

CODERPA 77

Edition Hors série

INTERVENTIONS DE LA JOURNEE D'INFORMATION TENUE A L'ESPACE KANGOUROU LE 14 NOVEMBRE 2002

**Comité Départemental des Retraités et
des
Personnes Agées**

SOMMAIRE

Allocution de Mme PERNET, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires & Sociales représentant le Préfet de Seine-et-Marne, Monsieur Bernard COQUET

Intervention de Mme CADOT, Inspecteur Principal de la DDASS et de M. SERRANO de la DASSMA
«Les Personnes Handicapées Vieillissantes»

Interventions de Mme ANTOINE, Inspecteur Principal et Mme GUILLON, Inspecteur
Mise en norme des Etablissements – Réforme de la tarification des EPHAD

Intervention de Mme ANTOINE, Inspecteur Principal de la DDASS
Les Centres Locaux d'Intervention et de Coordination «CLIC»

Le C.L.I.C. de Lagny «RELIAGE» par le Docteur CARCA
Le C.L.I.C. de Melun «RIVAGE» par M. Claude LEMAGNE

Intervention de Mme RAYMOND, Chef de Service de la DASSMA
L'A.P.A.

La journée a été conclue par M. QUILLET, Conseiller Général, Chargé de l'Action Sociale et de la santé publique, accompagné de Monsieur MARCILHACY, directeur de la DASSMA.

**ALLOCUTION DE Mme PERNET,
Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales**

Monsieur le Préfet, Bernard COQUET, ne pouvant être des vôtres aujourd'hui, m'a prié de bien vouloir vous transmettre ses excuses et vous dire tout l'intérêt qu'il porte au CODERPA. Il m'a donc demandé de le représenter aujourd'hui lors de votre très riche journée du CODERPA, ce que je fais avec beaucoup de plaisir.

Tous les ans, vous organisez des journées sur des thèmes d'actualité et depuis un peu plus de deux ans que je suis dans ce département, j'ai pu constater combien elles étaient à la fois denses et très proches des préoccupations quotidiennes des personnes âgées. Vous avez à cœur, en effet, et c'est là un rôle que vous tenez parfaitement, de faire entendre auprès des pouvoirs publics la voix et les préoccupations qui sont les vôtres,

Je n'oublie pas en effet que la Société Française compte actuellement plus de 13 Millions de personnes âgées de plus de 60 ans et que cette proportion augmentera très vite à partir des années 2005 pour devenir supérieure à celle des moins de 20 ans dès 2020.

Vous représentez donc un enjeu fort pour la société actuelle, non seulement par le nombre, mais aussi par tout le savoir que vous avez acquis au cours de votre expérience professionnelle, sociale et familiale.

Si on jette un regard sur quelques années qui viennent de s'écouler et notamment sur l'année 2002, on s'aperçoit que celle-ci a été fructueuse. Des dispositifs nouveaux ont vu le jour.

- L'A.P.A. Allocation personnalisée d'autonomie

dont le succès a été très rapide et qui a donné aux services des Conseils Généraux un énorme travail. Cette prestation doit permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie d'accéder aux aides et aux services dont elles ont besoin.

- La mise en place de comités locaux d'information et de coordination - 2 sont actuellement en place dans le département à LAGNY et MELUN et toute une dynamique s'est mise en place dans le département.
- La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dont l'objectif est de mettre la personne âgée au cœur du dispositif d'hébergement c'est à dire s'adapter à ses besoins. En Seine et Marne, il s'agit pour les services tant du Conseil Général que l'Etat d'un travail très lourd puisque la Seine et Marne comporte quelques 160 établissements pour personnes âgées et que quasiment tous sont concernés par la réforme.

- C'est l'occasion pour nos deux services de visiter les établissements, d'examiner leurs projets de prise en charge des personnes âgées, mais aussi pour l'Etat et l'Assurance Maladie d'accorder des moyens en matière de médicalisation.
- Comme annoncé aussi en octobre 2001, tout un programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer a été mis en place avec un cahier des charges applicables aux consultations mémoire et aux centres de ressource et de recherche.
- Tout un programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles a été prévu aussi pour la période 2002-2005. Il concerne les personnes âgées à risque de décompensation en raison du grand âge, des pathologies invalidantes, de la malnutrition, des problèmes médico-sociaux, de l'incontinence.

Or, parmi ces facteurs de risque certains peuvent faire l'objet d'une prévention ou d'une prise en charge précoce, mais de telles démarches sont encore trop limitées.

C'est pourquoi, le programme de prévention a pour objectif de permettre à chacun de vivre chez soi le plus longtemps possible en conservant une indépendance véritable, une vie sociale et une qualité de vie.

Ce programme est construit autour de trois axes : le développement de la prévention, l'adaptation de l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles, le renforcement de la formation à l'exercice médical de la gériatrie.

Au niveau régional le SROS c'est à dire le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire aura tout un volet concernant les personnes âgées.

- Enfin, une autre des priorités marquées qui est la mise en place dans le département depuis un certain temps et qui a été actualisée l'année dernière par décision du Préfet est la lutte contre la maltraitance.

Je ne terminerai toutefois pas mon propos sans vous faire part d'un souci que nous partageons tous actuellement qui est l'aide à la personne âgée, c'est pourquoi, dans le cadre du Service Public Emploi et en liaison avec le Conseil Général nous travaillons à la formation de nouveaux personnels.

Un dernier point, encore, que je crois devoir vous signaler, mais les intervenants suivants vous le diront mieux que moi, c'est la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ; le schéma départemental des handicapés qui est en cours de finalisation entre le Conseil Général et l'Etat prévoit en effet un certain nombre de préconisations concernant cette catégorie de population.

Ce programme de cette journée étant particulièrement dense et intéressant j'arrêterai donc là mes propos.

LES HANDICAPES VIEILLISSANTS

Intervention de Mme CADOT, Inspectrice principale à la DDASS

Le «vieillissement» des handicapés est une notion récente

En effet, la durée de vie des personnes handicapées s'est considérablement allongée au cours des deux dernières décennies (à titre d'exemple : déficit mental léger et moyen - élévation de plus de 5 ans de l'âge moyen du décès entre les années 70 et les années 90 ; déficit mental profond et polyhandicap - élévation de 19 ans de l'âge moyen du décès entre années 70 et les années 90 ; trisomie - élévation de 14 ans de l'âge moyen du décès entre les années 70 et les années 90 ; polyhandicap sévère - élévation de 10 ans de l'âge moyen du décès entre les années 70 et les années 90)

Sur le département de Seine-et-Marne

- 20% des personnes travaillant en CAT sont âgées de plus de 45 ans ; cette population devrait doubler dans les cinq prochaines années ;
- 37% des personnes handicapées mentales accueillies en foyer occupationnel ont plus de 45 ans.

Cet allongement (comparable à celui de la population générale) a des implications multiples :

- allongement des durées de séjour en établissement pour personnes handicapées adultes (doublement de cette durée pour certains handicaps)
- perte d'autonomie qui met en question la vocation initiale des structures d'accueil et leur adéquation à la population accueillie ;
- difficulté à tenir un poste de travail à plein temps ;
- difficulté des familles, elles-mêmes vieillissantes, à assurer le maintien à un domicile familial et demandes «tardives » d'entrées en établissement ou de renforcement des aides à domicile ;
- dégradation de l'état de santé et nécessité - renforcée par le raccourcissement des durées de séjour en unités de soins aigus - de renforcement des relations avec le système de soins.

La question de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes pose le problème de réponses plus souples que les structures d'accueil telles que nous les connaissons aujourd'hui.

Les hypothèses de réponse pourraient être les suivantes :

- création d'établissements ou de sections spécifiques ;
- élargissement de la vocation des foyers occupationnels vers une offre occupationnelle de jour d'une part et vers une prise en charge de la dépendance et du soin d'autre part ;
- possibilité de travail ou d'activité à temps partiel ;
- développement de services d'accompagnement à domicile.

CLIC

(Intervention de Mme ANTOINE, Inspectrice Principale à la DDASS)

I- Présentation générale - Information diverses

1 - Définition des CLIC

Ce sont des lieux bien identifiés où les personnes âgées ou leurs familles peuvent connaître leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge.

L'enjeu consiste à restructurer l'offre de services qui est multiple (toilettes, soins ménage, repas, transports, vie sociale, loisirs, l'habitat...) pour proposer une prise en charge globale et coordonnée. Le but est de faciliter les démarches de la personne âgée et de sa famille.

Ils doivent également permettre d'assurer une meilleure coordination entre le secteur sanitaire, les structures médico-sociales et les services de prise en charge à domicile.

2 - Rappel des trois niveaux de labellisation

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

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

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

Le secrétaire d'Etat souhaite qu'à moyen terme, dans les 18 mois à deux ans, les CLIC de niveau 1 évoluent vers le niveau 2 ou 3. Il rappelle que le niveau 2 "permet d'évaluer les besoins en terme de plan d'aide personnalisée" qui sera financé par l'APA.

A terme, tous les CLIC devront évoluer vers le niveau 3 de labellisation.

3 - Articulation CLIC et APA

Une certaine confusion peut survenir entre le rôle des CLIC de niveau 2 qui élaborent le plan d'aide personnalisé et les équipes médico-sociales APA des Conseils généraux.

A ce sujet, une fiche technique en date du 8 août 2002 sur l'articulation des CLIC avec les équipes médico-sociales de l'APA a été élaborée par la DGAS. Ce document a été diffusé au Conseil général et aux membres du Comité de pilotage.

(cf document remis aux participants)

4 - Réunions interrégionales d'échanges sur le dispositif CLIC

Ces réunions permettront notamment aux acteurs de débattre de l'évaluation INSERM, de l'articulation des CLIC avec les équipes médico-sociales, de l'articulation des CLIC avec les réseaux de santé, de l'aménagement de l'habitat, et des perspectives budgétaires et objectifs de 2003.

L'évaluation INSERM porte sur les 25 sites pilotes mis en place en 2000.

La réunion pour les régions Ile-de-France et Centre est prévue le 2 décembre 2002, au Ministère.

Seront conviés à cette réunion les services de l'Etat, ceux des conseils généraux, les CLIC et les membres des comités de pilotage.

5 - Evaluation qualitative de l'aspect « Habitat » dans les CLIC

Les DDASS ont reçu en juillet 2002, un questionnaire destiné aux CLIC existants.

Dans sa lettre d'accompagnement, la DGAS rappelait que les CLIC ont une mission essentielle relative à l'accessibilité et à la sécurité de l'habitat des personnes en situation de handicap, dont l'objectif est de favoriser leur autonomie.

Si tous les CLIC ne peuvent pas avoir la même compétence sur le volet habitat, tous doivent être en mesure d'apporter une information satisfaisante aux usagers et les orienter vers les réseaux compétents.

Consciente de la difficulté de réaliser cette coordination de proximité en ce qui concerne les acteurs intervenant dans le domaine de l'habitat, le DGAS a conclu en février 2001 une convention de partenariat avec le ministère de l'équipement, des transports et du logement, l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) et la CNAV, pour engager certaines actions sur l'habitat des personnes âgées.

Cette convention indique les orientations prioritaires de chacun des signataires ainsi que leurs objectifs et actions à mener.

II- L'état d'avancement du dispositif CLIC sur le département de Seine-et-Marne

1- les 2 CLIC existants

A la fin de l'année 2001, 2 CLIC ont été labellisés en niveau 2.
Il s'agit du CLIC de Melun "Rivage" dont le président est M. LEMAGNE et du CLIC de Lagny "RELIAGE" dont le Président est M. CARCA.
M. LEMAGNE et M. CARCA vont vous présenter leur bilan d'activité depuis l'ouverture des CLIC.

2- les projets en cours

3 projets CLIC ont été récemment présentés au COPIL.

Il s'agit des projets de Provins, Fontainebleau et Nemours. Ils demandent la labellisation en niveau 2

LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

(Intervention de Mme ANTOINE, Inspectrice Principale à la DDASS)

I - Présentation générale

1- Rappel des grands principes de la réforme de la tarification des EHPAD

Cette réforme mise en place en 1999 institue un nouveau mode de tarification basé sur trois sections correspondant aux trois composantes de la prise en charge gériatrique : l'hébergement, la dépendance et les soins.

Elle institue également un nouveau mode d'allocation de moyens basé sur le principe de la contractualisation.

Les établissements sont soit médicalisés (c'est à dire possèdent une section de cure médicale), soit non médicalisés.

Dans le premier cas, ils ont deux sections tarifaires : hébergement et soins.

Dans le deuxième cas, ils ont une seule section : l'hébergement.

L'objectif de la réforme est de répartir ces sections binaires ou uniques en trois sections hébergement, dépendance et soins.

L'hébergement est à la charge de l'usager ou de l'aide sociale lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale.

La section dépendance est à la charge de l'usager ou de l'APA, puisque l'APA en établissement solvabilise en partie les frais liés à la dépendance.

La section soins est à la charge de l'assurance maladie. Les tarifs et la dotation soins sont fixés par l'autorité compétente en matière d'assurance maladie. en l'occurrence la DDASS.

Le but est de remettre à plat le système tarifaire et de faire financer les prestations adéquates par les bons financeurs

Avec cette réforme, dès que l'établissement aura signé la convention tripartite, le personnel soignant sera pris en charge par la section tarifaire soins.

2 - date d'expiration du délai

Pour rentrer dans la réforme, les établissements doivent, au préalable, signer une convention tripartite pluriannuelle (sur 5 ans) avec le Président du Conseil général et l'autorité compétente en matière d'assurance maladie, en l'occurrence la DDASS.

En signant, les établissements médicalisent l'ensemble de la structure et s'engagent à rentrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Les autorités de tarification, en contrepartie, leur accordent des moyens supplémentaires.

La date d'expiration du délai dans lequel doivent être conclues les conventions était initialement fixée au 31 décembre 2003. Il est prévu que cette date soit repoussée en 2006. Ce serait en fait fin 2005 et l'année 2006 serait réservée aux foyers logements et les petites structures.

3 - Le financement au niveau national (section soins)

Pour assurer le financement, le gouvernement a décidé de consacrer 914,7 millions d'euros de crédits supplémentaires de l'assurance maladie, sur une période de cinq ans (2001-2005).

Ces crédits consacrés à la médicalisation de tous les établissements, s'ajoutent aux 3,1 milliards d'euros actuellement accordés pour financer les sections de cure médicale.

Cette dotation majore de près de 30% les moyens actuellement alloués aux structures.

Ces moyens supplémentaires se concrétisent notamment par la création de l'ordre de 20 000 emplois (soit une augmentation de 10% des effectifs) et par des actions de formation et de qualification en faveur des personnels soignants, au titre de la médicalisation et de la démarche qualité.

II - L'application de la réforme de la tarification des EHPAD sur le département de Seine et Marne

1 - Outils élaborés (validés par la Commission Départementale de Suivi de la Réforme)

La DDASS et le Conseil Général ont élaboré en commun des outils afin d'harmoniser la mise en place du conventionnement.

- Un protocole d'accord rappelant les grands principes de la réforme et son application sur le département, signé du président du conseil général, du directeur de la CRAMIF et du préfet de département.

- Un modèle de convention tripartite

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.

Une 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).

2 - Explication sur la démarche de conventionnement

> Entre le début de la négociation et la signature finale de la convention, il faut compter un délai de 3 mois environ.

> La procédure est assez lourde et demande une charge de travail non négligeable tant pour les établissements candidats que pour les autorités de tarification.

Les établissements doivent tout d'abord procéder en interne à l'auto-évaluation qui doit se faire de façon concertée, évaluer le GMP, établir les budgets ternaires, commencer à travailler sur le projet institutionnel, PV et PS si ce n'est pas fait.

> Lorsque les établissements sont prêts, ils se portent candidats

- une première audition est organisée avec l'établissement, le conseil général et la DDASS qui permet d'avoir déjà un aperçu de leur état d'avancement dans la réforme.

- lorsque l'établissement n'est pas médicalisé, il doit remettre à la DDASS une demande de transformation en EHPAD laquelle est examinée par le CROSS d'Ile-de-France (Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale). Le passage en CROSS constitue un préalable nécessaire avant la signature de la convention.

- une visite sur place est ensuite organisée avec les autorités de tarification (administration + médecin) afin de "valider" leur évaluation et de vérifier concrètement leur volonté de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Lors de la visite dans l'établissement, les grands items du cahier des charges sont vérifiés.

> Au final, 3 à 4 rencontres sont nécessaires avec chaque établissement pour aboutir à la signature de la convention.

3 - Programmation départementale

- la qualité des espaces privés et collectifs
- le personnel l'organisation - "ratios" - qualification-formation médecin coordonnateur
- existence ou non de protocoles, fiches de postes...
- ouverture vers l'extérieur
- organisation des admissions - réclamations
- relations avec les familles - l'entourage
- la prise en charge des résidents : organisation des soins - repas - animation
- application et respect de la charte des droits et libertés de la PAD
- mise en place d'instances représentatives (CE, CTP...)

- Ensuite, intervient la phase de négociation budgétaire

- Enfin, lorsque les parties sont d'accord, la signature de la convention peut avoir lieu

Nous avons adressé aux établissements une programmation afin de leur proposer une période de conventionnement.

Le rythme des conventions est d'une quinzaine par trimestre.

Le secrétariat est assuré alternativement par la DDASS et la DASSMA.

Pour le 4^{ème} trimestre 2002, c'est la DASSMA qui s'en occupe.

La DDASS se chargera du 1er trimestre 2003.

Moins de 120 établissements sur 155 doivent encore signer la convention tripartite.

Il faut toutefois préciser que sur ces 120, certains sont sur le point de signer. La convention est datée par le dernier signataire (le Préfet) et elle prend effet le 1er jour du mois qui suit cette date.

Conclusion

Cette réforme doit permettre aux établissements d'améliorer la qualité des services rendus aux usagers.

Elle repose sur une base contractuelle et place le résident au cœur du dispositif

Florence GUILLON, IASS stagiaire, va vous présenter l'état d'avancement des conventions et elle a fait un recensement des postes (recrutements - formation) que cela génère.

Les précisions sur les sections tarifaires et les objectifs de la réforme peuvent être retrouvées sur le site internet du CODERPA www.coderpa77.org

BILAN DE LA REFORME DE LA TARIFICATION
Intervention de Mme Florence GUILLON, élève inspectrice
en stage à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine et Marne.

Le bilan d'étape de la réforme de la tarification en Seine et Marne montre des évolutions importantes pour les établissements signataires des conventions tripartites.

A l'heure actuelle 49 établissements ont été auditionnés, 40 supplémentaires le seront également l'année prochaine.

1- Etablissements signataires en 2001 et 2002

Le tableau présenté en annexe 1 retrace les caractéristiques des établissements, avant de présenter les évolutions de personnels et des ratios.

Sur ces 20 premiers établissements présentés, 4 ont signé la convention en 2001, 8 en 2002. Huit conventions supplémentaires seront signées avant la fin de l'année.

Profil des établissements

La moitié de ces établissements est habilitée à l'aide sociale. La majorité est constituée d'établissements privés (75%) dont 55% d'établissements à but lucratif.

Ces établissements ont un GMP moyen de 646,5, mais seule la moitié d'entre eux étaient médicalisés, et ce sur une proportion réduite de leur capacité totale.

C'est pourquoi. l'ensemble des recrutements prévus, après les négociations budgétaires, permettra aux établissements de posséder suffisamment de personnel soignant et ainsi prétendre accueillir des personnes âgées dépendantes.

Evolutions relatives au personnel

En effet, le personnel affecté aux soins augmente pour l'ensemble des établissements. Ainsi, 20,64 IDE supplémentaires, 4,06 médecins coordonnateurs et surtout 101,16 aide soignants et aides médico-psychologiques supplémentaires sont prévus.

Parallèlement, plusieurs établissements ont choisi de privilégier la formation interne, essentiellement en inscrivant des ASH aux formations d'AS et d'AMP. 34 agents sont concernés. On comprend bien que ce choix participe de la difficulté actuelle pour les maisons de retraite à recruter du personnel soignant diplômé, en particulier dans les structures privées.

Les ratios soins sur toute la durée de la convention, permettent de mieux visualiser les évolutions majeures pour les établissements

- Avant la signature, le ratio moyen était de 0,15, dans une fourchette comprise entre 0,07 (soit presque pas de personnel soignant) et 0,27.
- Dès la première année, le ratio moyen passe à 0,24 avec un ratio minimum de 0,16 et un maximum à 0,38.
- Enfin. en n+4, le ratio moyen est de 0,29, avec un minimum à 0,24.

Un effort important a été consenti pour recruter du personnel supplémentaire. Ainsi, les établissements se rapprochent du ratio moyen soin préconisé par le CROSS (0,30). Il est néanmoins nécessaire de préciser que ce ratio n'est qu'une préconisation et ne constitue donc pas une norme réglementaire.

Ces moyens importants permettront aux établissements de répondre aux exigences qualité de la réforme, qui constituent un volet particulièrement important dans les conventions.

2- Etablissements auditionnés, futurs signataires en 2003

Les établissements devraient signer la convention en 2003, la plupart ayant été auditionnés au cours du quatrième trimestre de cette année. Cependant, un établissement a reporté la signature à la fin de la période de la réforme.

La procédure a été retardée pour trois établissements, en raison d'un avis défavorable du CROSS. Avant toute nouvelle avancée, un second passage devant cette commission, par ailleurs prévu en décembre, est nécessaire.

Profil des établissements

Les établissements concernés sont à 70% privés, mais avec une relative homogénéité entre établissements privés à but lucratif, établissements privés associatifs et établissements publics. Environ la moitié est habilitée à l'aide sociale.

Sur les 27 établissements présentés dans le tableau en annexe 2, 12 avaient auparavant des places de section de cure médicale, ne couvrant qu'une partie de leur capacité globale. Or le GMP moyen est de 647,7, ce qui est aussi important et demande une présence correcte de personnel soignant.

Evolutions en matière de personnel soignant :

Deux remarques préliminaires sont nécessaires. D'une part, les chiffres indiqués dans l'annexe 2 sont ceux proposés par les établissements, avant toute négociation budgétaire. Ils seront donc très certainement revus, en fonction des contraintes financières et du montant de la dotation soin.

D'autre part, les chiffres présentés ne sont pas entièrement fiables. Par exemple, un établissement a intégré des auxiliaires de vie faisant fonction d'AS dans ses effectifs aux soins. Or, ne sont pris en charge par la dotation soin que les agents diplômés ou en cours de formation.

Un véritable effort est fourni, tant en matière de formation que de recrutement.

En ce qui concerne la formation, il faut cependant rester prudents. car tous les établissements n'ont pas fourni leurs plans de formation, la négociation n'étant pas achevée. A l'heure actuelle, 47 agents seraient formés dont 40 pour un établissement sur 8 ans, à raison de 5 par an.

Pour le recrutement, il est envisagé

- 4,29 auxiliaires médicaux supplémentaires
- 9 infirmières
- 2,53 temps de médecin
- 48,8 AS ou AMP

Les conséquences sur les ratios soin sont évidentes puisque le ratio soin moyen existant qui est de 0,18 passerait à 0,24 en $n + 1$ et à 0,38 en $n+4$.

Actuellement le ratio minimum est de 0,05, le maximum étant de 0,53. Dès la première année, le minimum ne serait plus que de 0,16 avec un maximum à 0,55.

Cependant, deux remarques doivent à nouveau être formulées. En premier lieu, le ratio moyen de la dernière année ne repose que sur trois établissements, ce qui rend peu fiable ce ratio de 0,38. En second lieu, les ratios maximum sont caractéristiques d'un établissement résultant de la fusion d'une maison de retraite hospitalière et d'une unité de soins de longue durée. Ce ratio est élevé, dans la mesure où c'est déjà un établissement médicalisé, accueillant des personnes âgées dépendantes. Pour les autres établissements, les ratios soin sont bien inférieurs.

Si pour 2003, les chiffres restent à prendre avec précaution, des efforts non négligeables sont réalisés, tant en matière de recrutement que de formation. Ces moyens supplémentaires permettront en partie aux EHPAD de répondre aux objectifs de la grille ANGELIQUE. Ainsi, une prise en charge globale et de qualité sera davantage offerte aux résidents sur ce qui constitue souvent leur dernier lieu de vie.

CONVENTIONS SIGNEES EN 2001 ET 2002

Etablissements	Statut	Capacité	SCM	Habilitation	GMP	Personnel existant			Personnel_2003			Ratio actuel		Ratio n+1		Ratio n+4	
						IDE	médecin	AS	IDE	médecin	AS	global	soin	global	soin	global	soin
1	privé lucratif	82	25	non	657	3	0,25	10	3	0,5	11,5		0,17		0,18		0,27
2	public	71	20	oui	733	3	0	13	5	0	18		0,22		0,32		0,4
3	privé lucratif	62	16	3 lits	675	3	0	7,5	4	0,5	15		0,17		0,31		0,33
4	public	90	20	oui	651	3	0	14	5	0	22		0,17		0,17		0,27
5	privé lucratif	85	60	oui indiv	814	3,58	0,4	13	4,2	0,5	26		0,16		0,37		0,37
6	privé lucratif	90	65	non	825	3,7	0,5	20,1	4,66	0,5	29,2	0,67	0,27	0,69	0,38		
7	public	80	0	oui	475	1,9	0,1	6	3,5	0,2	13,7		0,1		0,22		
8	privéassoc	75	38	non	611	2	0	6	3	0,33	10	0,43	0,1	0,49	0,17	0,56	0,24
9	public	52	0	oui	492	2,6	0,05	7	3	0,2	10,5		0,18		0,22		0,28
10	privé assoc	140	48	oui	443	5,01	0,36	12,84	6	0,36	16,9	0,41	0,13	0,45	0,16	0,58	0,33
11	privé lucratif	72	16	non	566	3	0	10	3	0,29	12	0,53	0,18	0,54	0,21	0,54	0,24
12	public	80	40	oui	727	3	0,5	15	4	0,5	16	0,52	0,24	0,56	0,25	0,6	0,3
13	privé lucratif	94	0	oui	692	4	0,3	9,75	4	0,30	10,5		0,15	0,63	0,16		
14	privé lucratif	80	0	non	640	1	0	5	3,5	0,30	14		0,07		0,22		
15	privé mut	60	0	oui	514	1	0	7	2,5	0,5	10	0,35	0,13	0,51	0,16		
16	privé assoc	45	0	non	694	1	0	8	1,5	0,25	8	0,658	0,22	0,689	0,25	0,732	0,28
17	privé lucratif	92	0	non	758	2	0	6	5	0,34	14	0,43	0	0,51	0,22		0,24
18	privé lucratif	29	0	non	717	0,97	0	2,27	2,5	0,25	7	0,53	0,11	0,58	0,33		
19	privé lucratif	55	0	non	552	4	0	2,18	3	0,5	8,5	0,46	0,11	0,58	0,22		
20	privé lucratif	66	0	non	694	1,5	0	7	2,5	0,2	10		0,12		0,19		0,24
Total		1 500	348			52,26	2,46	181,64	72,9	6,52	282,8		0,15		0,24		0,29

Signification des abréviations :

SCM : Section de Cure Médicale

GMP : Gir Moyen Pondéré

Auxiliaires médicaux : exemple Kiné, etc

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

Médecin coordinateur

AMP : Aide Médico-Psychologique

AS : Aide Soignant (sont comptabilisées les Aides médico-psychologique)

Ratio : % de personnes par rapport à la capacité de l'établissement

Ratio soin : % de personnel soignant par rapport à la capacité de l'établissement

PROPOSITIONS DES ETABLISSEMENTS SIGNATAIRES EN 2003

Etablissements	Statut	Capacité	SCM	Habilitation	GMP	Personnel existant				Personnel n+1				Ratio actuel		Ratio n+1		Ratio n+4	
						auxiliaires	IDE	médecin	AS	aux	IDE	médecin	AS	global	soin	global	soin	global	soin
1	privé	56	26	oui	633	0,00	1,50	0,08	8,50	0,00	2,00	0,08	8,00	0,46	0,18		0,18		
2	privé lucratif	218	0	non	630	0,00	6,00	0,00	21,00	0,00	14,00	1,00	31,00	0,36	0,12	0,42	0,21		
3	public	180	110			0,00	16,20	1,30	62,60	2,50	12,60	1,90	64,60		0,44		0,46		
4	public	35	0	oui	586	0,00	1,00	0	1,00	0,00	1,75	0,20	4,00	0,44	0,05		0,17		
5	privé lucratif	80	25	non	735	0,00	3,00	0,50	7,70	0,00	3,00	0,50	9,70	0,52	0,13		0,30		
6	privé assoc	84	0	oui	560	0,00	2,60	0	8,00	0,00	3,60	0,50	10,00	0,37	0,12	0,42	0,16		
7	privé lucratif	70	0	non	549	0,00	2,30	0	5,50		3,25	0,20	11,00		0,11		0,21		
8	privé lucratif	75	0	non	610	0,00	2,50	0	7,15		2,50	0,20	11,50		0,13		0,19		
9	privé lucratif	54	0	non	801	0,00	1,50	0	5,00	1,00	4,50	0,40	10,00	0,4	0,12	0,69	0,26	0,69	0,26
10	public	185	107	oui	705	2,50	11,00	1,00	15,00	3,00	14,00	1,50	17,00		0,16		0,27		
11	privé	120	80	oui	650	1,00	2,50	0,33	18,00	1,50	5,00	0,50	26,00		0,18		0,28		
12	public	90	60	oui	677	0,00	4,50	2,00	22,00						0,32				
13	privé assoc	35	0	ou,	520	0,00	0	0,00			2,00	0,25	7,00		0,07		0,26		
14	privé lucratif	79	0	non	752	0,00	2,50	0,50	11,00	0,00	2,50	0,50	11,00		0,18		0,18		
15	public	67	30	oui	652	0,00	2,00	0,00	10,50	0,00	3,00	0,30	11,00		0,19		0,20		
16	privé lucratif	80	0	non	680	0,00	2,00	0,00	5,50		3,50	0,50	12,00	0,35	0,09	0,53	0,20		
17	privé	120	90	oui		1,40	9,25	0,40	8,00						0,21				
18	privé lucratif	74	0	non	676	0,00	2,00	0,00	8,00	0,00	3,20	0,25	14,85		0,14	0,54	0,26	0,49	
19	privé lucratif	108	10	non	658	0,00	2,57	0,20	12,14	0,00	4,00	0,50	18,00	0,45	0,14	0,49	0,21	0,49	
20	privé	78	24	oui	623	0,00	2,50	0,25	6,00	1,00	3,50	0,33	8,00		0,11		0,16		
21	privé	79	30	non	610	0,00	2,17	0,22	7,69										
22	privé lucratif	87	0	non	626	0,51	2,00	0,35	10,00	0,51	2,00	0,35	11,00		0,15		0,16		
23	public	61	0	oui	468	0,00	1,00	0,10	5,60	0,00	2,00	0,20	7,60	0,34	0,06		0,16		0,26
24	public	419		oui	671	2,50	34,50	4,00	94,00	2,50	34,50	4,00	105,70		0,32		0,35		
25	privé	19	0	non	643	0	1,00	0											
26	privé assoc	20	0	non	680	0	0,50	0	3,00	0	1,00	0	2,67		0,17		0,18		
27	public	70	20	oui	799	0,50	10,10	1,00	25,75	0,70	10,80	1,00	26,15	0,87	0,53	0,89	0,55	0,97	0,61
Total		2643	612			8,41	129	12,23	388,6	12,7	138	15,16	437,8		0,18		0,24		0,38

Intervention du Docteur Pierre CARCA, Président de RELIAGE support du CLIC de la Région de Lagny

Les difficultés rencontrées en 2002

INTRODUCTION

Considérations générales et rappels

Le CLIC de la Région de Lagny repose sur une structure Associative créée pour lui : RELIAGE

La formalisation du Réseau Gérontologique Local, tissé depuis 1998, a un peu plus d'un an et demi d'existence ; l'ouverture du Centre moins d'un an

Les difficultés, principalement de trois ordres, sont :

- > D'abord **financières** pour «faire vivre le CLIC» et espérer sa pérennité. Elles conditionnent :
 - Les relations internes Association - CLIC
 - Les relations externes tant avec les usagers et leur entourage qu'avec les intervenants et les partenaires.
 - L'effectif de l'équipe de coordination
- > Puis **organisationnelles** (Méthodologiques)

Tant en interne au niveau du Centre qu'en externe par la formalisation du partenariat ("*grand Chantier*"). * Mr Colvez – Clic – Rapport INSERM – Juillet 2002

- Enfin « **exécutives** » par l'hypothétique réalisation pratique et l'efficacité incertaine des missions, par l'insuffisance quantitative et qualitative de l'aide à domicile.

DIFFICILE MISE EN PLACE D'UNE ASSISE FINANCIERE SOLIDE (« LE NERF DE LA PAIX »)

Les institutions (organismes financeurs) pourraient s'engager clairement sur les versements des fonds, cela éviterait un budget prévisionnel 2002 très incertain et un budget prévisionnel 2003 encore plus surréaliste.

- > En effet, aucune **coordination des financeurs** des CLIC n'a vu le jour en Seine & Marne. Par contre, le numéro d'équilibriste du Président et des Trésoriers, a recommencé sa tournée ; après celle du Printemps, voici celle de l'Automne. Au «gel républicain », prolongé par les vacances succèdent :
 - **Les restrictions budgétaires** dans les domaines sanitaires et sociaux pour faire face à d'autres priorités.
 - Et **les allongements des délais** d'exécution des décisions de financement pour les mêmes raisons.

Dans ces conditions les CLIC associatifs isolés comme le notre qui ne peuvent fonctionner que grâce à une trésorerie positive, **sont fragilisés...** «Leur existence très récente ne leur permet pas de s'être constitué «un fond de roulement». (* page 1)

En effet pour recourir à un **découvert bancaire**, qui ne permet que quelques semaines de répit en attente d'un versement important ; une garantie est nécessaire : l'attestation de mandat.

Une ligne «Dailly» n'est pas plus facile à mettre en œuvre, et peut être plus contraignante mais reste peu coûteuse.

En effet ces pratiques attentistes, engendrent certes des angoisses, mais surtout des frais financiers qui amputent évidemment la subvention d'autant, mais ont rémunéré la banque, (que nous remercions néanmoins : elle a contribué à maintenir des emplois...)

LES DIFFICULTES A FORMALISER LE PARTENARIAT : LES CONVENTIONS

Plusieurs conventions ont été signées.

- La première avec la DDASS en Novembre 2001 renouvelée en Juin 2002, exposait les **exigences** que devait respecter un CLIC labellisé en Niveau 2.
- Une convention avec le CCAS de Lagny pour l'occupation du **local** a été signée en Décembre 2001.

Mais les **Conventions avec les municipalités** sont celles qui ont occupé et continuent d'occuper un place importante dans l'activité de RELIAGE et du CLIC.

Des démarches, des rendez-vous, des présentations, des courriers, l'établissement d'une convention type et la négociation de Conventions spécifiques mobilisent les dirigeants.

Enfin actuellement, un projet de **convention avec l'hôpital de Lagny** devrait devenir un texte définitif adopté très prochainement.

«C'est l'institution vers laquelle se tournent en priorité les CLIC à vocation niveau 3... » (* page 1)

LES DIFFICULTES EXECUTIVES pour l'équipe de coordination

La question qui se pose à chaque demande est bien : comment y faire face ?

Comment et avec quelle efficacité mobiliser les intervenants auprès de la personne âgée ?

Les demandes des usagers et de leur entourage sont de plus en plus nombreuses. Les cas complexes ne sont pas rares.

L'équipe de coordination réduite à deux personnes (même trois) reste fragile, d'autant qu'elle doit assurer sa survie en accomplissant de nombreuses tâches administratives et comptables imposées par les financeurs. De plus cela s'effectue dans l'angoisse liée à l'insécurité de la stabilité de l'emploi et à l'incertitude de la réalisation finale de chaque intervention.

Les **risques** sont grands aussi bien dans la perspective **d'un frein au développement du CLIC**, que dans le surmenage entraînant une **indifférence déculpabilisée**.

Dans ces conditions, quelque soit la réaction, voire même l'absence de réaction de l'équipe du CLIC, **et bien que sa mission soit de coordonner et non de «prendre en charge** », il y a **préjudice pour l'usager et son entourage**, donc pour chacun d'entre nous.

UNE CONVICTION : LA PERENNISATION LABORIEUSE EST NECESSAIRE

C'est, selon les textes (cahier des charges de Juin 2001) **par des actions** mobilisant les intervenants pour remédier à des carences, en recherchant le cofinancement pour le soutien, que le CLIC assurera (en partie) sa pérennité.

RELIAGE en partenariat avec l'AGNSM (Association de Gérontologie Nord Seine & Marnaise) a notamment sollicité la CRAMIF et la DRASSIF dans le cadre du PRS, pour promouvoir **une action de Formation-Information des Aides à Domicile**. Une partie du financement a été récemment versé.

L'organisation de cette formation est en cours d'élaboration et commencera dès le début de l'année 2003.

CONCLUSION

Si les difficultés sont nombreuses, elles sont riches d'enseignements par l'effort qui est fait pour essayer de les résoudre et par l'exemple à prendre en compte lorsqu'elles sont résolues.

Pourtant ayant relu le résumé de mon intervention faite ici même il y a un an (21 Novembre 2001), rien ne semble avoir vraiment évolué dans la résolution des difficultés.

Asseoir un financement pérenne (des CLIC) garantissant une action durable (des emplois) implique la coordination des institutions (des financeurs). Est-ce un défi ? ou un ~~vœu~~ des CLIC à renouveler pour 2003 ?

INTERVENTION DE MONSIEUR LEMAGNE PRESIDENT DE « RIVAGE »

La naissance de RIVAGE

C'est le 10 septembre 2001 que le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) de Melun et sa région est créée sous son appellation actuelle

CGRM RIVAGE

**Coordination Gérontologique de la Région de Melun
Réseau Inter Villes d'Aide en Gérontologie**

C'est le résultat de l'union de deux instances qui existaient ultérieurement :

1. Le CCGM - Comité de Concertation et de Coordination Gérontologique de l'agglomération de Melun, fondé en avril 1999. Ce Comité (sans statuts juridiques) est la réunion des partenaires Ville - Hôpital, préoccupés par les problèmes concernant les personnes âgées.
2. L'APMAD - Association pour le Maintien à Domicile des personnes âgées, fondée en 1982 avait pour mission d'écouter, d'informer et d'orienter les personnes âgées. Elle gérait aussi un service de télé assistance (120 à 140 postes en moyenne).

Les statuts de la CGRM RIVAGE sont déposés à la Préfecture de Seine et Marne le 13 septembre 2001 (parution au JO le 13 octobre 2001).

Nous nous devons de remercier ici Mme GERMAIN de la DASSMA et ses services qui nous ont aidé lors de l'élaboration des nouveaux statuts (aide également matérielle pour le tirage et l'envoi des documents).

RIVAGE présente son dossier auprès de la DDASS de Seine et Marne et obtient sa labellisation CLIC « niveau 2 » le 23 octobre 2001.

Son territoire d'intervention est :

- la Communauté d'Agglomération de Melun Val de Seine,
- la Communauté de Communes du District du Châtelet en Brie,
- la Commune de Maincy.

Une Convention avec la DDASS de Seine et Marne est signée le 9 novembre 2001.

Les activités de RIVAGE

Pour permettre une meilleure approche des activités de l'Association nous sommes amenés, au-delà de l'exercice 2001 qui ne comporte qu'un seul trimestre d'existence, à parler également de 2002, ceci afin de bien montrer la montée en charge.

» Les groupes de travail

Quatre groupes de travail déjà mis en place par le CCGM ont poursuivi leurs études après la création de RIVAGE.

Groupe 1 : Etude et élaboration d'une fiche de liaison CH/Domicile.
Animateur : Mme RIMBERT.

Groupe 2 : Information .Coordination - Communication.
Animateur : Mme DAUVERNE

Groupe 3 : l'Accueil et la filière de jour de la personne âgée.
Animateur : Mme CABRETOSA.

Groupe 4 : Formation .Information - Evaluation gérontologique.
Animateur: Monsieur SALAH.

» Les réunions de travail

Afin de permettre au mieux la fusion du CCGM et de l'APMAD et de lancer RIVAGE, plusieurs réunions importantes ont été organisées

- le 10 juillet 2001 Conseil d'Administration APMAD
- le 25 juillet 2001 Assemblée Générale APMAD
- le 10 septembre 2001 Assemblée Générale Création de RIVAGE
- le 12 décembre 2001 1er Conseil d'Administration de RIVAGE.

» Les visites à domicile

Notre coordinatrice effectue régulièrement des visites à domicile indispensables pour évaluer les besoins de la personne et proposer un plan d'action en accord avec elle et en respectant ses choix de vie.

Les clients de la télé assistance ne pouvant se déplacer au bureau bénéficient également d'une visite de la coordinatrice avec information et évaluation.

» Les réunions de coordination avec les autres services

Des réunions de coordination autour des cas difficiles et des problèmes rencontrés sont organisées avec les services (une fois par mois en moyenne) comme l'ASSAD RM, le SSIAD et les CCAS en cas de besoin, mais aussi au domicile de la personne âgée, en présence des services sociaux de la commune et du médecin traitant.

» Les visites auprès de nos partenaires

C'est, il me semble, l'activité qui a le plus marqué le démarrage et la montée en charge de RIVAGE.

La coordinatrice, accompagnée quelquefois du Président, a réalisé de nombreuses visites en présentant, à chaque fois, les missions de l'Association et en insistant sur l'importance du RESEAU ainsi constitué.

A titre d'exemple, nous pouvons évoquer les visites auprès

- des CCAS de MELUN, LA-ROCHETTE, VAUX-LE-PENIL, LIVRY-SUR-SEINE, MONTEREAU-SUR-LE-JARD, DAMMARIE-LES-LYS, LE DISTRICT DU CHATELET
- de l'ASSAD RM, l'ASSAD 77, PROXIM SERVICE, PACT ARIM
- des établissements tels que CHAMPCUEIL, FORCILLES, Le VILLAGE de BOISSISE-LA-BERTRAND, l'Hôpital Local de BRIE-COMTE-ROBERT, la Maison de Retraite de l'Ermitage, le SSIAD de MORMANT...
- et avec l'hôpital bien sûr.

Il ne s'agit là que des réunions de 2001, un grand nombre de visites ayant également été faites en 2002.

Cette activité d'information vers l'extérieur a permis de nous faire mieux connaître pour répondre aux attentes de nos partenaires.

Nous avons également participé à des réunions de formation ou d'information auprès du personnel, aides ménagères, aides soignantes, voire infirmières et avons présenté RIVAGE, ses missions et son réseau auprès du personnel du SSIAD, de l'ASSAD RM, des CCAS de DAMMARIE-LES-LYS, de VAUX-LE-PENIL, et aussi auprès des aides ménagères de l'ex DISTRICT DU CHATELET

➤ Les formations et informations



La Coordinatrice est présente aux grandes journées d'information telles que :

- le 17 octobre 2001 - Devenir centenaire (Maison de la Chimie à Paris)
- le 25 octobre 2001 - Journée de la Gériâtrie (Hôpital de Melun)
- le 15 novembre 2001 - Un jour nous aurons tous 100 ans (Ville de Melun)
- le 20 novembre 2001 - Journée d'information du CODERPA
- le 03 décembre 2001 - Journée CORERPA
- le 20 décembre 2001 - Journée APA (Paris).

> La télé assistance

Parallèlement, le service de coordination assure la gestion d'un service de télé alarme. Cette activité est bien rôdée, les renseignements concernant les abonnés sont stockés dans l'ordinateur et mis à jour régulièrement, ce qui permet de procéder à l'appel des cotisations trimestrielles de façon ordonnée et rapide.

A toutes fins utiles, nous avons au 31 décembre 2001, 127 postes installés, nous en avons 140 à ce jour, répartis sur les communes du secteur et principalement Melun qui en compte 74 à elle seule.

Ce service que nous rendons aux personnes âgées est très important car il permet un contact régulier avec 140 personnes qui peuvent avoir besoin d'autres services. C'est en fait, une clientèle potentielle pour la Coordinatrice de RIVAGE.

> Quelques données chiffrées sur la Coordination

Les demandes peuvent être réglées par un simple renseignement donné par téléphone ou concerner des missions d'évaluation, orientation et suivi nécessitant une ouverture de dossier et la visite de la Coordinatrice.

Le nombre de demandes (personnes âgées, familles, entourage, partenaires) pour le 4ème trimestre 2001 était de : 25, et, pour information nous en avons eu 237 pour la période du 1er janvier au 30 septembre 2002 (cf tableau des répartitions par communes ci-dessous).

> Conclusion

Afin d'être au plus près de la réalité, et compte tenu de la date de notre Assemblée Générale, ce rapport d'activité porte nécessairement sur l'année 2002 ; s'agissant d'une montée en charge, il était intéressant pour tous de savoir où nous en étions à ce jour.

Cette montée en charge s'est faite de façon continue jusqu'à l'accident de notre Coordinatrice. Bien entendu, comme il en était convenu dès notre demande de labellisation, nous recherchons un deuxième coordinateur. Les appels de candidature ont été lancés, plusieurs candidats ont adressé leur CV. La commission chargée du recrutement recevra les candidats dans les prochains jours.

Nous espérons, bien entendu, que la santé de Pascale DAUVERNE lui permettra de reprendre son activité le plus rapidement possible. Néanmoins, nous répondons, grâce à notre secrétariat, aux demandes de toute personne que nous dirigeons sur l'instance qui lui convient.

Nous nous sommes rendus compte, au cours de ces premiers 12 mois, de l'importance que peut prendre un Centre Local d'Information et de Coordination qui devient une instance incontournable dès lors que nous répondons aux attentes des personnes âgées et de leurs familles. Je pense que nous réussissons à simplifier leurs démarches et surtout à les rassurer en leur apportant, dans la majorité des cas, une solution ou un début de solution.

Nous poursuivrons et développerons nos missions avec encore beaucoup plus d'impact sur la population âgée, grâce à nos deux coordinateurs et grâce surtout au soutien moral et financier de tous nos partenaires.

Je voudrais, par ailleurs, formuler le vœu que les demandes de soins d'hygiène, notamment les toilettes, puissent être toutes satisfaites. La difficulté provient du fait que peu d'infirmiers libéraux sont disponibles pour ce genre de service et que, dans les Associations de soins, le personnel qualifié manque. C'est certainement lié, pour partie, aux salaires proposés.

Le débat n'est pas nouveau, mais cette situation est mal ressentie par les familles. Comment prôner le maintien à domicile dans de bonnes conditions si les moyens pour assurer ce maintien sont insuffisants.

Toutes les Associations d'aide à domicile sont sensibilisées à ce problème. Des solutions sont proposées, mais il y a urgence. Ces solutions passent nécessairement par l'accord des pouvoirs publics (hausse des salaires, montant des prises en charge et nombre de prises en charge accordées).

LE TRAVAIL DES 4 GROUPES PROJETS

N° 1 - La fiche de liaison (Animateur Mme RIMBERT)

La fiche de liaison (CH/Domicile) est réalisée. Il s'est avéré que la communication d'informations, même à partir d'un document clair, n'est pas évidente. Aussi, son utilisation est plutôt en sommeil et elle ne remplit pas le rôle que tous en attendaient. Lors de notre dernier Conseil d'Administration, il a été décidé de relancer ce projet, surtout sa mise en place. Cela passe par une sensibilisation du personnel concerné de l'hôpital. Monsieur DI MERCURIO propose des réunions de travail avec les membres de RIVAGE, sous forme de journées d'information.

N° 2 - La Communication (Animateur Mme DAUVERNE)

Cette commission s'est attachée à mettre en place rapidement les outils de communication nécessaire au bon fonctionnement de RIVAGE:

1. Création du LOGO et papier à en-tête,
2. Adhésif mural posé sur la porte d'entrée du siège social,
3. Préparation des textes figurant sur les panneaux lumineux de certaines villes ou dans les bulletins municipaux,
4. Lettre à tous les médecins du centre hospitalier et aux généralistes du secteur pour les informer des missions de RIVAGE,
5. Elaboration d'un dépliant RIVAGE avec rappel du n0 vert 0800 605 705 (appel gratuit),
6. Tableau présentant le réseau RIVAGE et ses partenaires principaux,
7. Création
 - d'un site Internet :
 -

<http://perso.wanadoo.fr/coordination.gerontologique.rivage/>

d'une adresse e-mail

cgrmrivage@wanadoo.fr

Ce site, mis en place en juillet 2002 sera développé et amélioré par le groupe

N° 3 - Accueil de jour (Animateur Mme CABRETOSA)

Madame CABRETOSA a exposé le projet lors du dernier Conseil d'Administration le 10 octobre 2002.

Son étude sera poursuivie par des membres de la Commission.

Des contacts seront pris avec les structures déjà existantes.

N° 4 – Formation - Information - Evaluation

(Animateur M. SALAH)

Plusieurs thèmes tiennent à cœur aux membres de ce groupe.

1. L'évaluation à partir de la grille AGGIR

Celle-ci soulève quelques interrogations dans son utilisation. Dans un souci d'éclaircissement, il a été suggéré de proposer un atelier de travail sous l'égide de RIVAGE pour fin 2002. Ce projet est concrétisé sur l'initiative du docteur SALAH et de Mme DELOULAY; l'atelier interactif aura lieu le

Vendredi 29 novembre 2002

Espace Saint Jean à Melun,

avec la participation du Docteur Robert LEROUX, fondateur des modèles Géronte et AGGIR.

Cet atelier se déroulera toute la journée, en 2 groupes de 25 personnes maximum, soit le matin de 9 h à 12 h 30, soit l'après-midi de 14 h à 17 h 30.

2. Formation des aides à domicile

Les sujets pouvant intéresser les aides à domicile sont nombreux : Alzheimer, oncologie, maladies invalidantes, fin de vie, troubles du comportement.

L'ASSAD RM a déjà sollicité l'hôpital de Champcueil et l'hôpital de Melun pour ce type de formation qui pourrait être élargie aux autres Associations.

3. Information aux aidants

Le groupe a été informé que le Conseil Général a des projets à ce sujet, de même que la MSA, sur des groupes de réflexion concernant la maladie d'Alzheimer.

D'autres Associations réfléchissent sur ce problème.

Il faut, en l'état actuel, continuer la concertation avant de formaliser une éventuelle action.

4. Soins palliatifs en ville

L'hôpital de Melun n'a pas d'unité de soins palliatifs ; il peut apporter sa contribution dans le cadre d'échanges avec le CH de Champcueil et la ville de Melun. De toute façon, il s'agit d'un projet ambitieux. Il faut continuer à en parler pour que cela mûrisse.

Équipe d'animation

RIVAGE emploie une Coordinatrice (Mme Pascale DAUVERNE) et une Secrétaire (Mme Aline JACQUIN).

Un deuxième poste de Coordinateur est prévu pour 2002.

Bureaux et siège social

Le siège social et les bureaux sont situés

6, square Prosper Mérimée
77000 MELUN

Ces locaux sont mis gracieusement à la disposition de RIVAGE par la ville de Melun que nous remercions de nouveau. Ils sont fonctionnels et ont été entièrement rénovés et repeints. Nous nous y sommes installés le 4 juin 2002.

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Présentation effectuée par Madame RAYMOND
Chef de Service de l'Aide Sociale aux Adultes à la DASSMA

L'allocation personnalisée d'autonomie se substitue à la P. S. D., à compter du 1er janvier 2002, en application de la loi du 20 juillet 2001 et des décrets du 20 novembre 2001.

Elle est octroyée sans condition de ressources et sans recours sur succession.

A son taux maximum, elle peut être servie:

- A domicile, aux personnes disposant d'un revenu mensuel inférieur à 934,64 Euros, soit 6.130,85 francs.
- En établissement, aux personnes disposant d'un revenu inférieur à 2.025,06 Euros, soit 13.283,51 francs.

En Seine et Marne, actuellement, 4.200 personnes âgées, hébergées en établissement, peuvent y prétendre, alors que les bénéficiaires de la P. S. D. n'étaient que 399.

A domicile, ce sont 7.300 personnes qui sont susceptibles de demander le bénéfice de l'A.P.A. contre 479 personnes ayant bénéficié de la P. S. D. au 31 décembre 2000.

Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Les modalités d'attribution sont les mêmes que pour la P. S. D. L'évaluation de la dépendance (grille AGGIR) est réalisée par l'équipe médico-sociale départementale.

Il est proposé un plan d'aide, financé par l'A.P.A. pour une dépendance se situant dans les échelons 1 à 4 de la grille AGGIR qui, rappelons le, en compte 6. Cette aide peut être apportée par un organisme prestataire ou par un salarié engagé par le bénéficiaire, y compris par un membre de sa famille.

En ce qui concerne les personnes hébergées en maison de retraite, c'est le personnel médical de l'établissement qui évalue le niveau de dépendance.

L'A.P.A. est payée selon un tarif propre à chaque établissement et à chaque niveau de dépendance.

De toutes façons, un «ticket modérateur» dépendance est dû à l'établissement par tous les bénéficiaires.

Quelques indications sur les montants maximum d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Précisons d'ailleurs que les taux varient selon deux paramètres: le niveau de revenu et le classement de la dépendance.

A domicile.

GIR 1	1.090,41 €, soit 7.152,65 francs par mois.
GIR 2	934,64 €, soit 6.130,84 francs par mois.
GIR 3	700,98 €, soit 4.598,13 francs par mois.
GIR 4	467,32 €, soit 3.065,42 francs par mois.

En établissement.

Il y a un regroupement des GIR 1 et 2, puis 3 et 4.

GIR 1 - 2	339,90 € soit 2.190,00 francs par mois
	11,13 € soit 73,00 francs par jour.
GIR 3 - 4	187,50 € soit 1.230,00 francs par mois
	6,25 € soit 41,00 francs par jour.

Dispositif départemental d'attribution.

Le retrait et le dépôt des dossiers d'A. P. A. peuvent être effectués auprès:

- Des 15 unités d'action sociale départementales
- De l'ensemble des mairies (CCAS).
- Des caisses de retraites.
- Des associations prestataires qui l'ont souhaités.

En établissement, les directions disposent de tous les documents nécessaires.

Actuellement, la DASSMA a mis en place 7 équipes médico-sociales réparties sur le territoire du département : Melun, Tournan, Meaux, Lagny, Roissy en Brie, Provins et Nemours.

La mise en place de ces dispositions a nécessité la création de 36 postes, dont la moitié au siège de Melun.

Dispositions transitoires.

Pour les personnes maintenues à domicile et bénéficiant de l'aide ménagère, la CNAV et la MSA maintiendront les droits des bénéficiaires de l'aide ménagère en GIR 4 jusqu'à leur obtention de l'A. P. A.

Quant aux résidants, des montants forfaitaires départementaux d'APA permettront de leur verser la prestation d'un établissement n'ayant pas de tarif dépendance.

Depuis le 1er janvier 2002, le département a renoncé au recours sur succession pour les personnes bénéficiant de la PSD et de l'aide ménagère.

Situation spéciale.

Il s'agit des établissements d'une capacité inférieure à 25 lits et/ou un GIR moyen pondéré (GMP) inférieur à 300.

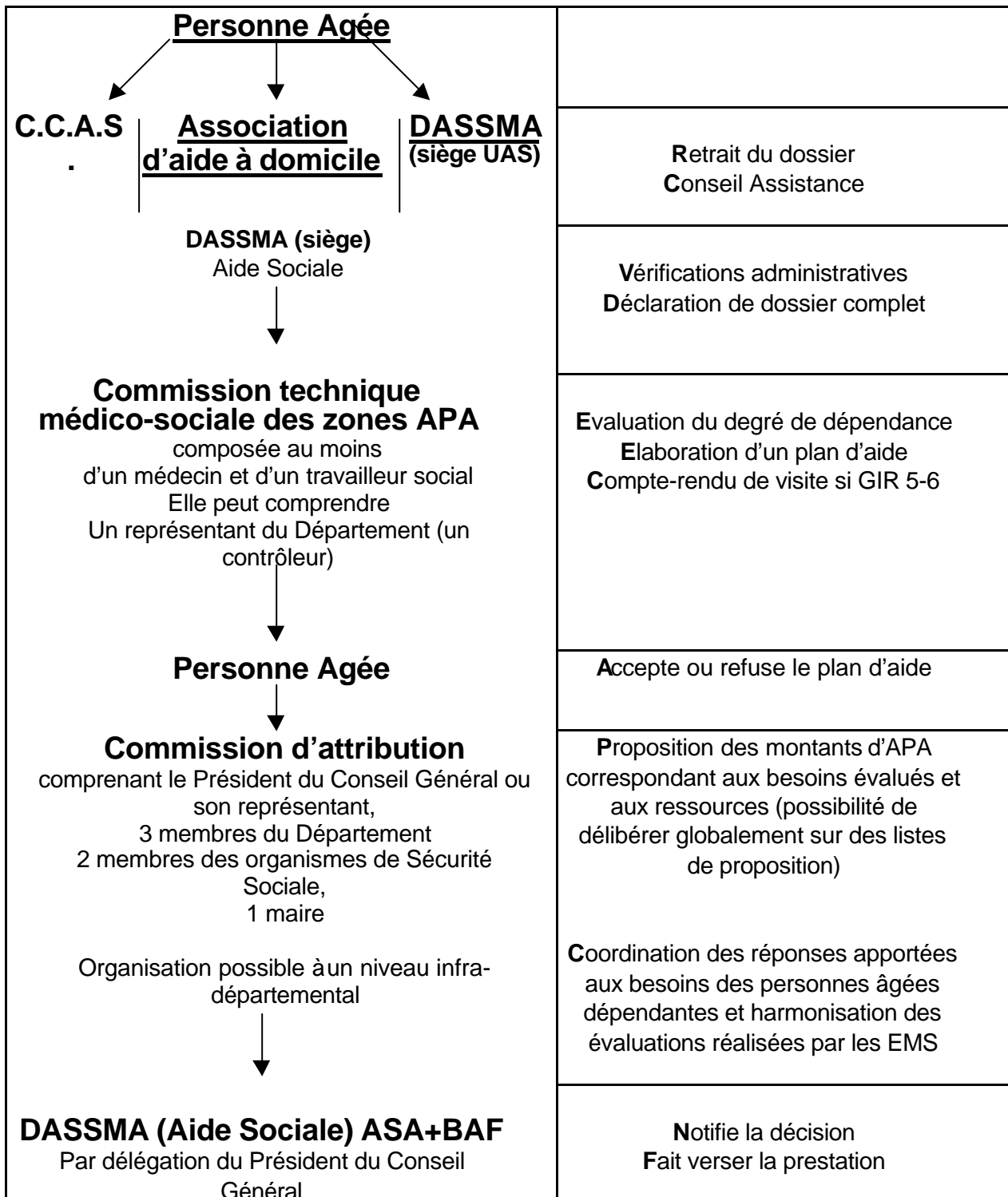
Essentiellement des foyers logements ou des petites structures qui sont considérés comme relevant de l'APA à domicile.

Le «girage» des résidants est effectué par l'équipe départementale, et un plan d'aide leur est proposé.

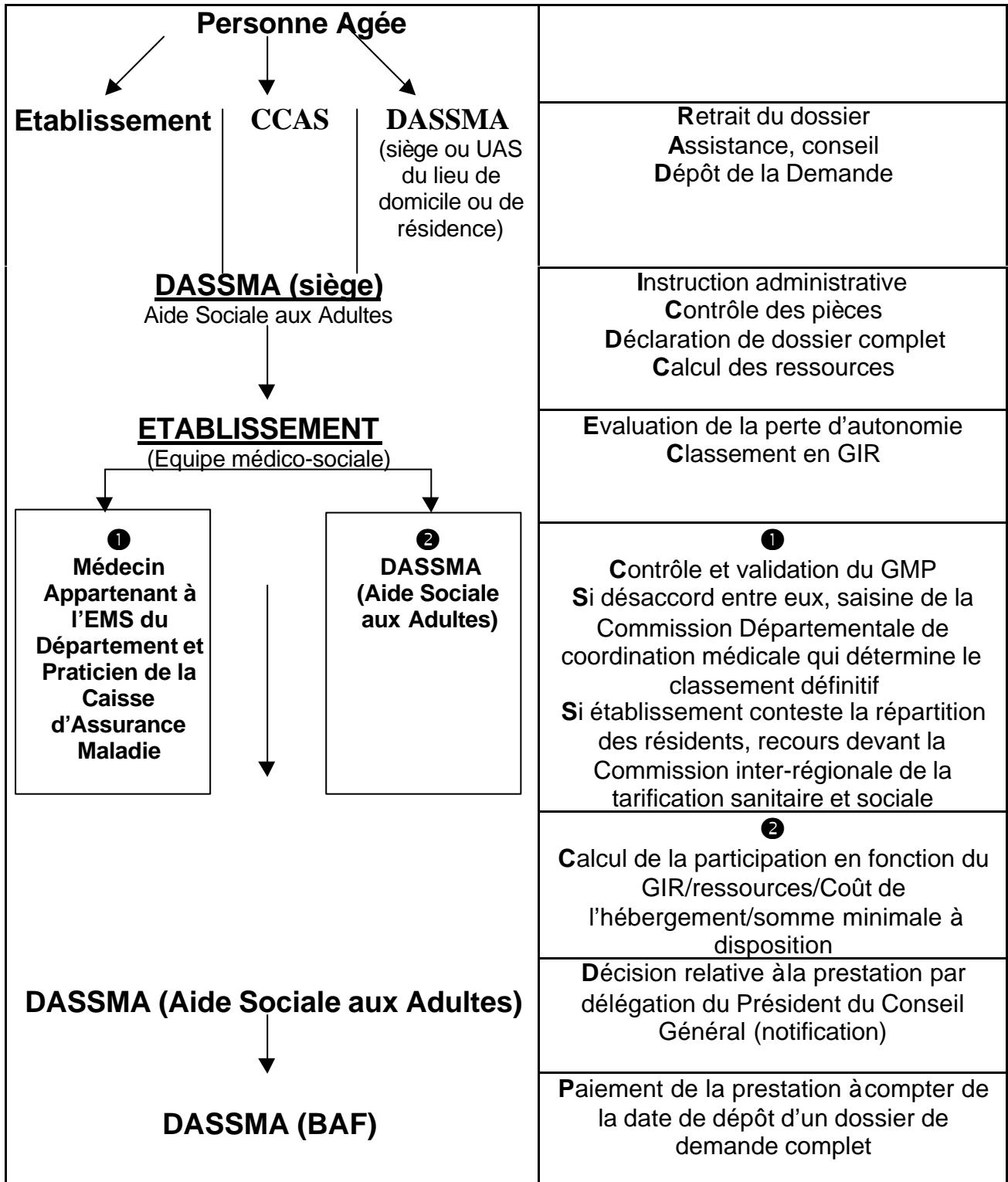
Annexes:

- Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) à domicile, circuit de la demande et de la décision.
- Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) en établissement, circuit de la demande et de la décision.
- Circuit de l'attribution d'urgence
- Tableau de bord - APA à domicile au 31 octobre 2002.
- Tableau de bord - APA en établissement au 31 octobre 2002.

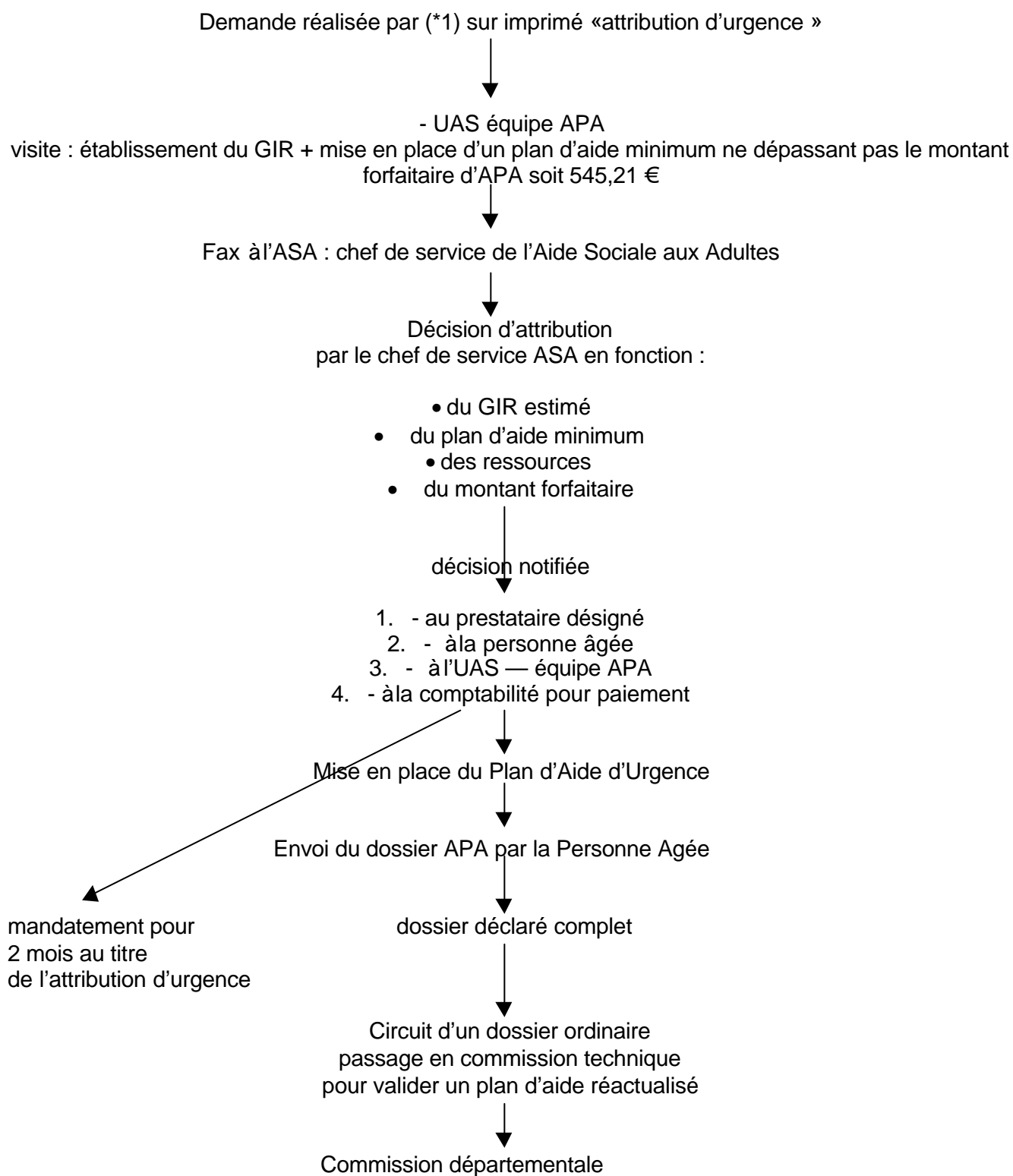
ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE (A.P.A.) A DOMICILE CIRCUIT DE LA DEMANDE ET DE LA DECISION



**ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE (A.P.A.) EN ETABLISSEMENT
CIRCUIT DE LA DEMANDE ET DE LA DECISION**



CIRCUIT DE L'ATTRIBUTION D'URGENCE



*1 CCAS ou mairie

* services d'aide à domicile conventionnés avec la CNAV

* CLIC (centre locaux d'informations et de coordination)

* équipe mobile de gérontologie d'un CHU (en cours de création) ou service social hospitalier

TABLEAU DE BORD - APA ETABLISSEMENT AU 31 OCTOBRE 2002

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre
Demandes reçues	22	741	554	528	321	299	468	180	242	218
Cumul	22	763	1317	1845	2166	2465	2933	3113	3355	3573
Demandes décidées	0	1	8	123	147	328	348	541	359	597
Cumul	0	1	9	132	279	607	955	1496	1855	2452

Total demandes reçues	3573	
Total demandes décidées	2452	69%

Total demandes accordées au 31/10/02			2238	91%	Dont	
	Gir1	Gir2	Gir3	Gir4	76%	24%
soit	481	920	369	468	femmes	hommes
	21%	41%	16%	21%		

soit	85 ans et +	75 à 84 ans	60 à 74 ans
	57%	32%	11%

Total demandes refusées au 31/10/02	214
-------------------------------------	-----

Sortie du dispositif au 31/10/02										
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre
soit	0	2	11	17	24	30	33	19	15	29
cumul	0	2	13	30	54	84	117	136	151	180

TABLEAU DE BORD - APA DOMICILE AU 31 OCTOBRE 2002

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre
Demandes reçues	36	778	511	539	314	298	310	201	191	273
Cumul	36	814	1325	1864	2178	2476	2786	2987	3178	3451
Demandes décidées	0	1	11	101	156	579	605	522	161	249
Cumul	0	1	12	113	269	848	1453	1975	2136	2385

Total demandes reçues		3451	
Total demandes décidées		2385	69%

Total demandes accordées au 31/10/02		1847				Dont		APA à domicile : montant moyen			
soit		Gir1	Gir2	Gir3	Gir4	77%	23%	Gir1	Gir2	Gir3	Gir4
		526	330	300	691	femmes	hommes	553 €	562 €	468 €	457 €
		28%	18%	16%	37%	Valeur moyenne : 485 €					
		46%		54%							

soit	85 ans et +	75 à 84 ans	60 à 74 ans
	42%	38%	19%

Total demandes refusées au 31/10/02	538
-------------------------------------	-----

Sortie du dispositif au 31/10/02

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre
soit	0	2	4	14	12	19	24	19	24	36
cumul	0	2	6	20	32	51	75	94	118	154

LISTE DES UAS

<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 10 96, avenue Charles Monier BP 67 77242 CESSON ☎ : 01.64.41.21.00 Fax: 01.64.41.21.49</p>	<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 7 1, avenue du Dauphiné B.P 31 77297 MITRY-MORY CEDEX ☎ : 01.60.21.29.00 Fax :01.60.21.29.59</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 15 25, avenue du Gendarme Castermants 77508 CHELLES CEDEX ☎: 01.64.26.51.00 Fax : 01.64.26.51.59</p>	<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 3 1, rue André Thomas BP 99 77875 MONTEREAU CEDEX ☎: 01.60.57.22.00 Fax :01.60.57.22.22</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 11 28, rue Jean Rostand BP 85 77385 COMBS-LA--VILLE ☎ : 01.64.13.42.00 Fax :01.64.13.42.39</p>	<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 1 1, rue de Beauregard 77140 NEMOURS ☎: 01.60.55.20.00 Fax: 01.60.55.20.59</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 5 26-28, rue du Palais de Justice B.P 69 77522 COULOMMIERS CEDEX ☎ : 01.64.75.58.00 Fax : 01.64.75.58.10</p>	<p style="text-align: center;">Unités d'Action Sociale 14 Grande Allée des Impressionnistes 77186 NOISIEL ☎: 01.69.67.44.12 Fax : 01.69.67.44.44</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 2 43, Boulevard .Joffre BP 519 77304 FONTAINEBLEAU CEDEX ☎ : 01.60.71.22.00 Fax :01.60.71.22.59</p>	<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 4 11, rue de Changis 77160 PROVINS ☎: 01.60.52.51.00 Fax : 01.60.52.51.19</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 12 15, boulevard Gallieni B.P 204 77401 LAGNY-SUR-MARNE CEDEX ☎ : 01.64.12.43.30 Fax :01.64.12.43.79</p>	<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 13 16, rue Antoine Lavoisier 77680 ROISSY-EN-BRIE ☎ : 01.64.43.20.00 Fax :01.64.43.20.39</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 6 31, rue du Palais de Justice 77109 MEAUX CEDEX ☎: 01.64.36.42.00 Fax :01.64.36.42.42</p>	<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 8 16, Place Edmond Rotschild BP 47 77220 TOURNAN-EN-BRIE CEDEX ☎ :01.64.25.07.00 Fax: 01.64.25.07.04</p>
<p style="text-align: center;">Unité d'Action Sociale 9 3, rue Barthel 77000 MELUN ☎: 01.64.14.55.00 Fax :01.64.14.55.69</p>	

Mise à jour le 25 novembre 2002

Les sigles qui nous simplifient la vie

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AMP	Agent Médico-Psychologique
ANAH	Association Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AS	Aide Soignante
ASH	Agent de Service Hospitalier
ASSAD	Association Aide et Soins à Domicile
CANTOU	Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CE	Comité d'Etablissement
CLIC	Comité Local d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
COFIL	Comité de Pilotage (labellisation du CLIC)
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CROSS	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
CTP	Comité Technique Paritaire
DASSMA	Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de Seine & Marne
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
EPHAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FASSAD	Fédération des Associations d'Aide et de Soins à Domicile
GMP	GIR (Groupe Iso-Ressources) Moyen Pondéré *
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
PAD	Personne Agée Dépendante
PS	Plan de soins
PV	Plan de vie
RELIAGE	Réseau Local pour l'information et l'Action Gérontologique
RIVAGE	Réseau Interville d'Aide en Gérontologie
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UNASSAD	Union Nationale des Associations d'Aide et de Soins à Domicile

** Tiré de la grille AGGIR Association Gérontologique Groupe Iso Ressources*

PARTICIPATION A LA JOURNEE DU 14 NOVEMBRE 2002

Comme chaque année, cette journée du CODERPA a connu un succès bien mérité.

Parmi la centaine de participants, nous avons pu dénombrer 32 représentants des usagers.

Les responsables de nos organismes de tutelle nous avaient fait l'honneur de venir nombreux :

Madame Pernet, Directrice de la DDASS représentant Monsieur Bernard Coquet, Préfet, accompagnée de ses adjoints,

Monsieur le Docteur Quillet, Vice Président du Conseil Général, représentant Monsieur Larché, Président,

Monsieur Marcihacy, Directeur de la DASSMA, récemment arrivé dans le département, ainsi que plusieurs Chefs de Services.

Parmi nos partenaires habituels, étaient présents:

La MGEN, la CNAV, la CRAMIF, la MSA et l'AG2R

Neuf représentants des communes, Maires Adjoints, Conseillers municipaux, responsables de CCAS ont suivi les travaux avec intérêt.

Quant aux associations et clubs de personnes âgées, 13 animateurs ont trouvé des raisons d'être présents.

Les hôpitaux de Brie Comte Robert, Coulommiers, Meaux, Montereau, Nemours et Tournan avaient délégué des représentants qualifiés : Directeurs, Médecins ou Infirmiers.

Bien entendu, tous les services d'aide aux personnes âgées, travaillant souvent en lien avec le CODERPA, nous ont assurés de leur présence:

ASSAD 77, DAMR, FASSAD, CLICOSS, CICAS, PACT ARIM, CLERI, CLIC de Melun, CLIC de Lagny.

Le journal « Le Parisien » avait envoyé un journaliste pour couvrir cette journée.

Madame NARME, second Vice Président du CODERPA et tous les bénévoles qui l'entourent remercient les participants et les assurent de leurs sentiments dévoués.

Ils vous donnent déjà rendez vous pour la journée du CODERPA de 2003.

Les sections tarifaires

Passer d'un système binaire

hébergement

à la charge de l'utilisateur ou de
la PSD ou de l'aide sociale

soins

à la charge de
l'assurance maladie

à trois éléments de tarification

hébergement

à la charge de l'utilisateur
ou de l'aide sociale

dépendance

à la charge de l'utilisateur
ou de l'APA

soins

à la charge de
l'assurance maladie

Les objectifs de la réforme

- allouer aux établissements des moyens en fonction de l'état de dépendance des personnes accueillies et non en fonction de la nature juridique des lits
- harmoniser progressivement les tarifs afin de réduire les inégalités des personnes par rapport au coût payé pour leur hébergement
- moderniser la gestion financière et budgétaire
- améliorer la qualité dans les établissements pour une meilleure prise en charge des résidents

L'A.P.A.

Allocation personnalisée d'autonomie

Loi du 20 juillet 2001

Décrets du 20 novembre 2001

L'APA se substitue à la PSD à compter du 1^{er} janvier 2002

L'APA sera octroyée :

- Sans conditions de ressources
- Sans recours sur succession

L'APA maximum pourra être servie :

- A domicile aux personnes disposant d'un revenu mensuel inférieur à 6.130,85 F (934,64 euros),
- En établissement, aux personnes disposant d'un revenu inférieur à 13.283,51 F (2.025,06 euros).

Population bénéficiaire

En établissement :

- 4.200 personnes âgées originaires de Seine-et-Marne pourraient prétendre à 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 :

- Evaluation de la dépendance (grille AGGIR) par l'équipe médico-sociale départementale
- Proposition d'un plan d'aide, financé par l'APA pour les GIR 1 à 4
- Aide par un organisme prestataire ou par un salarié engagé par le bénéficiaire (y compris un 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 » dépendance sera dû à l'établissement *par tous les bénéficiaires*

Montants maximum d'APA

A domicile :

- GIR1 7.152,65 F par mois (PSD : 5.881 F)
(1.090,41 euros)
- GIR2 6.130,84 F par mois (PSD : 5.881 F)
(934,64 euros)
- GIR3 4.598,13 F par mois (PSD : 5.881 F)
(700,98 euros)
- GIR4 3.065,42 F par mois (pas de PSD)
(467,32 euros)

En établissement :

Montant moyen prévisionnel :

- GIR 1-2 2190 F par mois (339,90 euros)
 73 F par jour (11,13 euros)

PSD GIR 1 : 2.559,68 par mois, soit 85,32 F par jour ;
PSD GIR 2 : 2.348,71 par mois, soit 78,29 F par jour.

- GIR 3-4 1.230 F par mois (187,50 euros)
 41 F par jour(6,25 euros)

PSD GIR 3 : 2.115,48 F par mois, soit 70,52 F par jour.

Dispositif départemental

- Retrait et dépôt des dossiers d'APA auprès :
 - Des 15 Unités d'action sociale,
 - Des CCAS,
 - Des caisses de retraite,
 - Des associations prestataires qui le souhaitent
 - En établissement, dossier disponible auprès de la direction de l'établissement
 - 7 équipes médico-sociales réparties sur le territoire :
Melun, Tournan, Meaux, Lagny, Roissy-en-Brie, Provins, Nemours
- création de 36 postes (dont 18 au siège de la DASSMA).

Dispositions transitoires

Aide-ménagère et APA :

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

Transition en établissements :

- des montants forfaitaires départementaux d'APA permettront de verser la prestation aux résidents d'un établissement n'ayant pas de tarifs dépendance.

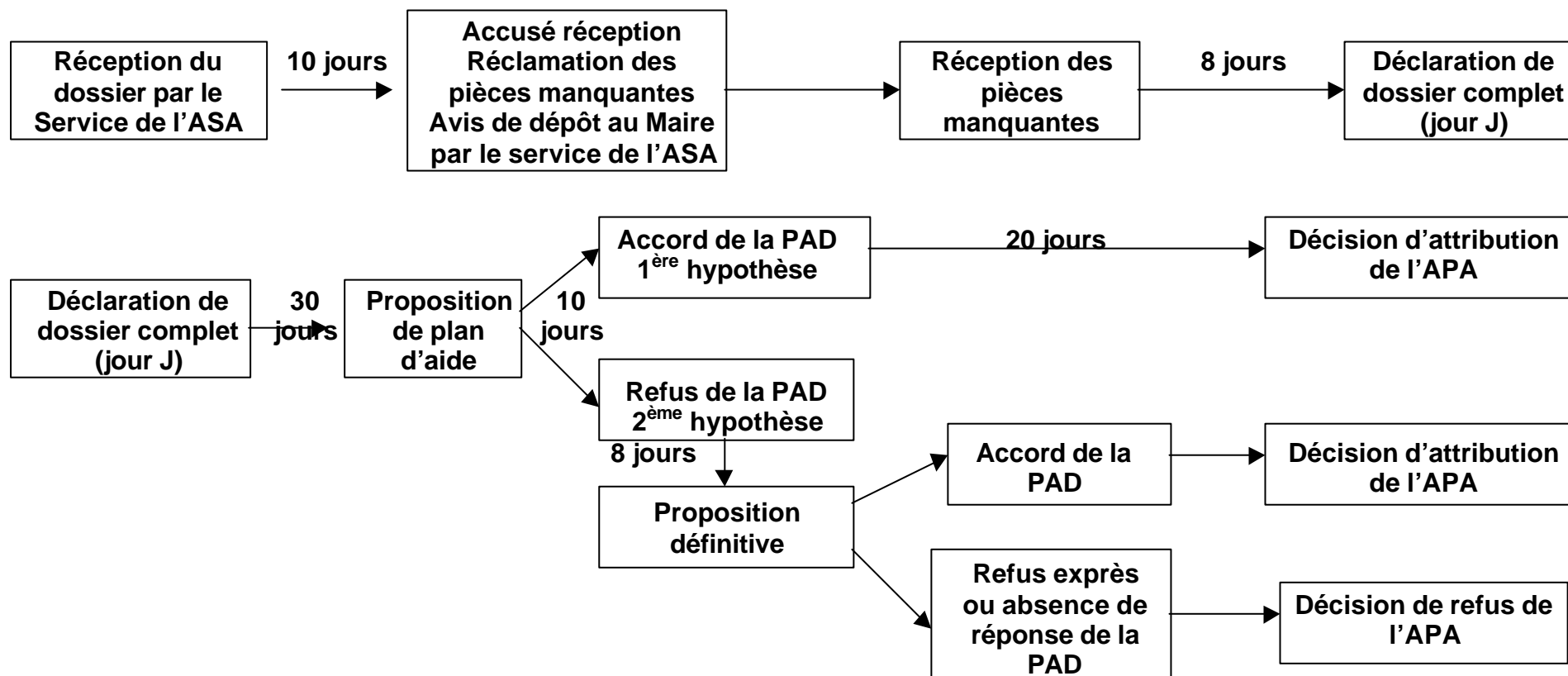
Transition APA/PSD (ou aide-ménagère)

- Le Département renoncera au recours sur succession pour les personnes bénéficiant de la PSD et de l'aide-ménagère au 1/01/2002

Montants maximum 2002 des plans d'aide :

- GIR 1 1.090,42 €
- GIR 2 934,65 €
- GIR 3 700,98 €
- GIR 4 467,32 €

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE A DOMICILE DELAIS D'INSTRUCTION



Dans la première hypothèse, la décision du Président du Conseil Général doit être prise dans les 60 jours maximum à compter du dépôt de dossier de demande complet. A défaut, l'APA sera accordée pour un montant forfaitaire (3.576 F) à compter de la date de déclaration du dossier complet et jusqu'à la notification d'une décision expresse.

VALORISATION DE LA PRESTATION SERVIE PAR L'ETABLISSEMENT

Ce qu'elle peut contenir (décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001) :

- Les rémunérations et les charges sociales et fiscales afférentes des aides-soignantes, des aides médico-psychologiques, des auxiliaires de vie et des auxiliaires de gériâtrie, des psychologues ainsi que des maîtresses de maison.
- 30 % des rémunérations et les charges sociales et fiscales afférentes des agents de service et des veilleurs de nuit.
- Les couches, alèses et produits absorbants.

- Barème départemental, utilisable par les équipes médico-sociales, disponible courant janvier

ETABLISSEMENTS RELEVANT DE L'APA A DOMICILE

Capacité inférieure à 25 lits et/ou GIR Moyen Pondéré (GMP) <300

- Foyers logements
- Petites structures

1. L'équipe départementale fait le « girage » des résidants
2. Un plan d'aide est proposé.