



**COMMISSION REGIONALE PERSONNES AGEES,
CORALPA du mardi 21 juin 2011 de 9h30 à 13h00
EHPAD Reynies à Grenoble**

Ordre du jour

▪ **Le grand débat national sur la dépendance et le 5^{ème} risque**

- retour sur la journée ARS Rhône-Alpes du 6/5 à Lyon et sur le positionnement des réseaux, fédérations et Uniopss, versants domicile et établissement, retour sur d'autres régions
- avancée des travaux sur la dépendance : Les 4 groupes de travail nationaux.

▪ **La campagne budgétaire 2011**

- avis de l'Uniopss sur la circulaire budgétaire du 29 avril 2011 (EHPAD, SSIAD, ...) et mise en place de la convergence tarifaire (compte rendu de la réunion au cabinet de Mme Bachelot-Narquin le 16/05)

• **Le bilan des coupes PATHOS devant le Comité opérationnel PATHOS et AGGIR de la CNSA**

Compte-rendu du 02/05/2011

• **la négociation des contrats prévus entre les médecins et kinésithérapeutes libéraux et les EHPAD par le décret du 30 décembre dernier**

- évolution de la situation sur Rhône-Alpes
- l'ordre des médecins débouté
- actualisation du contrat de séjour type

• **La mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer :**

- le guide du promoteur de plateformes de répit, document réalisé par la DGCS et la CNSA.
- l'Anesm définit le mode d'emploi des plateformes de répit des aidants familiaux
- l'appel à projet MAIA et ses résultats sur Rhône-Alpes
- la formation des aidants familiaux
- les aidants familiaux, note de synthèse de l'Uniopss

• **Aide à domicile : les organisations représentatives maintiennent la pression**

▪ **Proposition de réforme de l'organisation de l'offre et de la tarification des services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile**

▪ **Le Projet de réforme de la tarification des SSIAD : le collectif rencontre le cabinet de Roselyne Bachelot**

▪ **Lancement du plan vigilance canicule 2011**

▪ **Travaux de l'ARS et de la CRSA : du PSRS (dont avis de la CRSA) aux contributions des réseaux aux 8 axes de travail retenus pour le SROSMS :**

- **Nouvelles régionales : PRIAC 2011 – 2013, commissions appel à projets, conférences de territoires, travaux du GRISS**

- **Contributions de notre CORALPA du 10 juin à l'élaboration du SROMS**

En séance, nous donnerons nos avis sur 2 problématiques, à partir de 2 textes de membres de la CRSA :

- Questionnement sur la vie des personnes âgées en perte d'autonomie
- Aide aux aidants

▪ **Nouvelles des animations du réseau**

- le point sur le **séminaire EHPAD à Lyon du 23 juin prochain**
- la suite de la préparation des 8^{èmes} **Assises Uniopss des établissements et services associatifs pour personnes âgées des 24 et 25 novembre prochains à Marseille et de ses annexes** : actualisation de l'enquête « Tarifaire EHPAD » dans le réseau Uriopss / Uriopss, appel à prix FMA/Uniopss

▪ **Divers**

Merci de bien vouloir retourner vos questions diverses au moyen du groupe-email.

■ Le grand débat national sur la dépendance et le 5^{ème} risque

- retour sur la journée ARS Rhône-Alpes du 6/5 à Lyon et sur le positionnement des réseaux, fédérations et Uniopss, versants domicile et établissement, retour sur d'autres régions

Sur Rhône-Alpes

La Journée Dépendance organisée par l'ARS Rhône-Alpes a eu lieu vendredi 6 mai 2011 dans les salons de la Préfecture à Lyon. Le matin trois ateliers préparatoires ont regroupé 70 personnes autour des thèmes de la prévention, du libre choix et de la qualité de service et du financement, préparant le débat contradictoire de l'après-midi rassemblant 350 participants au final agréablement surpris par la liberté et l'ouverture du débat. Les intervenants à la tribune et dans la salle ont largement relayé les positions de nos réseaux associatifs : approche de la question sous l'angle de l'autonomie, utilité et richesse de nos aînés dans la construction intergénérationnelle de la société, élargissement de la problématique au secteur du handicap, construction du 5^{ème} risque principalement à partir du socle de la solidarité nationale, développement du lien domicile – établissement, nécessité de valoriser les secteurs du domicile et de l'établissement au niveau des moyens humains et financiers... Au milieu de ces échanges, la « présence » de la ministre, madame Anne-Marie Montchamp, a été très positive à travers des contributions et des interventions concrètes. L'Uriopss Rhône-Alpes a contribué à la préparation de la journée et à la coordination régionale des communiqués de presse des réseaux nationaux (domicile, établissement) auprès des médias régionaux. De fait nous ont sollicité France 3 pour une visite sur place d'une association à domicile en difficulté et le Progrès en vue d'une rencontre avec Anne-Marie Montchamp. Au final, l'animation et le débat en région Rhône-Alpes autour de ce débat national se sont révélés bien plus positifs que le formatage national le laissait craindre initialement.

Autres régions

Le tour de table au niveau national fait plutôt cas de faux débats avec une qualité des sujets ou des questions abordés inégale suivant les régions. Sont soulignées les qualités d'intervenante des ministres concernées : Roselyne Bachelot et Marie-Anne Montchamp. On peut voir dans les discours ce qui sert de base argumentaire pour adapter les réformes en cours aux besoins nationaux.

- avancée des travaux sur la dépendance

Dans le cadre de ses travaux, nous sommes arrivés au terme des 4 groupes de travail nationaux sur la dépendance.

Il en ressort des solutions qui ne sont ni nouvelles, ni radicales, en tout cas qui ont le mérite de ne pas conforter des options qui avaient été prises :

- **Le « tout assurance » a vécu**, les assureurs eux-mêmes ne sont pas désireux de reprendre la gestion de la totalité du risque et notamment des gros risques qui sont pour eux les Gir 3 et 4.
- Roselyne Bachelot semble avoir pris acte que **la récupération sur succession n'est pas un levier sur lequel elle veut prendre acte**. La conclusion pour elle, c'est que **la protection sociale doit garder la maîtrise de cette prestation pour l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie**. Après on ne voit plus très bien où trouver les financements complémentaires car il faut trouver 4 milliards de plus par an et soulager les départements pour qu'ils ne soient plus les financeurs principaux de cette prestation.

On évoque aussi la taxation sur les jeux, une nouvelle journée de la solidarité, la CSG sur les retraités.

A noter qu'à la conférence nationale du handicap, il n'y a eu aucun commentaire sur la convergence des dispositifs de compensation de la perte d'autonomie...

Le vrai débat ne se fera pas pour le PLFSS 2012 mais après la présidentielle 2012.

■ La campagne budgétaire 2011

- : avis de l'Uniopss sur la circulaire budgétaire du 29 avril 2011 (EHPAD, SSIAD, ...) et mise en place de la convergence tarifaire (compte rendu de la réunion au cabinet de Mme Bachelot-Narquin le 16/05)

Cf l'intégralité de l'avis de l'Uniopss et l'avis sur la fiche 61053 du site internet.

• L'évolution des enveloppes régionales et taux de reconduction des budgets

Cette circulaire confirme les doutes concernant l'évolution des taux d'évolution de la masse salariale et des prix. En effet, ceux-ci sont drastiques.

Le taux d'évolution de la masse salariale des ESMS privés à but non lucratif est fixé à 1% ; le taux d'évolution des prix a été arrêté à 0% sur les produits et prestations.

Les dotations régionales des ARS vont être votées au plus juste. Elles ne progresseront de ce fait que de 0,89 % dans le champ des personnes âgées et 0,75% dans le champ des personnes handicapées.

Les valeurs de point du champ PA s'établiront de la sorte pour l'année 2011 :

- Tarif partiel sans PUI : 9,55 €
- Tarif partiel avec PUI : 10,10 €
- Tarif global sans PUI : 12,44 €
- Tarif global avec PUI : 13,10 €

Les nouvelles valeurs de point fixées par la circulaire (valeur de référence plafond en l'absence de circulaire budgétaire) sont calculées en intégrant les dépenses nouvelles (comme par exemple ; lorsque la mise en place sera possible – en attente du texte - les réunions des commissions gériatriques).

Dans ce contexte, les déficits seront certainement au rendez-vous et les trésoreries des établissements et services fortement mises à contribution.

Les marges de manœuvre ne seront que les résultats des économies réalisées par les ARS elles-mêmes sur leurs enveloppes régionales.

• Le financement des évaluations externes

La circulaire budgétaire annonce une autre circulaire précisant les modalités selon lesquelles il sera recommandé d'anticiper l'évaluation externe, préalable au renouvellement des autorisations. Nos établissements et services adhérents sont sur des échéances de fin d'autorisation en 2017, cela nous fait normalement des évaluations externes en 2015 et des évaluations internes en 2014. Les pouvoirs publics prévoient un embouteillage massif et donc incitent les établissements à débiter ces travaux avant.

Les ARS ont la possibilité, si la DRL ne le permet pas, d'affecter une part d'un excédent d'exploitation au financement de mesures d'exploitation (n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui auquel le résultat est affecté). Cette part de l'excédent assurera le financement de cette évaluation.

• Le non renouvellement des conventions tripartites.

De nombreux établissements sont en attente du renouvellement de leur CTP et se trouvent dans une situation juridique inconfortable et dangereuse car « sans autorisation de fonctionnement ». Ceux-ci doivent exiger *a minima* d'avoir un avenant qui prolonge le versement des dotations.

Les ARS ne s'interdisent pour autant pas de préparer les négociations, notamment les coupes pathos. Donc on travaille sur le fond, les évaluations, et on déconnecte les moyens.

Rappel de l'historique : il fallait trouver 110 M d'Euros pour financer ces trois dispositifs (PAI – MAIA – GEM).

Comme plus de possibilités de créer de recettes nouvelles, la solution choisie a été de rogner sur les conventions tripartites. Du coup, on bloque le financement des dotations allouées dans le cadre de la coupe pathos.

- **La mise en place de la convergence tarifaire** (cf. liste des établissements en convergence).

R. Bachelot a demandé à recevoir toutes les fédérations afin d'échanger sur la base de cette liste. Les fédérations ont commenté et éclairé le cabinet sur cette convergence.

Elle a témoigné sa reconnaissance vis-à-vis du travail de clarification des données réalisé par les fédérations. La liste actuelle compte 1100 établissements alors que celle de N. Berra comptait 750 établissements.

Les coupes pathos permettent de rabattre du GMPS et de créer de nouvelles candidatures à la convergence tarifaire. Il s'agit d'une dynamique perverse car elle met des établissements en situation de convergence. Ils ont alerté le cabinet sur le fait qu'il ne faut pas faire un parallèle entre établissements en convergence et établissements surdotés.

Le cabinet fait un premier tour exploratoire et ensuite demandera un deuxième entretien avec les fédérations sur les photographies réalisées (demande des ratios de personnel dans les établissements en convergence afin de voir si ils sont vraiment surdotés).

Ils ont réclamé un moratoire sur la convergence négative car toutes les fédérations sont du même avis sur ce point, y compris le Synerpa.

Position de l'UNIOSS : non seulement c'est la convergence tarifaire qui est condamnable mais c'est surtout la tarification à la ressource.

Positions de la FEHAP et de la FHF : elles sont plus nuancées et ne sont pas contre la tarification à la ressource.

Il y a 15 jours ont été reçus par la mission IGAS, le rapport va pointer les insuffisances mais va rester sur une position nuancée sur la liberté d'option.

• **Le bilan des coupes PATHOS devant le Comité opérationnel PATHOS et AGGIR de la CNSA**

Compte-rendu du 02/05/2011

Cf bilan et résultats 2008-2010 AGGIR-PATHOS sur la fiche 61112 du site internet.

Sous la présidence de Monsieur Gilles Lagarde, directeur de cabinet de Roselyne Bachelot-Narquin, le Comité national chargé de la gouvernance des outils d'évaluation PATHOS et AGGIR a été installé le 2 mai dernier à la CNSA.

L'Unioyss a participé le 2 mai dernier à la première réunion du Comité opérationnel chargé de la gouvernance des outils PATHOS et AGGIR.

Au cours de cette réunion, un bilan du suivi national de validation des coupes PATHOS a été présenté. Ce bilan réalisé en lien avec les médecins "valideurs" implantés dans les ARS a mis en lumière les principales difficultés à l'origine des écarts constatés entre les propositions des EHPAD en terme de PMP et les montants effectivement validés. Les variations régionales de nombre de fiches PATHOS modifiées sur le nombre de fiches validées sont précisément identifiées. Toutefois, compte tenu de la structuration des équipes médicales chargées de la validation, il aurait été plus pertinent, de conduire cette observation sur le plan départemental. De plus grandes variations auraient été observées.

La composition des futures commissions régionales médicales, chargée d'instruire les recours gracieux de l'évaluation a été esquissée : 1 médecin ARS, 1 médecin Conseil général, 1 médecin gériatre. En matière de recours contentieux, c'est le TITSS qui est compétent.

Toutefois, le bilan 2008-2010 de validation fait apparaître un nombre très réduit de contentieux (0,1 %).

Enfin, un débat a été ouvert sur la périodicité des coupes PATHOS prévue tous les deux ans.

L'Unioyss a milité pour l'introduction d'une possibilité de réévaluation à la demande de l'établissement notamment lorsque des variations importantes de charge en soins sont constatées.

Rappel : le nombre de contentieux s'avère presque nul. Il est important que les médecins coordonnateurs s'approprient la démarche et qu'avant de signer les fiches ils soient très vigilants.

- **la négociation des contrats prévus entre les médecins et kinésithérapeutes libéraux et les EHPAD par le décret du 30 décembre dernier**

- évolution de la situation sur Rhône-Alpes
- l'ordre des médecins débouté = fiche 61 363 du site internet
Décision du Conseil d'Etat n° 34 7098 du 20 mai 2011
- actualisation des trames de contrat de séjour et de règlement de fonctionnement
- Voir aussi la foire aux questions publiés le 22 mars par la Direction de la Sécurité sociale, fiche 60091 du site.

Est prévu un premier bilan d'étape avec les ARS sur l'évaluation du nombre de contrats signés.

Le Conseil d'Etat a rejeté la demande présentée par le Conseil de l'ordre des médecins de la demande de saisine du Conseil Constitutionnel pour anti constitutionnalité du décret du 30 novembre 2010 subordonnant l'exercice des médecins libéraux en EHPAD à la signature d'un contrat avec l'établissement.

Ces dispositions ne sont donc pas anticonstitutionnelles dans le sens où elles respectent le principe du libre choix du médecin.

Le recours n'est pas suspensif de l'application de la mesure.

Cette décision du Conseil d'Etat devrait mettre un terme au mouvement d'opposition systématique des médecins libéraux exerçant en EHPAD à la signature d'un contrat avec l'établissement. A moins que le CNOM ne s'en tienne pas à cette décision et prolonge son recours en demande d'annulation pure et simple du décret du 30 décembre 2010 instituant l'obligation pour les médecins libéraux intervenant en EHPAD de passer un contrat conforme au contrat type avec l'établissement.

Une question revient souvent : quel est le risque pour les EHPAD de se trouver confronté à des médecins refusant de signer un contrat ?

Au préalable quelques constats sur la France des régions :

- Les médecins de ville signent plus facilement que ceux des zones rurales.
- Les jeunes signent plus facilement que les plus vieux.

Les contrôles de l'Assurance maladie ne seront possibles à mettre en place que lorsque deux conditions seront réunies :

- avoir l'information que le médecin n'a pas signé le contrat,
- introduire des paramètres bloquant sur les logiciels des médecins concernés.

Alors l'Assurance maladie pourrait-elle ne plus rembourser les actes des médecins qui n'auraient pas signé de convention. Tout cela exige du temps !

Les EHPAD ont à donner des gages que l'information a été délivrée par écrit et par oral. Cette diffusion incombe à l'établissement.

Pour le reste, on est sur une obligation de moyen et il n'est pas possible de sanctionner un établissement parce que le médecin n'a pas voulu signé cette convention.

Pour le médecin, pour pouvoir continuer à exercer, il faudra avoir signé la convention.

Pour rappel, les établissements en tarif global sont fondés à ne plus payer les honoraires des médecins libéraux qui n'auraient pas signé de convention. En effet, l'Ehpad ne peut acquitter que les honoraires des médecins libéraux qui ont signé la convention.

C'est indéniablement un premier pas vers une médecine salariée plus affirmée.

Vis-à-vis des résidents, les EHPAD sont invités à mettre à jour les outils garantissant les droits des usagers :

- **Clause du contrat de séjour**

Cf page 5 de la trame de l'Uniopss, extrait

« ...IV. - SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

...

Modalités d'intervention des médecins et kinésithérapeutes libéraux (médecins, kinésithérapeutes).

Conformément à la législation, le résident conserve la liberté de choisir son médecin traitant.

En vue d'assurer la coordination des soins les dispositions du décret 2010-1731 du 30/12/2010 subordonne l'intervention des professionnels libéraux de santé auprès des résidents d'EHPAD à la signature d'un contrat type définissant leurs conditions d'exercice

Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant attitré, l'établissement lui propose à titre informatif, la liste des médecins libéraux intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

Tout résident peut demander que cette liste soit complétée par la mention d'un professionnel libéral auquel il a fait appel sous réserve qu'il ait signé le contrat type... »

Si tarif partiel c'est le résident qui s'acquitte des honoraires.

Si tarif global informer les résidents afin qu'ils ne payent pas eux-mêmes les honoraires.

- **Clause du règlement de fonctionnement**

Cf page 2 de la trame de l'Uniopss, extrait

Article 2 – Prise en charge et accompagnement adaptés

Chaque personne a droit à une prise en charge individualisée de qualité et participe directement, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Préciser les conditions et modalités de mise en œuvre de cette participation (par exemple lors de la préadmission) et de révision de sa prise en charge. Prévoir par exemple la désignation d'un responsable, d'un référent, pour chaque projet individuel et la mise en place de réunions d'évaluation des situations individuelles.

Indiquer les prestations susceptibles d'être dispensées ou délivrées dans l'établissement, par du personnel interne ou externe, ou à l'extérieur de l'établissement, et leur modalités d'organisation, de participation financière et de facturation :

- en matière de vie sociale et d'accompagnement dans les gestes essentiels de la vie : faire référence ici au projet de vie, au projet d'animation ;
- en matière de soins, de surveillance médicale et d'organisation des soins paramédicaux... tout en précisant les limites de l'établissement : faire référence ici au projet de soins, avec notamment présentation du poste de médecin coordonnateur et de l'équipe soignante, les modalités de délivrance des médicaments, principe du libre choix du médecin traitant et de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'urgence... Indiquer les modalités d'intervention et de paiement des praticiens libéraux choisis librement par la personne accueillie, sous réserve qu'ils aient signé le contrat type prévu par le décret du 30 décembre 2011, pour les prestations autres que celles prévues dans le contrat de séjour.
- en matière de services annexes s'il y a lieu : blanchissage, coiffure, téléphone... ;

↳ indiquer que les prestations adaptées à la prise en charge de chaque personne, en fonction de son état de dépendance, de ses besoins ... sont précisées dans son contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge), ainsi que les conditions de participation financière propre à chacun.

Prévoir également les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, notamment en cas de vacances ou d'hospitalisation.

- **La mise en œuvre des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer :**

- le guide du promoteur de plateformes de répit, document réalisé par la DGCS et la CNSA.
- l'Anesm définit le mode d'emploi des plateformes de répit des aidants familiaux
- l'appel à projet MAIA et ses résultats sur Rhône-Alpes
- la formation des aidants familiaux
- les aidants familiaux, note de synthèse de l'Uniopss

- **Le guide du promoteur de plateforme de répit, document réalisé par la DGCS et la CNSA**

En cours de parution.

Toutes les mesures du plan Alzheimer détaillé.

Document en cours de parution.

Voir pour construire des propositions d'accompagnement.

- **l'Anesm définit le mode d'emploi des plateformes de répit des aidants familiaux**

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a publié une étude intitulée : "L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant-aide, dans les structures de répit et d'accompagnement : cadre théorique et pratiques professionnelles constatées".

L'étude de l'ANESM a été réalisée dans le cadre de la mesure 1c du Plan Alzheimer 2008-2012. Elle constitue une contribution à la réflexion en cours sur le répit et l'accompagnement en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du couple aidant-aide et de l'élaboration du nouveau cahier des charges dans le cadre du développement des « plateformes de répit et d'accompagnement ».

Source : rapport de l'ANESM de mars 2011, Document disponible sur le site internet, fiche 61365

- **Le cahier des charges et l'appel à projet MAIA**

Au niveau national

Les 15 premières MAIA ont été validées dans leur fonctionnement.

Prévision : une centaine en 2012.

Profil : des équipes spécialisées au sein des organisations gériatriques existantes.

La MAIA n'est plus un dispositif spécifique aux malades d'Alzheimer, il a été ouvert à toutes les personnes en perte d'autonomie.

Les dernières Assises nationales à Lyon avaient pu en rendre compte : les strates, les superpositions d'organismes sont contre-productives... Le « lobbying des parkinsoniens » a joué contre le principe de créer des dispositifs uniquement pour les malades d'Alzheimer.

Il s'agit donc de créer des postes de « gestionnaire de cas ». Face à l'annonce de création de 1000 postes, la taille critique de référence se trouve plutôt à 500 ou 600.

Au niveau régional

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Alzheimer 2008-2012, l'ARS Rhône Alpes a organisé un appel à candidatures en vue du déploiement du dispositif d'intégration dit "MAIA" (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer). En Rhône-Alpes et pour 2011, cet appel à candidatures prévoyait l'autorisation de 3 MAIA. A terme, les 29 filières gériatriques seront couvertes par ce dispositif.

La commission régionale de candidatures, réunie le 5 mai 2011, a étudié les 6 dossiers reçus et a classé les 3 dossiers suivants, qui ont été retenus par le Directeur général de l'ARS :

- Le réseau gériatrique Visage pour l'inter-filière gériatrique de Vienne (Isère)
- Le conseil général de la Loire pour la filière de Saint-Etienne
- Le Conseil général de la Haute-Savoie pour la filière gériatrique CHRA Annecy-Rumilly.

- **La formation des aidants familiaux : positionne les Uriopss**

Le comité de suivi du Plan Alzheimer a demandé à ce que l'on élargisse la base à d'autres prestataires de formation que France Alzheimer. Les Uriopss parmi d'autres ont été identifiées pour répondre à des appels à projet lancés par les ARS. Celles-ci disposent d'enveloppes régionales pour financer des offres de formation.

A noter que l'enveloppe est de seulement 600 euros par jour pour intégrer la totalité des frais pédagogiques, de déplacements et d'hébergement.

- **Les aidants familiaux / Fiche de synthèse**

Avec l'allongement de la durée de la vie se pose la question de la prise en charge de la dépendance qui lui est souvent corrélée. Les personnes en situation de perte d'autonomie et de handicap préfèrent très largement rester à domicile et sont, dans plus de la moitié des cas, aidées par un proche non professionnel à titre principal.

Ainsi, on voit progressivement se dessiner un statut d'aidant familial dans le cadre d'une solidarité familiale à côté de la traditionnelle solidarité nationale. Mais l'aidant familial peut souffrir d'un épuisement physique et d'une fatigue morale considérables, mettant en péril sa santé voir celle du proche qu'il aide.

Cette fiche reprend ce que sont aujourd'hui le statut de l'aidant, ses attentes, les dispositifs qu'il peut mobiliser et les perspectives futures. *Source : note de synthèse / fiche technique et pédagogique du 28/02/2011, fiche 61353*

- **Aide à domicile : les organisations représentatives maintiennent la pression**

A l'occasion d'un point presse organisé à l'issue du discours de Roselyne Bachelot-Narquin en ouverture du salon de GERONT EXPO HANDICAP EXPO 2011 à Paris, les organisations représentatives des établissements et des services d'aide et de soins à domicile ont rappelé une situation de plus en plus inquiétante dans les établissements et services à domicile pour personnes âgées.

Le débat national sur le 5ème risque est désormais lancé. Roselyne BACHELOT et Marie-Anne MONTCHAMP se rendront cette semaine en Champagne-Ardenne, Basse Normandie, Centre et PACA.

C'est pour nos organisations, suite au Conseil de la CNSA du 12 avril 2011, l'occasion de dénoncer une situation inquiétante dans les établissements et services à domicile pour personnes âgées.

Vieillesse de la population, doublement attendu du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, hausse corrélative du nombre de personnes âgées fragilisées... les éléments du défi sociétal sont clairement identifiés.

Pourtant, à l'heure où ce débat est affiché comme une priorité du gouvernement et un enjeu majeur pour la France, les professionnels et les représentants des personnes âgées déplorent les tours de « passe-passe » financiers qui se jouent entre l'Etat, la CNSA et l'Assurance maladie au détriment des personnes âgées.

Refus de créer un fonds d'urgence de l'aide à domicile, gel des crédits de l'assurance maladie dans tous les établissements et services pour personnes âgées, voire baisse dans certains d'entre eux, donc diminution du nombre de soignants, alors que les besoins d'accompagnement et de soins des personnes âgées augmentent, et poursuite des diminutions des crédits de la CNSA repris par l'assurance maladie (100 M€ en 2010, après 150 M€ en 2009).

Les organisations signataires unies face à ces arbitrages financiers demandent que les engagements pris par l'Etat dans le cadre du Plan solidarité grand âge soient intégralement respectés pour que le débat sur l'aide à l'autonomie prenne tout son sens.

Source : Communiqué de presse du 16/05/2011

Proposition de réforme de l'organisation de l'offre et de la tarification des services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile

En juin 2010, le collectif des 16 avait souhaité que la mise en œuvre de la réforme de la tarification soit précédée d'une préfiguration afin de valider les implications concrètes du nouveau mode de tarification.

Cette simulation porterait sur un échantillon représentatif de SAAD, actuellement autorisés en métropole ou dans les départements ultra-marins.

La réflexion en cours est de lier beaucoup plus la tarification et l'autorisation de la Loi 2002-2.

Cette nouvelle « autorisation- tarification administrée » reposant expressément sur le mandatement par les CG, ferait échapper ces SAAMD à la directive services et permettraient à ces derniers d'être reconnus comme des services sociaux d'intérêt général (SSIG).

La création d'une nouvelle catégorie d'APA en SAAMD, distincte de l'APA à domicile et de l'APA en établissement, sera prise en charge dans la compensation des charges d'APA des départements par la CNSA.

Cette nouvelle autorisation sera accessible aux structures actuellement autorisées ou agréées.

Le SAAMD est un service MS autorisé et tarifié par le CG, par lequel il sera mandaté. Pour certaines missions, il pourra être financé également par l'ARS.

Les missions d'intérêt général réalisées par le SAAMD seront précisées dans le cadre du CPOM signé entre le CG et l'organisme gestionnaire. Le contrat signé individuellement par chaque service autorisé-tarifié s'appuiera sur une trame nationale qui découlera des travaux de l'ADF et du Groupe des 16. Il stipulera les pré-requis pour les deux parties.

Les départements et les SAAMD prestataires contractualisent sur un nombre d'usagers du SAAD pris en charge prenant en compte le GMP et le niveau d'aide apporté par l'entourage (EMP : entourage moyen pondéré). Cette modalité pourra faire l'objet d'évolution au regard des travaux menés par la CNSA et notamment de l'élaboration d'une grille d'évaluation multidimensionnelle des personnes et de leurs besoins.

Démarche avancée par le secteur associatif et beaucoup de fédérations de prendre en compte le niveau de dépendance (GMP) des personnes mais également **l'entourage moyen pondéré (EMP)**.

Financement : participation financière des bénéficiaires perçues directement par le SAAMD qui viendraient en réduction de son forfait globalisé.

Pour les personnes âgées, des travaux sont en cours concernant les modalités de calcul de cette participation.

On doit engager des préfigurations de cette nouvelle tarification dans certains départements. A voir en 2012.

Le Projet de réforme de la tarification des SSIAD : le collectif rencontre le cabinet de Roselyne Bachelot – Fiche n°61090

Le collectif SSIAD a rencontré le 7 avril Thomas Fournier de Hennezel, directeur adjoint du cabinet de RB et Fabrice Gstaad, conseiller en charge du dossier pour faire le point sur les demandes des représentants des organisations par rapport à la réforme. La question a évolué depuis cette nouvelle table ronde qui a permis de faire le point sur la situation de l'aide à domicile.

Favorable pour le déblocage d'un fond d'intervention pour les aider.

La DGCS doit faire une **étude nationale des coûts afin de définir les besoins de financement de ce secteur + demande des fédérations à ce qu'elle soit couplée à une étude des besoins.**

Il n'y a pas de calendrier.

• Lancement du plan vigilance canicule 2011

Comme chaque année le Ministère a diffusé par circulaire ses consignes pour la campagne de vigilance canicule et les dispositions du plan canicule 2011.

Le dispositif national 2011 destiné à prévenir et à lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule, dénommé plan national canicule (PNC) reste inchangé par rapport à l'année dernière et comprend toujours trois niveaux de vigilance et d'alerte progressifs :

- ✚ un niveau de veille saisonnière, déclenché automatiquement du 1er juin au 31 août de chaque année,
- ✚ un niveau de mise en garde et actions (MIGA) déclenché par les préfets de département, sur la base de l'évaluation concertée des risques météorologiques réalisée par Météo-France et des risques sanitaires réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS),
- ✚ un niveau de mobilisation maximale, déclenché au niveau national par le Premier Ministre sur avis du Ministre chargé de l'intérieur et du Ministre chargé de la santé, en cas de vague de chaleur intense et étendue associée à des phénomènes dépassant le champ sanitaire (sécheresse, délestages électriques, saturation des chambres funéraires, etc.).

Pour rappel, la décision de la modification du niveau (déclenchement ou levée du niveau MIGA) reste de la compétence du préfet de département. La mobilisation des associations, des maires pour ce qui les concerne, ainsi que la protection des populations vulnérables sont également de son ressort. L'ARS est chargée de la protection des personnes prises en charge dans l'ensemble des établissements relevant de son champ de compétence, et particulièrement, les résidents des établissements médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées).

L'ARS doit, toujours en lien avec le préfet, s'assurer de l'organisation de la permanence des soins pendant la période estivale dans les départements, afin de garantir la continuité et la qualité des soins ainsi que d'anticiper les éventuelles tensions du système de soins. Il est rappelé aux directeurs des ARS que la programmation des capacités d'hospitalisation et leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières font l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé. Comme chaque année, une attention particulière doit être portée à l'efficacité de la coordination des établissements, notamment pendant les périodes de congés, assurée par l'ARS, afin de garantir un équilibre entre les disponibilités en lits et les besoins.

Les établissements d'hébergement PA/PH sont de leur côté invités à mettre en place leur plan bleu afin de garantir la mobilisation des moyens adaptés pour prévenir les effets d'une éventuelle période caniculaire. Vous êtes invités à prendre connaissance des dispositions particulières du plan national canicule.

Une attention toute particulière doit être portée à la mise à disposition des résidents d'au moins une salle rafraîchie par établissement et à la négociation de partenariat avec les établissements de santé les plus proches.

Source : Circulaire interministérielle N°DGS/DUS/DGT/DGCS/DGOS/2011/161 du 22 avril 2011 relative aux nouvelles dispositions contenues dans ma version 2011 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale

Document disponible sur le site internet, fiche 61505, de même que le plan national canicule 2011

▪ **Travaux de l'ARS et de la CRSA : du PSRS (dont avis de la CRSA) aux contributions des réseaux aux 8 axes de travail retenus pour le SROSMS :**

- **Nouvelles régionales :** PRIAC 2011 – 2013, commissions appel à projets, conférences de territoires, travaux du GRISS

Eclairage :

Elaboration du PRS / Etape de l'élaboration des schémas (SROSMS, SROS, Prévention)

En termes d'équipement, Positionnement de la région Rhône-Alpes / National

A l'appui de statistiques et de cartes d'équipement sur la base des 5 TDS bientôt en ligne (finalisation en cours du diagnostic)

= extraits de la séance du 21 avril, commission spécialisée médico-sociale de la CRSA

Position développée par l'ARS :

Pour le Handicap et pour les Personnes Agées,
Rhône-Alpes apparaît en suréquipement pour le versant établissements
Et en sous-équipement pour le versant domicile

Comme d'une manière globale, Rhône-Alpes est en situation de suréquipement (et que par ailleurs il existe un objectif national de réduire les inégalités territoriales), la région ne peut attendre d'enveloppes complémentaires au niveau national et a des moyens en interne de redéploiement pour satisfaire au sous-équipement des services.

L'ARS s'est rapproché du dispositif sanitaire en vue de conversions hospitalières : hôpitaux psychiatriques... Il a été précisé : « des dispositifs qui resteraient dans le sanitaire à destination du médico-social ».

Echanges avec la commission :

Les membres de la commission ont largement débattu avec les représentants de l'ARS sur la limite de l'analyse au moyen des seuls indicateurs...

- Attention à un développement uniquement au regard de l'offre qui plus est dans une logique à présent descendante
- Prendre en compte plutôt les attentes des personnes : analyse des plans des personnes dans les MDA...
- Prendre en considération les disparités territoriales et la qualité de la réponse attendue
- Attention à ne pas opposer les secteurs des établissements et des services, et penser plateformes de services
- Attention de ne pas prendre de retard au regard des évolutions : l'indicateur des plus de 60 ans en vue d'être supprimé, l'évolution de l'approche de la maladie d'Alzheimer, l'approche européenne sur les droits de l'homme s'opposant au modèle médical français,...

PRIAC 2011 - 2013

Le budget Rhône-Alpes a été notifié il y a 10 jours, sans mesures nouvelles.

Il s'agira pour l'essentiel de retravailler sur le PRIAC 2010 – 2013 en l'ajustant.

A terme et sans doute dès le prochain PRIAC, la quinquennalité devrait prévaloir à nouveau dans un objectif de cohérence avec les schémas et notamment le SROSMS.

Validation du PRIAC prévue le 7 juillet prochain.

Commission appel à projets

La composition sera arrêtée en juin.

La première réunion est programmée pour la 2^{ème} quinzaine de septembre.

L'ARS a retenu 8 membres du collège usager de la COMSPES selon le public :

- a) PA 1 titulaire, 1 suppléant
- b) Difficultés spécifiques 1 titulaire, 1 suppléant
- c) PH 2 titulaires, 2 suppléants

Les travaux du GRISS - les conférences de territoires

Le GRISS s'est réuni le 6 juin.

Sur le fonctionnement des conférences de territoires,

A noter très peu de remontées pour l'heure, il apparaît que les conférences ont eu une présentation du projet de PSRS mais que leur avis n'a pas été formellement sollicité.

- NORD : Présence des titulaires et des suppléants aux séances
- CENTRE : Le travail se fera semble-t-il plutôt en bureau
- SUD : Mme FINIELS est Présidente de la Conférence
- EST : Pas de nouvelle
- OUEST : pas de nouvelle

- Contributions de notre CORALPA du 10 juin à l'élaboration du SROMS

En séance, nous donnerons nos avis sur 2 problématiques, à partir de 2 textes de membres de la CRSA :

- Questionnement sur la vie des personnes âgées en perte d'autonomie
- Aide aux aidants

Méthodologie sur les modes de contributions et calendrier

- ⇒ Pour chacune des 9 contributions, chaque membre de la COMSPES peut apporter une note complémentaire.
- ⇒ Le référent de chaque contribution fait la synthèse de ces notes.
- ⇒ Premier point de la COMSPES en séance du 7 juillet puis la COMSPES étudie et valide les 9 contributions en séance du 26 août.

En séance, nous donnerons nos avis sur ces problématiques, selon vos centres d'intérêt et particulièrement sur celles en trame grisée. Ci-après en annexe de l'ordre du jour deux textes déjà produits par des membres de la CRSA.

■ Nouvelles des animations du réseau

- le point sur le **séminaire EHPAD à Lyon du 23 juin prochain**
- la suite de la préparation des **8^{èmes} Assises Uniopss des établissements et services associatifs pour personnes âgées des 24 et 25 novembre prochains à Marseille et de ses annexes** : actualisation de l'enquête « Tarifaire EHPAD » dans le réseau Uriopss / Uriopss, appel à prix FMA/Uniopss

8ème Assises Uniopss des Etablissements et Services Associatifs pour Personnes Âgées : "Des lieux et des liens" / 24 et 25 novembre 2011 à Marseille

Les 8èmes Assises de l'Uniopss seront l'occasion pour les établissements et services associatifs de faire le point sur les principales réformes qui traversent le secteur en particulier :

- ↳ la réforme du financement des aides à l'autonomie,
- ↳ la réforme de la tarification des EHPAD, des SSIAD et des services d'aide à domicile, sans oublier l'organisation des soins en EHPAD.

Au delà, il s'agira également d'interroger le bilan des plans Solidarité Grand Age et Alzheimer qui s'achèvent tout deux en 2012.

Ces Assises auront également pour objectif de revisiter les convictions éthiques qui sous-tendent les activités des associations de solidarité qui composent le réseau Uniopss-Uriopss.

Coordonnées : Palais du Pharo - 58 boulevard Charles Livon - 13007 Marseille

Ouverture des inscriptions en juin 2011

8ème Assises Uniopss Alzheimer : des initiatives seront récompensées

Appel à prix du 14/04/2011 « Des lieux et des liens pour mieux vivre ensemble avec et malgré la maladie d'Alzheimer »

La Fondation Médéric Alzheimer lance un appel à prix qui permettra d'attribuer 6 prix pour un montant total de 20 000 € à des initiatives locales qui apportent déjà des solutions au quotidien.

La date limite de retour des dossiers est fixée au mardi 23 août.

Cet appel à prix est lié aux Assises Nationales de l'Uniopss des 24 et 25 novembre 2011 à Marseille et les prix seront remis sur place.

Source : Appel à prix Fondation Médéric Alzheimer

Plaquette de présentation et dossier de participation disponibles sur le site Internet, fiche 60817