenser les moyens et de concourir à leur mise en cohérence au travers de la création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national à travers des échelons de proximité.

Les centres locaux d'information et de coordination ont une vocation pluridisciplinaire qui prend en compte les aspects de la vie quotidienne, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort d'usage du cadre bâti, soit l'environnement et l'habitat, mais aussi à la vie sociale culturelle et citoyenne.

Très bientôt, j'aurai le plaisir d'habiliter deux CLIC à Melun et à Lagny de fonctionner et je sais que dans le département d'autres projets verront bientôt le jour. Aussi je voudrais à ce sujet remercier toutes les personnes qui ont mobilisé leurs énergies pour les mettre en place. Mais les personnes âgées, comme toutes les personnes fragiles, peuvent être aussi des victimes et si dans le passé, seule la maltraitance des enfants était une préoccupation de la société, les personnes âgées comme toutes les personnes fragiles ne sont pas épargnées.

Des associations comme "ALMA " se sont créées pour aider, mais ce n'est pas suffisant et je puis vous assurer que les pouvoirs publics eux aussi se sentent directement concernés. Récemment, j'ai installé au sein du département un groupe de travail dont l'objectif est de lutter contre les maltraitements institutionnels et je serai personnellement très vigilant quant aux faits qui me seront signalés.

Je précise toutefois que s'agissant des personnes âgées une coordination très étroite existait déjà entre le Conseil Général et les services de l'Etat pour lutter contre les maltraitements. Enfin, je ne saurais terminer mon propos en vous rappelant quelques priorités ministérielles qui me paraissent d'actualité :

- améliorer la participation citoyenne des personnes âgées. Il convient en effet de ne pas considérer comme citoyens actifs que les seules personnes en âge d'activité professionnelle.
- favoriser les liens trans-générationnels en valorisant la mémoire des personnes âgées. Le rôle des personnes âgées pour dire, expliquer et analyser l'histoire, leur histoire personnelle, mais aussi l'Histoire, est essentiel, non seulement parce qu'elles l'ont vécue mais aussi parce qu'elles ont le recul qui leur permet d'en parler. Le patrimoine d'une nation ne repose pas seulement sur ses capacités économiques ou financières ; il réside aussi dans l'héritage des souvenirs que les anciens offrent aux plus jeunes. Une société capable de cohésion et de confiance en elle-même est une société qui se souvient.
- augmenter la connaissance du vieillissement pour mieux apprécier les possibilités et les besoins des personnes âgées.

Ces priorités même si pour nous tous sont une évidence méritent en effet d'être affirmées.

Aujourd'hui, c'est une journée d'information et je salue vraiment cette initiative car je crois qu'il est nécessaire de suivre l'évolution des textes.

Dans notre monde actuel, l'information est un élément primordial de notre culture.

Les thèmes que vous allez aborder sont intéressants. Aussi, je vous souhaite une excellente journée.

**INTERVENTION DE M. ALBERTO SERRANO -
SOUS-DIRECTEUR DE LA DASSMA**

Cette présentation a été faite sous forme de transparents. Nous en avons conservé la forme, très facile à comprendre, mais en réduisant la taille des caractères dans un but pratique

**L'A.P.A.
Allocation Personnalisée d'Autonomie**

Loi du 20 juillet 2001

Décrets d'application parus le 20/11/2001

L'APA se substitue à la P.S.D. (prestation spécifique dépendance, créée en 1997) à compter du 1^{er} janvier 2002

L'A.P.A. sera octroyée sans conditions de ressources, sans recours sur succession.

L'APA maximum pourra être servie aux personnes à domicile disposant d'un revenu mensuel inférieur à 6 000F, ou aux personnes en établissement disposant d'un revenu inférieur à 13 000 F.

Population bénéficiaire

En établissement :

- 4200 personnes âgées originaires de Seine-et-Marne bénéficieront de l'APA
- PSD : 399 bénéficiaires en établissement au 31/12/2000

Au domicile:

- 7 300 personnes âgées habitant en Seine-et-Marne pourraient prétendre au bénéfice de l'APA
- PSD : 479 bénéficiaires au 31/12/2000

APA à domicile

Modalités semblables à la PSD :

- évaluation de la dépendance (grille AGGIR) par l'équipe médico-sociale départementale
- proposition d'un plan d'aide, financé par l'APA prestataire ou par un salarié
- aide par un organisme bénéficiaire (y compris membre de la famille)

APA en établissement

Nouvelles règles :

- dépendance évaluée par l'établissement
- APA payée selon un tarif propre à chaque établissement et à chaque niveau de dépendance
- un "ticket modérateur" sera dû par tous les bénéficiaires Montants maximum d'APA

Montants maximum d'APA

APA à domicile:

GIR 1	7 000 F par mois	(PSD: 5 881 F)
GIR2	6 000 F par mois	(PSD: 5 881 F)
GIR3	4 500F par mois	(PSD : 5 881 F)
GIR4	3 000 F par mois	(pas de PSD)

APA en établissement

(montant moyen départemental prévisionnel) :

GIR 1	2 190 F par mois	(PSD 2 599,68 F par mois)
GIR2	2 190 F par mois	(PSD 2 348,71 F par mois)
GIR3	1 230 F par mois	(PSD 2 115,48 F par mois)
GIR4	1 230 F par mois	(pas de PSD)

Dispositif départemental

- retrait et dépôt des dossiers d'APA auprès des 15 unités d'action sociale, ainsi qu'auprès des CCAS qui le souhaitent
- en établissement, dossier disponible auprès de la direction de l'établissement,
- un numéro vert d'information, ouvert aux particuliers et aux acteurs de terrain, sera mis en service courant décembre.
- 7 équipes médico-sociales sont réparties sur le territoire (Melun, Tournan, Meaux, Lagny, Roissy-en-Brie, Provins, Nemours)
- création de 36 postes (dont 18 au siège de la DASSMA). Si nécessaire, 9 autres postes pourront être créés au printemps pour compléter le dispositif

Dispositions transitoires

Aide-ménagère et APA :

- la CNAV maintiendra les droits des bénéficiaires de l'aide-ménagère en GIR 4, jusqu'à leur obtention de l'APA

Transition en établissements :

- le Département arrêtera des montants forfaitaires d'APA pour les GIR 1-2 et GIR 3-4, afin de pouvoir verser une APA aux résidents d'un établissement ne disposant pas de tarifs dépendance

Transition PSD/APA :

- les bénéficiaires de la PSD peuvent choisir de conserver cette prestation (jusqu'au 31/12/2003) ou opter pour l'APA
- le Département devrait renoncer au recours sur succession pour les personnes bénéficiant de la PSD au 1/01/2002

**INTERVENTION DE M. JEAN-RENE BRUNETIERE
CHARGE DE LA MISSION D'APPUI
A LA REFORME (MARTHE)**

**La réforme de l'accueil
des personnes âgées en établissement**

note de présentation

Les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont au nombre de 10.300 environ, et accueillent 610.000 personnes de plus de 60 ans¹. Ils sont de natures très diverses :

- Les logements-foyers, qui offrent des appartements groupés et des services collectifs facultatifs (plus adaptés aux personnes valides qu'à la prise en charge de la dépendance) ;
- Les maisons de retraite médicalisées ou non ;
- Les établissements et services de soins de longue durée (SSLD), le plus souvent hospitaliers, destinés aux personnes dont l'état nécessite une prise en charge médicale importante.

Les statuts des établissements sont aussi très variés publics (dépendant d'hôpitaux ou autonomes), privés non lucratifs ou commerciaux.

Leur taille va de moins de 10 places à plus de 600 places.

Les résidents des maisons de retraite et des SSLD payent un prix de journée (le même pour tous dans un établissement donné).

Ces établissements connaissent aujourd'hui un régime financier gravement inéquitable et pour partie absurde qui justifie l'urgence de la réforme. Aucune exigence de qualité (hors des aspects sécuritaires) n'est aujourd'hui en vigueur dans ce secteur. En instaurer constitue le second volet de la réforme. Enfin, les moyens mis à leur disposition pour prendre en charge des résidents dont l'autonomie est de plus en plus atteinte sont insuffisants dans de nombreux établissements et justifient un effort particulier de l'assurance-maladie, tandis qu'une nouvelle aide à la personne, l'APA apparaît. La réforme se met en place à la faveur de conventions passées par chaque établissement avec l'Etat et le département.

¹ et 12.000 de moins de 60 ans qui ne sont pas concernées par la réforme.

- la situation actuelle

- Une allocation inéquitable des ressources de l'assurance maladie

Dans le système ancien, la contribution de l'assurance-maladie aux budgets des établissements est forfaitaire :

Les 1 100 SSLD reçoivent de l'assurance maladie un forfait d'environ 40 Euros/résident/jour.

3 500 maisons de retraite sur 7 800 disposent de « places de section de cure médicale » (135 000 places soit 47% de la capacité). Chaque place ouvre droit à une contribution forfaitaire de l'assurance maladie (25 Euro/résident/jour) destinée à financer les soins donnés aux résidents par le personnel médical et paramédical de l'établissement.

L'histoire et les influences locales, bien plus que l'état et les besoins des résidents, expliquent la disparité de la distribution des crédits de l'assurance maladie entre les établissements.

Dans les établissements dépourvus de SCM ou trop peu dotés, les résidents recourent pour leurs soins courants (notamment les toilettes) à des professionnels médicaux et paramédicaux de ville (à hauteur de 10 MDF environ France entière).

L'ensemble du système donne l'image d'une grande injustice :

- Pour des établissements hébergeant des populations de dépendance comparable, la dépense moyenne d'assurance maladie peut aller de 1 à 8 (sans qu'aucune justification ne puisse être objectivement évoquée) ;
- Alors qu'à certains endroits, l'assurance maladie paye plus que le coût réel des soins, dans d'autres établissements, les résidents payent de leur poche, sans remboursement, toute ou une partie de leurs frais de soins.

Le système survit depuis 25 ans grâce à l'obscurité qui entoure les comptes du secteur, sur lesquels un début de clarté commence juste à tomber à l'occasion de la réforme.

2- Une aide à la personne incohérente et trop limitée

Le département, collectivité responsable de l'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapés intervient sous trois formes :

- L'aide sociale à l'hébergement intervient en faveur des personnes dont les ressources, ajoutées aux aides de droit commun, ne suffisent pas à assumer les frais de l'hébergement. Elle est donnée sous condition d'obligation alimentaire et de récupération sur succession. Elle paye à l'établissement la totalité des frais , et

recupère les ressources de la personne, lui laissant environ 65 Euros /mois d'“argent de poche” ;

- L'allocation compensatrice et de tierce personnes (ACTP) attribuée par la COTOREP aux personnes handicapées pour leur permettre de s'adjoindre l'assistance personnelle nécessitée par leur état. Seules les personnes fort dépendantes se voient attribuer cette prestation assez substantielle (jusqu'à 700 Euros /personne /mois). Cette prestation est actuellement en extinction pour les personnes âgées (sauf pour les personnes qui étaient déjà titulaires de l'ACTP avant 60 ans) et a été remplacée progressivement par la “prestation spécifique dépendance” créée par la loi du 24 janvier 1997 ;
- L'attribution de la “prestation spécifique dépendance” aujourd'hui dans les établissements est particulièrement paradoxale : alors que tous les résidents d'un même établissement payent le même prix de journée, la PSD n'est attribuée qu'aux personnes les plus dépendantes (“GIR” 1, 2 et 3²) qui, de ce fait, déboursent moins que les personnes les plus valides de même revenu.

S'ajoute à cela le fait que la PSD n'est attribuée que sous des conditions de ressources assez basses (400 Euros /mois sur une “base ressource” très large : Seulement 40 à 50 % des classes d'âge concernées y satisfont) et est récupérée sur la succession au-dessus de 45.000 Euros :

Au total, 12 % seulement des résidents bénéficiaient de la PSD fin 2001.

Enfin, le tarif de la PSD est librement fixé par le règlement départemental d'aide sociale, et va pour le GIR 1 de 4,6 Euros /jour dans les Landes à 18Euros /jour dans le Nord en 2001... Ce système a fait l'objet de critiques unanimes.

- **Les principes de la réforme :**

La réforme met en œuvre 5 principes :

- La vérité des coûts et l'imputation à chacun des coûts qui le concernent ³;
- Le renforcement des moyens des établissements les plus mal dotés par l'assurance-maladie ;
- L'attribution aux personnes d'une aide qui couvre les frais dus à la perte d'autonomie : l'APA ;
- Le développement programmé de la qualité des prestations offertes aux résidents ;
- La mise en œuvre par négociation locale.

² La grille “AGGIR” mesure la dépendance de la personne sur une échelle de 6 niveaux du “GIR 1” qui regroupe les personnes les plus dépendantes, au “GIR 6” qui regroupe les personnes valides.

³ Décrets du 26 avril 1999 modifié par le décret du 4 mai 2001. Un logiciel de calcul automatique (“ TarifEHPAD ”) est mis à la disposition des établissements pour cela.

I — les établissements sont invités à établir la réalité de leurs coûts de revient :

- coût de l'hôtellerie
- coût de l'aide à la dépendance
- coût des soins médicaux ;

selon des règles simplifiées d'imputation (les mêmes pour tous les établissements).

2 — les financements sont alors ajustés en fonction des coûts et des besoins objectifs

2a - — l'assurance maladie finance les soins au coût réel des facteurs et non plus selon des forfaits arbitraires.

En outre, en fonction d'indices objectifs reflétant l'état de la population, (grille AGGIR, complétée ultérieurement par la grille PATHOS), les moyens des établissements les moins bien dotés sont renforcés pour rapprocher progressivement l'échelle des dotations de l'échelle des besoins réels.

Pour cela, des moyens considérables de l'assurance-maladie sont dégagés (**900 M Euros de mesures nouvelles en 5 ans** (2001 — 2005), à ajouter aux **1,5 M Euros** environ à transférer des enveloppes "soins de ville" et hospitalière). **En 2001 ont ainsi été délégué** 200 M Euros dont seule une faible partie a été consommée, du fait des retards pris dans la signature des conventions.

2b — les résidents paieront dorénavant leur quote-part selon un principe de réalité des coûts. Ainsi, leur contribution distinguera

- Un tarif hébergement fixe couvrant l'hôtellerie et l'animation. Ce tarif est en baisse sensible (45F/jour en moyenne) par rapport aux prix de journée actuels ;
- Un tarif "dépendance" modulé en fonction de l'état de dépendance de la personne, en trois niveaux
 - Valide ou peu dépendant (GIR 6 et 5) ;
 - Dépendant (GIR 4 et 3) ;
 - Très dépendant (GIR 2 et 1).

Ainsi, l'établissement percevra des ressources mieux ajustées à la charge qu'il aura à affronter et sera moins tenté de se séparer des résidents dont l'état s'aggrave.

3 — Les résidents sont mieux solvabilisés :

La loi du 20 juillet 2001 fonde un droit nouveau, l' "aide personnalisée à l'autonomie", auquel seront consacrés des moyens nouveaux très importants. Cette "APA", servie aussi bien à domicile qu'en établissement, se substitue dès le **1er** janvier 2002 à la PSD dans des conditions

beaucoup plus favorables⁴ : en établissement, les caractéristiques de l'APA sont adaptées à l'objectif de solvabilisation des résidents

- Le montant de la prestation est égal au surcoût supporté par la personne du fait de son état de dépendance : il est égal à la différence entre le tarif payé par la personne et le tarif "valide" de son établissement. Ainsi, toutes les personnes touchant l'APA à taux plein ne débourseront en définitive que le tarif "valide" :
- Cette prestation est universelle : jusqu'à un revenu de 2.000 Euros /mois, les résidents toucheront l'allocation à taux plein : au-delà de ce revenu, une participation (progressant de 0 à 80 % quand le revenu progresse de 2.000 à 3000 Euros /mois) sera demandée au résident.
- La récupération sur succession dont était affectée la PSD est supprimée.

Toutes les personnes valides et les personnes dépendantes touchant l'APA à taux plein (soit 85 % des résidents), par construction, paieront moins le lendemain de la réforme que la veille (sauf bien entendu, si l'établissement se dote de moyens supplémentaires à cette occasion)⁵.

Comme aujourd'hui, l'aide sociale départementale prendra en charge les résidents qui ne peuvent pas acquitter leurs frais d'hébergement (sous conditions d'obligation alimentaire et de récupération sur succession). Toutefois dans le cadre de la réforme, la proportion de ressortissants de l'aide sociale diminue de 20 à 17 % environ du fait de la meilleure solvabilité des résidents grâce à l'APA.

4 — les critères de qualité des prestations offertes aux résidents sont objectivés dans un cahier des charges détaillé publié au Journal Officiel.⁶

Ce cahier des charges aborde tous les aspects de la vie en institution :

- accueil et information des résidents et des familles
- respect des droits des résidents
- confort de l'hébergement
- animation
- qualité et organisation des repas
- aide à la vie quotidienne
- qualité des soins
- accompagnement de la fin de la vie
- relations avec l'environnement (réseaux

⁴ On prévoit que, lorsque la PSD déjà attribuée à une personne est plus avantageuse que l'APA, on ne diminue pas le montant de la PSD.

⁵ A moyens égaux des établissements. En fait, il est probable que ceux-ci vont renforcer leur personnel, atténuant cet effet.

⁶ Arrêté du 26 avril 1999.

bien entendu les règles de sécurité et d'hygiène continuent par ailleurs à être contrôlées par les services compétents (service d'incendie et de secours, services vétérinaires etc.)

- gérontologiques
• etc.

Il exprime les exigences sur chaque sujet en termes de direction de progrès plus que de normes rigides. Il doit se traduire pour chaque établissement dans un “projet d’établissement” comprenant un “projet de vie” et un “projet de soins”. Un outil d’auto-évaluation de la qualité (dit “ANGELIQUE ”) est diffusé pour aider les établissements à se situer par rapport aux préconisations du cahier des charges.

Il instaure l’obligation pour chaque établissement de se doter d’un médecin-coordonnateur, responsable de la cohérence des soins et pilote du projet médical de l’établissement.

La prise en compte de ce cahier des charges est exigée et contrôlée, en contrepartie des moyens budgétaires accordés.

5 — La réforme entre en vigueur pour chaque établissement par la signature d’une convention tripartite entre l’établissement, l’Etat (autorité tarificatrice de l’assurance maladie : préfet ou directeur d’ARH) et le département. L’assurance-maladie, notamment son service médical, est associée à la discussion.

Cette convention :

- rassemble autour de la même table des partenaires qui discutaient jusque-là séparément ;
- aborde à la fois les questions budgétaires et les questions de qualité (  partir de l’auto-évaluation de l’établissement et d’une inspection sur place des autorités de tarification), ce qui crédibilise l’exigence de qualité ;
- est conclue pour une période de 5 ans, mais peut être amendée avant ce terme par avenant.

10.000 conventions doivent ainsi être sign es au cours des années 2001, 2002 et 2003, dont 5000 avant juin 2002, ce qui représente un effort considérable des services de l’Etat (DRASS, DDASS, ARH). Dans chaque DRASS et dans chaque DDASS, un cadre responsable de l’avancement de cette réforme est identifié.

Afin que tous les résidents puissent bénéficier de l’APA en établissement dès le début de 2002, un régime de tarification transitoire est instauré pour tous les établissements appelés à entrer dans le nouveau dispositif. Leur budget et leur tarification 2002 comprendra déjà un “tarif dépendance” qui permettra de verser l’APA aux résidents dépendants. La convention pourra être signée quelques mois plus tard.

7 — Les “petites unités de vie”, c’est à dire les établissements qui accueillent des personnes dépendantes dans des lieux de petite capacité (moins de 25 places), qui fonctionnent souvent sur des modes originaux faisant un large appel aux ressources de l’environnement (SSIAD, aide ménagère, conventions avec d’autres établissements) ont la possibilité de continuer à développer ces formes de prises en charge. Elles sont sous le régime de l’APA à domicile, fondé sur un “plan d’aide” comprenant à la fois les prestations d’aide à l’autonomie fournies par

l'établissement et des prestations provenant de l'extérieur.

Quant aux établissements hébergeant des personnes âgées valides ou peu dépendantes (GMP inférieur à 300), ils ne sont pas concernés par la réforme (hormis l'obligation de respecter des critères de qualité, bien entendu) et leurs résidents sont considérés comme résidant à domicile.

Les "logements foyers" s'inscrivent dans les mêmes règles, en fonction de leur niveau de dépendance et de leur taille, et la loi n'a pas prévu de régime exceptionnel pour eux. Il faut remarquer que, dans le cadre de la réforme, ils peuvent garder toutes les caractéristiques qui font leur spécificité : tarification par "redevance" représentant un loyer et des charges, prestations facultatives (notamment restauration), aide au logement (APL ou ALS), financement HLM, etc. : la réforme traite de l'aide à la perte d'autonomie, mais ne change rien aux règles relatives à l'hébergement.

6 - Un ensemble cohérent d'outils méthodologiques et de logiciels spécifiques est mis à la disposition des établissements et des services tarificateurs pour automatiser les tâches fastidieuses et permettre statistiques, planification, comparaisons etc.

Des programmes importants sont lancés pour former les médecins coordonnateurs (6.000 médecins à former en 5 ans), les services administratifs de l'Etat des départements et de l'assurance maladie (500 personnes environ) et les responsables d'établissement (500 "référents" qui contribueront à former et informer les 9.500 autres...)

Une mission d'appui à la réforme (mission MARTHE), nommée en mars 1999, fédère les actions des services de l'Etat et contribue par tous moyens à sa disposition à faciliter les choses. Elle se tient à la disposition de quiconque rencontre une difficulté ou simplement souhaite en savoir plus.

**INTERVENTION DE ME AGNES BERTRAND,
DIRECTEUR DE LA MAISON DE RETRAITE “LE MARAIS ”, LA FERTE-GAUCHER**

**QUALITE
DANS LES
ETABLISSEMENTS
D’HEBERGEMENT
POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Toutes les maisons de retraite publiques et privées devront dans le cadre de la nouvelle tarification des établissements signer une convention tripartite avec le Conseil Général et la Direction Départementale de l’Action Sanitaire et Sociale avant le 31 Décembre 2003. Cette convention a pour objectif la qualité des prestations délivrées aux personnes âgées hébergées en établissement. Un cahier des charges a été défini dans les décrets d’application de la loi PSD d’Avril 1999. Il fixe un certain nombre de recommandations afin d’améliorer la qualité des prises en charge dans les établissements.

Cette démarche de qualité devra améliorer les conditions de vie, d’accompagnement et de soins dans les EHPAD (Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Les objectifs définis dans le cahier des charges sont de

- maintenir les liens familiaux et affectifs dans son environnement social
- préserver l’espace de vie privatif
- concilier la liberté et la sécurité
- maintenir les repères sur lesquels se fonde l’identité du résident
- maintenir ou retrouver certaines relations sociales
- apporter de l’aide aux actes de la vie quotidienne

Un certain nombre d’éléments sont mis en œuvre afin d’atteindre ces objectifs.

Des documents organisant le fonctionnement doivent être créés : un projet d’établissement et de soins fixant les objectifs de fonctionnement et définissant les moyens à mettre en place pour les 5 ans.

Parmi les critères de qualité, des recommandations spécifiques sont définies sur des points particuliers :

LA QUALITE DES ESPACES

Les espaces doivent répondre aux objectifs suivants :

- Lutter contre la perte d’autonomie
- Créer des lieux de vie
- Créer des lieux de prévention et de soins

La chambre du résident est son domicile et doit être considérée comme tel. Des superficies de chambre et leurs capacités sont déterminées dans ce cahier des charges :

Pour un établissement neuf : de 18 à 22 M2 pour une chambre seule et de 30 à 35 M2 pour une chambre double,

Pour un établissement ancien : de 16 à 20 M2 et de 22 à 25 M2 pour une chambre double.

Ces superficies comprennent un cabinet de toilette avec douche et toilettes.

Les espaces collectifs sont des lieux de convivialité.

L'existence de lieux de restauration, d'animation de rencontres est requise. L'ensemble des locaux doit être accessible à des personnes à mobilité réduite.

RELATION AVEC LES FAMILLES ET LES AMIS

L'accueil ainsi que les premiers jours dans l'établissement sont des passages cruciaux pour les personnes âgées. La qualité de cet accueil fait l'objet d'un protocole établi par le personnel. Pendant le séjour du résident, la place de la famille et de ses amis doit être prise en compte (création de lieu de rencontres, de convivialité...)

QUALITE DES PERSONNELS

L'organisation du travail du personnel est réfléchi en équipe afin d'améliorer la vie quotidienne des usagers. Les personnels, en nombre suffisant, bénéficient de formations continues régulières en particulier dans des domaines tels que la démence, la douleur ou l'accompagnement de fin de vie.

RESEAU GERONTOLOGIQUE

Les établissements travaillent en complémentaire avec le domicile et les autres établissements, ils s'intègrent dans des réseaux gérontologiques de proximité.

Afin d'améliorer de manière satisfaisante et continue la qualité dans les EHPAD, les moyens financiers doivent être mis en œuvre.

INTERVENTION DE LA DASSMA

LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE SUIVI DE LA REFORME :

NB : Tout d'abord, un rappel du nombre d'établissements accueillant des personnes âgées sur le département de Seine et Marne.

Les Maisons de retraite

On recense sur le département :

- 55 maisons de retraite avec une section de cure médicale
- 62 maisons de retraite sans section cure médicale

Foyers logements

- Il y en a 38

Au total (MR + FL) = 155 établissements.

La capacité totale est de 10 183 places dont 26% sont médicalisées. 60% sont des établissements privés (privés lucratifs et non lucratifs) et 40% sont publics.

La moitié des établissements sont habilités à l'aide sociale.

- La commission de suivi de la réforme est instituée par la circulaire du 26 janvier 2001
- Dans chaque département doit être constituée une commission paritaire consultative entre les représentants des établissements.

Elle comprend au moins :

- 2 représentants des services de l'Etat
- 2 du département
- 2 de l'Assurance Maladie
- et 6 responsables d'établissement.

- La commission est coprésidée par le Préfet et le Président du Conseil général ou leurs délégués.

- Son rôle :

- C'est le lieu de concertation privilégiée entre les autorités de tarification et les établissements
- Elle est régulièrement informée de l'avancement de la réforme
- Elle a connaissance des synthèses financières lui permettant d'apprécier les conditions d'application des règles de tarification
- Enfin, elle peut être saisie par l'un ou l'autre des coprésidents de tout sujet particulier concernant l'application de la réforme dans le département.

En Seine-et-Marne, cette commission a été mise en place en septembre 2001.

La première réunion a eu lieu le 19 septembre 2001.

Environ, une réunion par mois.

Son existence et son rôle sont rappelés dans le protocole d'accord relatif aux modalités de mise en œuvre de la réforme et qui sera signé par le Président du Conseil général, le Préfet et le Directeur général de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (CRAMIF). La présidence et le secrétariat sont assurés alternativement par le Conseil général et la DDASS.

Composition :

Outre les représentants des autorités tarifaires, les établissements sont représentés par :

- 1 représentant de l'URIOPSS ;
- 1 représentant du SYNERPA ;
- 1 représentant de la FEHAP, pour les maisons de retraite privées ;
- 3 représentants de l'UHRIF pour les établissements publics dont les établissements de santé.

Missions :

Depuis septembre, la commission a validé les documents présentés par les autorités de tarification :

- le protocole d'accord ;
- la grille relative à la démarche d'élaboration de la convention (Elle décrit les étapes à suivre entre le début de la négociation et la signature finale) ;
- Le modèle de convention type. Nous avons fait le choix d'élaborer un modèle de convention qui reprend les grands items du cahier des charges et de le proposer aux établissements afin de faciliter la démarche de négociation.

Tous ces documents définitivement validés seront adressés à l'ensemble des maisons de retraite et foyers logement, soit 156 établissements.

INTERVENTION DE Mme ANTOINE, DE LA DDASS

LES CENTRES LOCAUX D'INTERVENTION ET DE COORDINATION (CLIC)

I - Rappel du dispositif des Centres Locaux d'Intervention et de Coordination (CLIC)

NB : un dossier CLIC est remis aux participants. Il comprend la circulaire du 18 mai 2001, un document de présentation et la synthèse des groupes de travail.

1. Présentation générale

Rappel : la population âgée de Seine et Marne

- Source recensement INSEE 1999

En Seine et Marne, on compte 173 906 personnes âgées de plus de 60 ans sur 1 880 249 en Ile de France soit 9,25%. Sur ces 173 906 de plus de 60 ans, 59 093 ont plus de 75 ans soit 34% des personnes âgées.

- Le maintien à domicile est réaffirmé comme l'axe prioritaire de politiques publiques en direction des personnes âgées.

- L'enjeu consiste à restructurer l'offre de services qui est multiple (toilettes, soins ménage, repas, transports, vie sociale, loisirs...) pour proposer une prise en charge globale et coordonnée qui implique la mise en place d'un guichet unique, un lieu "ressources" d'information et d'accueil identifié comme tel.

- Tel est l'enjeu des CLIC qui s'inscrivent dans une logique de proximité, de coordination locale organisée autour de la personne âgée et de ses besoins. Le but est de faciliter les démarches de la personne âgée et de sa famille.

2. Présentation des "transparents" (cf. doc. remis aux participants)

- déclaration du Premier ministre sur l'avenir des retraités :

"Nous voulons créer des lieux bien identifiés où les personnes âgées pourront connaître leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge. Des centres de liaison, d'information et de coordination vont être créés cette année à titre expérimental. Dans un horizon de 5 ans, un millier de ces centres devraient couvrir l'ensemble du territoire".

- Après la phase d'expérimentation conduite à partir des 25 sites pilotes désignés en 2000, l'année 2001 inaugure la phase opérationnelle de développement des CLIC et verra l'implantation d'au moins 140 nouveaux sites au niveau national, avec au moins un CLIC par département.

3. Rappel des trois niveaux de labellisation :

Label niveau 1 : mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien.

Label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé

Label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide.

4. Présentation des textes :

Première circulaire date du 6 juin 2000 qui présentait la liste des 25 sites expérimentaux.
La dernière circulaire du 18 mai 2001 rappelle que l'objectif est une extension rapide des CLIC.
Elle décrit la procédure de labellisation, le rôle du COPIL départemental, le financement de l'Etat, l'évaluation.

En annexe on trouve :

- le cahier des charges 2001 ;
- la définition précise des 3 niveaux de labellisation ;
- 1 document sur les réflexions et recommandations ;
- la convention de partenariat entre les exigences rationnelles

II - La situation en Seine et Marne

1. le COPIL départemental

Il a été mis en place en mai 2001.

- Il associe le Conseil général, l'Assurance Maladie, la CNAV, la DDE, les représentants des grandes villes (CCAS) et tous les acteurs de la coordination gérontologique : SSIAD, Maisons de retraite, Centres Hospitaliers, Services d'aide à domicile, PACT ARIM et CODERPA.
- Le dispositif est piloté par la DDASS et la DASSMA.
- Ses missions principales sont :
 - organiser le maillage du département par le réseau des CLIC à échéance de 2005
 - dresser l'état des lieux des coordinations existantes
 - organiser les opérations de labellisation et l'instruction des dossiers
 - organiser l'évaluation et le suivi du dispositif départemental
 - réguler les opérations de financement et les partenariats financiers

2. la mise en place des groupes de travail

- Lors de la première réunion du COPIL du 3 mai 2001, il a été décidé de mettre en place 3 groupes de travail sur les thèmes suivants

groupe n°1 : détermination des territoires, animé par un médecin de la DDASS, C.Salvio

groupe n°2 : Etat des lieux (recensement de l'existant), animé par I.Antoine, IPASS

groupe n°3 : les financements, animé par Mme CADOT, IPASS.

Les travaux ont été présentés lors du COPIL du 3 juillet.

Les animateurs des trois groupes présentent la synthèse des travaux (les synthèses du groupe 1 et 2 se trouvent dans le fonds de dossier).

**INTERVENTION DU DR P. CARCA
(PRESIDENT DE L'ASSOCIATION RELIAGE)**

**LE C.L.I.C. DU RESEAU GERONTOLOGIQUE
DE LA REGION DE LAGNY**

PREAMBULE

Historique :

Un réseau informel, s'est mis en place depuis plus de 3 ans sur Lagny et ses environs. Opérationnel, il justifiait d'une structuration pour fonctionner de manière cohérente. La circulaire CLIC de juin 2000 est venue cristalliser les efforts dans ce sens.

Le groupe de réflexion initial , auquel a activement participé le CODERPA, a travaillé pour amener les partenaires à se réunir le 24/01/2001 à l'initiative de la mairie de Lagny, de Monsieur le Directeur de l'hôpital de Lagny et de Monsieur le Conseiller Général du canton de Lagny. Un territoire y a été proposé, des besoins y ont été évoqués. Le projet d'un centre local pour l'information et la coordination gérontologique pour la région de Lagny y a été lancé.

L'énergie et la motivation des groupes de travail, formés le 28/02 ont permis la création rapide du support juridique et une élaboration du dossier.

En effet, l'assemblée constitutive de l'Association RELIAGE (Une des concrétisations du réseau gérontologique de la Région de Lagny) s'est tenue le 19 juin et le dépôt du dossier de candidature à la "Labellisation CLIC" a eu lieu le 29 juin. A la séance du 3 juillet 2001, le COPIL Départemental des CLIC de Seine & Marne a invité RELIAGE pour présenter son dossier. Le 23 octobre, cette instance retenait le site de Lagny et de Melun comme CLIC et leur accordait le Label Niveau 2 à chacun.

Remarque : Notre association, comme le CLIC, ne s'intéresse pas qu'aux personnes en perte d'autonomie, mais bien à toutes les personnes de plus de 60 ans, de la cessation d'activité jusqu'au décès (y compris le soutien aux familles) et couvre non seulement les besoins sanitaires mais aussi les volets sociaux et habitacionnels de la vie quotidienne des personnes âgées et/ou handicapées.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE RELIAGE

1- La structure associative allie :

- * Les avantages de l'indépendance du partenariat et de la complémentarité
- * La garantie de décisions collectives et réalistes

2-Les réunions sont fréquentes (3 C.A et 5 réunions de bureau depuis la création)

Le Conseil d'administration du 26 septembre, a validé le règlement intérieur et créé 4 commissions permanentes : (Info Com, Coordination, Finances, Evaluation Formation)

- Le prochain conseil d'administration (Sérénité) le (28/11). L'ordre du jour sera le suivant :
- * Ouverture du guichet unique
- * Etude des principes généraux de fonctionnement de l'équipe de coordination
- * Etude des premières CONVENTIONS et protocoles d'accord
- * Recherche d'un cofinancement

SITUATION ACTUELLE

1-Création du guichet unique

- * *Le local* : Un projet de convention d'occupation est élaboré, des travaux et des aménagements sont prévus (investissement en matériel de bureau et informatique)
- * *Le personnel* : le conseil d'administration a fait le choix de l'embauche prioritaire d'une secrétaire.
- * *La préparation à l'ouverture du centre concentre nos efforts.*

2-Le financement

- * *La convention attenante à la demande de subvention de l'Etat* a été signée le 9 novembre par le Président ; l'autre signataire est le TPG (en attente). Le montant de la subvention est de 375 000 F.
- * *Les subventions municipales* : un projet de convention est testé sur six communes. La proposition d'un montant de 0,2 EURO par habitant et par an, n'aurait suscité aucune observation particulière.
- * *La recherche du financement CNA V* : un dossier est en fin d'élaboration.

OBJECTIF IMMEDIAT LE NIVEAU 2 +

1-Alimenter, gérer et exploiter la Banque de Données

2-S'assurer du retour de l'information donnée et du suivi

3-Recruter le responsable de la coordination

4-Optimiser la coordination des intervenants : Formaliser et conclure des conventions et des protocoles d'accord (entre l'EMS de l'UAS et l'Equipe de coordination du CLIC, par exemple...)

5-Asseoir un financement pérenne, garantissant une action durable (et donc des emplois stables...). Ceci implique la coordination des institutions.

LES DIFFICULTES

1- La circulation difficile de l'information sur le savoir-faire (voir sites labellisés en 2000). Des initiatives tant au niveau national que départemental sont attendues...

2- Le cofinancement : un défi ?

*Pour une action durable et indépendante le cofinancement s'impose.

* Le paradoxe de l'absence de subvention d'investissements, de la part de l'Etat "incitateur" assorti à la notion de reprise en cas de non-utilisation des fonds (de fonctionnement) déjà prévue. Que penser de l'évaluation au 30 avril 2002 si l'ouverture est retardée ?

3-Les problèmes pratiques.

La lenteur parfois due à un blocage futile.

CONCLUSION

Une réunion a lieu demain soir à Lagny, celle du comité, appelé Comité de Pilotage Local du réseau Gérontologique de la Région de Lagny. C'est une instance de réflexion et de liaison interface notamment entre RELIAGE et les institutions départementales qui pourrait apporter des éléments contribuant à résoudre les difficultés présentées.

Ainsi l'élan ne serait pas brisé par des malentendus ou des contretemps fâcheux. Cette dynamique bénéfique aux plus de 60 ans doit être encouragée par tous les intervenants.

INTERVENTION DE MONSIEUR CLAUDE LEMAGNE PRESIDENT DU CGRM - RIVAGE

Le centre local d'information et de coordination est né de la volonté de partenaires nombreux tous guidés par le désir d'aider les personnes âgées et leurs familles.

L'association APMAD qui existe depuis bientôt 20 ans s'est portée volontaire pour prendre en charge le CLIC de la région de MELUN.

Après l'assemblée générale extraordinaire du 10.09.2001, elle est devenue "CGRM RIVAGE". Les statuts modificatifs ont été déposés à la Préfecture de Seine et Marne et la déclaration a été enregistrée au journal officiel du 13 octobre 2001.

Les partenaires regroupés en Comité de Coordination Gérontologique de l'agglomération de MELUN ont été repris pour la plupart dans l'association RIVAGE qui se compose :

- des représentants des communes représentant les villes du DAM
- des représentants des communes avoisinantes
- des communes du district du Châtelet
- du CODERPA
- de représentants des services d'aides et de soins à domicile comme :
 - FASSAD
 - ASSAD RM
 - ASSAD 77
 - SDMR
- les représentants des services publics, en fait, le Centre Hospitalier de MELUN qui a assuré la montée en charge de notre dispositif et que je remercie en la personne de son directeur, Monsieur GAUSSENS.
- des représentants des personnes qualifiées tels :
 - des médecins libéraux
 - des infirmiers libéraux
 - des représentants des services tutélaires
 - des représentants des foyers résidences du territoire de l'association
 - des pharmaciens
 - des représentants des maisons de retraite
 - des représentants des CCAS
 - un médecin de SOS médecin
 - un représentant des sapeurs pompiers

Elle comprend également des membres associés :

- les conseillers généraux
- la DDASS
- la DASSMA
- la CRAMIF
- la CNAV
- l'AG2R
- la MSA
- le PACT'ARIM
- les clubs du troisième âge.

J'en ai terminé avec cette énumération, mais je voulais vous dire toute l'importance que prend notre association du fait de cette composition.

Le 18 octobre, nous présentions notre projet au COPIL, à la DDASS de Seine et Marne. Je signais la convention entre l'Etat et l'association dans le bureau de Mme CADOT, le 9.11.2001.

Quelle est notre mission ?

En résumé :

- c'est de développer des missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées et leurs familles.
- Ceci suppose bien entendu l'existence d'un local de permanence facilement repérable.

Et j'en profite pour remercier la ville de MELUN qui met à notre disposition un appartement situé :

6, square Prosper Mérimée à Melun

Nous devons notamment fournir à notre clientèle des informations pour les aides et prestations disponibles, et proposer une orientation de la personne âgée vers le dispositif d'offre de service approprié.

Nous devons créer les conditions favorables à l'évaluation des besoins des personnes en concertation avec celles-ci et leur entourage, et à la recherche de solutions adaptées.

Je dois dire que nous employons déjà une coordinatrice, Madame DAUVERNE qui établit d'ores et déjà des évaluations et qui recherche avec nos autres partenaires, des solutions adaptées et admises par la personne âgée.

RIVAGE devra également s'attacher :

- à recenser les services à développer ou à améliorer et à définir des plans d'action.
- Nous devons permettre d'assurer sa pérennisation par la mobilisation des acteurs et la recherche de financement.
- la convention avec l'Etat a été signée le 9.11.2001, donc nous avons pris des dispositions pour faire notre premier conseil d'administration le 12.12.2001 à 16 h30.

Les invitations partiront incessamment et nous avons déjà pris des mesures pour permettre l'embauche d'une seconde coordinatrice ainsi que d'une secrétaire à partir des conclusions d'un groupe de travail définissant les critères d'embauche.

Nous ferons le point des travaux effectués par les commissions du CCGM et étudierons les missions futures de ces commissions au sein de RIVAGE.

Voilà où nous en sommes aujourd'hui, je compte sur vous, membres de RIVAGE, pour nous aider et faire avancer ce CLIC dans les conditions les meilleures.

CONCLUSION DE LA JOURNEE

Elle fut tirée par Monsieur Pétruzzi, Conseiller général du canton du Châtelet en Brie, seul Conseiller général ayant assisté à cette journée d'information. En voici un résumé à partir de notes, prises lors de son intervention, qui, malheureusement ne peut traduire tout l'humour et le brio de l'orateur.

« Après les écrits pessimistes sur l'A.P.A. diffusés largement dans notre département, il s'évertua à calmer les esprits et à rétablir la réalité de la situation.

Tout le monde s'accorde aujourd'hui à dire que la loi portant création de l'A.P.A. est une bonne loi, et personne n'en conteste le bien fondé. Lors de l'examen en dernière lecture de la loi, par l'assemblée Nationale, aucun groupe politique n'a voté contre.

En 1950 les plus de 65 ans représentaient 11,4% de la population, en 2000 ils en représentaient 16% et devraient être plus de 25% en l'an 2030. C'est dire qu'il faut s'attendre à un vieillissement inéluctable de notre population. Cette nouvelle loi a voulu se donner les moyens d'une meilleure prise en charge de ces problèmes.

La Prestation Spécifique Dépendance faisait l'objet de cinq critiques majeures :

- des montants variables suivants les départements
- des montants trop faibles pour une prise en charge lourde
- une définition trop floue des critères de dépendance
- des conditions de ressources restrictives
- un recours sur succession dissuasif.

En clair, l'A.P.A. représente un progrès et une avancée historique.

Les conseils généraux continueront à être en charge de l'A.P.A car ils ont déjà cette compétence au titre de la décentralisation et la nécessaire qualité des plans d'aide imposait une gestion de proximité.

Son financement ne présente pas de problèmes majeurs pour notre département. En 1997, l'Allocation Compensatrice pour Tierce personne représentait un effort financier de 120 millions de francs. Depuis la mise en place de la P.S.D., cet effort est tombé à 24 millions et le coût annoncé, déduction faite des anciennes prestations et de l'aide de l'Etat, pour 2002 est de 121 millions de francs.

Quoi qu'il en soit : nous devons bien tous admettre que la durée de vie ayant considérablement évoluée et devant encore augmenter dans les 20 prochaines années, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées devient une nécessité, la solidarité des classes d'âge les plus jeunes devra forcément jouer d'une façon ou d'une autre. Nous le devons à nos anciens les plus fragiles. »